

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Primum

ISSN 2353-6055

nr 12/1 (353/354) / grudzień/styczeń 2020/2021





Z DALA OD ZGIEŁKU

Żyj pięknie w pięknym miejscu


BALATON
APARTAMENTY

Balaton Apartamenty powstające przy ul. Ceramicznej w Bydgoszczy są odpowiedzią na potrzeby osób, które oczekują ciszy i relaksu w otoczeniu parku i wody, a zarazem nie chcą rezygnować z luksusu, wygody i atutów miasta. Wszystkie apartamenty wyróżnia podwyższony standard deweloperski, który pozwala na swobodną aranżację wewnątrz dopasowaną do indywidualnych potrzeb i poczucia estetyki.



Otoczenie Parku
nad Balatonem



Duże balkony
i wielkoformatowe okna



Stylowe wykończenie
części wspólnych



Całodobowa ochrona
i ogrodzony teren

Arkada Invest

KONTAKT
tel. 663 959 608
www.arkada-invest.pl

BIURO SPRZEDAŻY MIESZKAŃ
Bydgoszcz, ul. Fordońska 2
(Arkada Business Park)

W NUMERZE:

TAK MYŚLĘ Uśmiech ministra zdrowia	2
INFORMUJEMY	2,3
ROZMOWA Z... ...Krzysztofem Tadrzakiem: Na razie trzymamy się całkiem dobrze	4
...Małgorzatą Dziędziak: Z Funduszem o pieniądzech	6
OD KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE CHOROŃ ZAKAŹNYCH Pandemia SARS-CoV-2 w województwie kujawsko-pomorskim	8
STOMATOLOGIA Dentysta do zadań specjalnych	11
OZDROWIENIEC – DAWCA OSOZNA	12
MEDICI CANTARES – NIE TYLKO KU POKRZEPIENIU SERCA	14
POZ BEZ TAJEMNIC Poza ludzkimi granicami	15
FARMAKOLOGIA Amantadyna – złudne nadzieje czy rzeczywista perspektywa skutecznej farmakoterapii COVID-19	16
OD KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE SEKSUOLOGII W odpowiedzi na: W jakim kierunku zmierzasz Bydgoska Izbo Lekarska	17
AD VOCEM W związku z dyskusją, która toczy się w naszym społeczeństwie	19
COVID-19 W AUSTRALII Historia kołem się toczy	20
FELIETON	23
WSPOMNIENIE O... ...doktorze Ryszardzie Płoszańskim	23
W PIGUŁCE	24

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Zgodność sądów ze stanem faktycznym przyjęto uważać za prawdę. W sposób oczywisty nauka, polityka, zarządzanie, czy też leczenie wymaga prawdziwych danych, rzetelnej informacji poprzedzonej wnikliwą analizą. Tymczasem odnoszę wrażenie, że w wielu obszarach naszej egzystencji cierpimy na deficyt prawdy, a manipulacja i kłamstwo potęgują uczucie chaosu, frustracji i bezsilności. Jak przytacza w „The Journal of Medical Ethics” (2020; 0:1–5) profesor Katrina A. Bramstedt – na 31 lipca 2020 r. – 19 opublikowanych i 14 przedrukowanych artykułów związanych z pandemią zostało wycofanych. Zdecydowały o tym różne względy, zarówno błędy metodologiczne, jak i wadliwie wyciągane wnioski oraz nieprawdziwe dane!

Jeszcze w zeszłym tygodniu lekarze i pacjenci toczyli heroiczne walki, aby zdobyć remdesivir, tymczasem obecnie WHO nie rekomenduje stosowania tego leku, ale konsultant krajowy do spraw chorób zakaźnych – prof. Andrzej Horban zaleca go nadal. Kto ma rację, po czyjej stronie leży prawda? Profesor Bramstedt zaleca wszystkim badaczom obowiązkowe szkolenia etyczne i sugeruje surowe karanie naukowców, którzy w rywalizacji zawodowej postąpili nieetycznie.

Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o zmianie sposobu raportowania liczby nowych zakażeń. Sanepidy nie będą już podawać tej informacji, tylko przekazywać dane do ministerstwa, i nikt nie zweryfikuje, czy są prawdziwe, albo będzie to trudne do wykonania.

Spółeczność elektryzując dodatkowo rewelacje głoszone przez nieodpowiedzialne media o cudownych lekach, które domorośli badacze „odkryli”, ale nikt nie chce im dać wiary. Cóż – słusznie, bo nie o wiarę tu chodzi, ale prawdę. A ta jest do wykazania w badaniach klinicznych, których metodologia jest znana.

Prawda bywa trudna do wypowiedzenia i zrozumienia – np. dlaczego stracono tyle czasu na przygotowania do tzw. drugiej fali epidemii i kto będzie za to odpowiedzialny?

Czy rządzący będą mieć szkolenia z etyki – np. z rozpoznawania i zgłaszania konfliktu interesów?

Czy ktoś odpowie prawdziwie – dlaczego niektóre ustawy publikuje się natychmiast, a inne nie mogą się tego doczekać? Co stoi na przeszkodzie, żeby walczących z epidemią godnie wynagradzać i umożliwić im pracę w warunkach względnego komfortu prawnego (gdzie ten dobry samarytanin?).


Szukanie prawdy może być mozolne i bolesne – czy gromadzenie się w okresie epidemii jest dobre – np. wybory, czy złe – np. protesty, czy odpowiedzialność za zgromadzenie spada na protestujących czy osoby, które wywołały niepokój społeczny?

Te refleksje rodzą podstawowe pytanie – jaka jest rola prawdomówności w naszym osobistym i społecznym życiu? Mam nadzieję, że wciąż duża i nie tylko *in vino odnajdziemy veritas*.

Szanowni Państwo, na koniec z okazji świąt Bożego Narodzenia pozwolę sobie wszystkim życzyć – zdrowia, wytrwałości i spokoju oraz zadumy w blasku wigilijnych świec nad wieczną Prawdą, która się zbliża.

Z wyrazami szacunku i pozdrowieniami

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
telefony: 52 3460084, 52 3460780

Numer konta BIL:

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

• **Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:** dr n. med. Elżbieta Narońska-Wierczewska,
e-mail: rzecznik@bil.org.pl
tel. 52 3461257

• **Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków:**
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



Uśmiech ministra zdrowia



Minister zdrowia Adam Niedzielski namawia nas do uśmiechu, bo najgorsze już za nami... To przekonanie powziął na podstawie zmniejszającej się dziennej liczby nowych zakażeń. Jednak czy – biorąc pod uwagę poniższe fakty (wielu z pewnością nie wyliczyłem...) – Minister i my – mamy powody do radości?

JERZY RAJEWSKI

- ✓ Liczba zgonów z powodu COVID-19 bije kolejne dobowe rekordy. Dzienna ilość zgonów Polaków jest największa od czasu II wojny światowej!
- ✓ Brak miejsc w szpitalach. Chorzy czekają wiele godzin w karetkach.
- ✓ Zbyt mała liczba personelu medycznego.
- ✓ Brak miejsc respiratorowych, szczególnie tych na OIT. Chorzy umierają z powodu niewydolności oddechowej i wielonarządowej.

- ✓ Rośnie liczba zgonów wśród pracowników medycznych. Wzrasta liczba zakażonych i chorych lekarzy, pielęgniarek i ratowników.
- ✓ Ustawa o zwiększeniu wynagrodzeń pracowników pracujących z chorymi na COVID-19, przegłosowana w Sejmie i Senacie, podpisana przez Prezydenta, ale... nadal nie opublikowana.
- ✓ Zapowiadany przez samorząd pielęgniarek i położnych strajk.
- ✓ Walka pracowników niemedycznych pracujących w oddziałach covidowych o wyższe wynagrodzenia.
- ✓ Brak rozmów na temat finansowania systemu ochrony zdrowia w roku 2021.
- ✓ Marnotrawienie przez rząd i tak skromnych środków finansowych (np. przekształcenie Stadionu Narodowego w szpital, a właściwie izolatorium – biorąc pod uwagę kryteria przyjęć).
- ✓ Brak zaufania ze strony pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia skutkujący odmową wykonywania testów.
- ✓ Manipulacje rządu w obszarze danych statystycznych i faktów dotyczących zakażeń.
- ✓ Absurdalne i nieskuteczne zarządzanie systemem ochrony zdrowia.
- ✓ Rosnące zmęczenie i frustracja medyków.

Ja jednak nie mam ochoty się uśmiechać...



Zostanie uruchomiony w Ciechocinku. Pierwszych pacjentów ma przyjąć na początku grudnia. Docelowo będzie w nim leczonych 250 pacjentów „w stanie średnim i lżejszym, wymagających nadzoru” – poinformował pełnomocnik wojewody ds. powstania szpitala – Jerzy Kowalik.

Bazą szpitala tymczasowego jest 22. Wojskowy Szpital Uzdrawisko-Rehabilitacyjny. Lecznica będzie działała pod patronatem 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. Dla pacjentów ma zostać przygotowanych: „60 łóżek respiratorowych, 80 łóżek w pełnym zaopatrzeniu tlenowym, zasilanym z magistrali tlenowej, pozostałe będą w miarę możliwości zasilane z butli tlenowych” – zapowiada Jerzy Kowalik.

Sala respiratorowa, gdzie znajdują się „łóżka z dostępem do respiratorów”, zajmie powierzchnię około 620 m kw. – dotychczasową stołówkę. Kto albo czy w ogóle ktoś skorzysta z respiratora, skoro stan pa-

cjentów ma być lekki albo średni, co raczej nie kwalifikuje do tej formy leczenia, na razie nie wiadomo... Dokładne kryteria przyjęć do szpitala nie są znane. Wojewoda pytany przez nas, jacy pacjenci będą w Ciechocinku leczeni – odpowiada: „Przede wszystkim chorzy wymagający miejsc tlenowych, respiratorowych”. Dopytujemy o wskazania, powołując się na Szpital Narodowy, nazywany przez lekarzy izolatorium. „Nie wiem, jak jest na Narodowym. U nas chcemy szpital przygotować tak, żeby był dostosowany do sytuacji, jaka jest w naszym regionie” – kończy Mikołaj Bogdanowicz.

Inna sprawa, że do obsługi tak specjalistycznego sprzętu, jakim jest respirator, potrzeba wykwalifikowanej w tym kierunku kadry medycznej, m.in. lekarzy anestezjologów. Do chwili zamknięcia numeru, jak się nieoficjalnie dowiadujemy, nikt o takiej specjalności do pracy w szpitalu się nie zgłosił.

Na parterze szpitala znajdują się też sale obserwacyjne – każda dla 30 pacjentów, a na piętrach od 1 do 4 sale pojedyncze dla chorych, z dostępem do magistrali tlenowej, z instalacją teleinformatyczną.

Szpital cały czas poszukuje odpowiedniej kadry. Liczy na medyków, do tej pory pracujących w ciechocińskich uzdrowiskach, aktualnie z powodu pandemii zamkniętych. Lekarzy anestezjologów raczej tam jednak nie znajdzie, bo nie wchodzili w skład zespołów medycznych sanatoriów (więcej na kujawskopomorski.szpital.pl).

Dla pacjentów z COVID-19 do tej pory w naszym województwie przygotowano 2150 miejsc w prawie 30 szpitalach. „To przeszło 35 proc. łóżek w kujawsko-pomorskim przeznaczonych dla leczenia szpitalnego. Tej granicy nie chcemy już za bardzo przekraczać – mówi wojewoda i zapewnia. – Każda decyzja o przekształceniu poprzedzona jest rozmowami z dyrektorami szpitali, ordynatorami oddziałów, nie podejmujemy jej zza biurka. Wszystkie miejsca są uzgodnione, a personel – przygotowany”.

Agnieszka Banach

Nominacja profesorska

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nadał tytuł profesora nauk medycznych i nauk o zdrowiu **Annie Szaflarskiej-Popławskiej**. Pani profesor w 1995 r. ukończyła Akademię Medyczną w Bydgoszczy. W latach 1995–2011 pracowała w Katedrze i Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1, a od 2011 r. pełni funkcję kierownika szpitalnego Zakładu Endoskopii i Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego. W 1997 r. uzyskała stopień doktora nauk medycznych, w 2010 – doktora habilitowanego. Prof. dr hab. med. Anna Szaflarska-Popławska jest specjalistą w zakresie pediatrii (2003 r.), alergologii (2007 r.), gastroenterologii (2012 r.) i gastroenterologii dziecięcej (2015 r.). Od 2017 r. pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej. W swojej pracy naukowej prof. dr hab. Anna Szaflarska-Popławska koncentruje się głównie na zagadnieniach związanych z gastroenterologią dziecięcą, a przede wszystkim na badaniach epidemiologicznych celiakii, zarówno w populacji ogólnej, jak i w grupach ryzyka, nowoczesnej diagnostyce genetycznej, serologicznej i endoskopowej celiakii, a także na aspektach patogenetycznych tej choroby. W kręgu jej zainteresowań znajdują się również zagadnienia związane z diagnostyką i leczeniem schorzeń zapalnych górnego odcinka przewodu pokarmowego, zwłaszcza wywołanych przez bakterię *Helicobacter pylori*, choroby refluksowej przełyku oraz nieswoistych chorób zapalnych jelit u dzieci. Jest współautorem aktualnie obowiązującego podręcznika do specjalizacji z zakresu gastroenterologii dziecięcej.

Źródło: CM UMK



Profesor z Bydgoszczy przewodniczy zespołowi, który opracuje program specjalizacji

Prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński, z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, kierownik Zakładu Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej w Katedrze Pediatrii, Hematologii i Onkologii CMUMK – został przewodniczącym zespołu ekspertów do spraw opracowania i aktualizacji programu specjalizacji w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

Źródło: CM UMK



Doktor Mieczysław Boguszyński – członkiem Zarządu Towarzystwa Miłośników Miasta Bydgoszczy

O powołaniu w skład Zarządu napisał do „Primum” prezes Zarządu TMMB – Jerzy Derenda, przytaczając wiele informacji związanych z działalnością doktora Boguszyńskiego, które o tym zdecydowały. Pisze m.in.: „Nominacja lek. med. Mieczysława Boguszyńskiego na członka Zarządu TMMB nie jest dziełem przypadku. Przecież Stowarzyszenie z rodowodem sięgającym 1832 r. stawia sobie za cel kontynuowanie historii i tradycji Bydgoszczy”, a Doktor „jest autorytetem i najpewniejszym źródłem dotyczącym historii medycyny w Bydgoszczy i regionie”.

Z radością dzielimy się tą wiadomością, zapraszając do przeczytania tekstu Jerzego Derendy w najbliższym numerze.

t.b.



Dla dzieci!

Gwiazdka tuż-tuż!

W tym roku nie spotkamy się na corocznym mikołajkowym spotkaniu... Względy epidemiologiczne nie pozwalają nam na wspólne świętowanie. Bardzo nam z tego powodu przykro, dlatego chcielibyśmy Wam chociaż podarować upominki od nas. Przygotowane paczki będzie można odbierać z siedziby Bydgoskiej Izby Lekarskiej. **Czekamy na zgłoszenia chętnych dzieci do 14 grudnia** – wiek od 3 do 12 lat. Kontakt: 52 3460084, 52 3460780.



Dr n. med. Henryk Gajewski 28 października skończył **101 lat**. Solenizant – od 1957 do 1985 r. ordynator Oddziału Urologii dzisiejszego Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy – zapoczątkował w naszym regionie rozwój nowoczesnej endourologii, wprowadzając zabiegi przeczwinkowej elektroresekcji gruczołu krokowego i nowotworów pęcherza. Za swój główny wkład w bydgoską urologię uważa wykształcenie kilkunastu urologów, w tym kilku przyszłych ordynatorów oddziałów urologicznych.

Doktor Gajewski jest osobą znaną i cenioną i każdego roku pod koniec października jego dom pękał w szwach – z urodzinowymi życzeniami przybywały m.in. delegacje Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej, Urzędu Miasta Bydgoszczy czy Urzędu Marszałkowskiego, a także reprezentanci lekarzy urologów i Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

W tym roku, zarówno BIL, jak i redakcja „Primum”, nie miały innego wyjścia, niż przekazać życzenia zdrowia, szczęścia, pomyślności - zdalnie. Nie tracimy nadziei, że za rok będziemy mogli zrobić to już osobiście – przy urodzinowym stole solenizanta.

Magdalena Godlewska



Na razie trzymamy się całkiem dobrze...

Z Krzysztofem Tadrzakiem, dyrektorem WSPR w Bydgoszczy – rozmawia Agnieszka Banach

► **Pandemia zmieniła sposób działania szpitali, inaczej pracuje też podstawowa opieka zdrowotna... A jak funkcjonuje Pogotowie? Osiągnęliście już kres możliwości?**

Można powiedzieć, że na razie trzymamy się całkiem dobrze. W odróżnieniu od szpitali udało nam się uniknąć poważnych ognisk zachorowań wśród pracowników medycznych. Zdarzają się oczywiście pojedyncze przypadki. Od kwietnia było to 8 osób z 200 stanowiących kadrę medyczną. Częściej zakażają się pracownicy administracji. Niestety, coraz częściej ratownicy i pielęgniarki skarżą się na problemy związane z kondycją psychiczną... Są wyczerpani i sfrustrowani. Pracy jest bardzo dużo, a pogotowie nadal bardzo często jest wzywane do zdarzeń, które zupełnie tego nie wymagają. Ratowników medycznych brakowało jeszcze przed pandemią, teraz tym bardziej sytuacja się nie poprawiła. Zdaje się, że osoby na umowach cywilno-prawnych pracują o wiele za dużo. Czasami nawet 300 godzin. Reagujemy na takie sytuacje, ale czasami nie mamy wyjścia, bo jakoś trzeba obsadzić zespoły karetek...

► **Zdarzyło się już, że jakaś karetka z powodu braku obsady nie wyjechała?**

Na szczęście te z zespołami podstawowymi – pielęgniarką czy ratownikami – jak do tej pory, zawsze wyjeżdżają. Takie przypadki zdarzają się w karetkach specjalistycznych – typu "S", ale to z powodu braku lekarzy. Problem istnieje od zawsze i myślę, że nic tu się nie poprawi. Jedynym wyjściem jest rozwiązanie już dawno zapowiadane, czyli system paramedyczny, w którym lekarzy nie ma. To funkcjonuje w większości krajów Europy. Jeżdżą zespoły dwuosobowe z ratownikami medycznymi. Monitujemy do ministra zdrowia, żeby zostawił nam tylko po jednej karetce "S" w dużych miastach – Bydgoszczy, Grudziądzu, Toruniu, Włocławku i Inowrocławiu. Teraz w Bydgoszczy mamy trzy eski, tak samo Włocławek, Grudziądz ma

dwie. Tymczasem jedna, pełniąc rolę konsultacyjno-doradczą, zupełnie by wystarczyła.

► **A jakim taborem łącznie dysponuje Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego?**

Łącznie w województwie mamy 88 samochodów, z czego w samej Bydgoszczy i powiecie jeździ 18 zespołów plus dodatkowo 3 przeznaczone wyłącznie dla chorych z COVID. Pod bydgoską dyspozytornię, która obejmuje całe byłe województwo bydgoskie, podlegają 44 zespoły wyjazdowe, reszta pod dyspozytornię w Toruniu.

► **Na obecne czasy, kiedy obok chorych covidowych mamy jeszcze innych pacjentów wymagających interwencji, to wystarczający stan?**

Tak. Według algorytmu gwarantującego efektywność powinny przypadać 3 karetki na 100 tys. mieszkańców. My jesteśmy w pierwszej trójce w Polsce, jeżeli chodzi o liczbę ambulanсів. Dodatkowo uruchomiliśmy jeszcze 3 dodatkowe zespoły dla COVID-u. Oprócz naszych zespołów dla pacjentów zakażonych NFZ zakontraktował jeszcze 3 karetki w firmach przewozowych, a więc zabezpieczenie dla chorujących na COVID, ale też i inne choroby jest wystarczające.

► **Mam nadzieję, że będziecie mieli gdzie tych chorych zawozić, że nie zabraknie dla nich miejsc w szpitalach... Czy zdarzyło się już Wam krążyć z pacjentem od szpitala do szpitala lub stać w kolejce karetek przed nim?**

Przypadki oczekiwania naszych karetek na przekazanie pacjenta szpitalowi są bardzo rzadkie. Owszem, zdarzają się, ale na pewno nie w takiej skali, jak możemy oglądać w TV, gdzie ambulanse czekają po parę godzin. Krążyć od szpitala do szpitala zdarzało się nam i przed pandemią, np. z pacjentami ortopedycznymi w okresie zimowym.

Mamy do dyspozycji 30 szpitali w województwie z miejscami dla pacjentów z COVID, niedługo będzie gotowy kolejny – w Ciechocinku, co na razie na nasze potrzeby i obecną liczbę zachorowań – wystarczy.

► **Czy w związku z panującą pandemią wyjazdy karetek są częstsze?**

Nie robiliśmy takich statystyk, ale raczej nie obserwujemy wzmożonej częstości związanej z wyjazdami karetek. Z reguły na terenie Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego rocznie wyjeżdżamy około 55 tys. razy i w tym roku także osiągamy podobny wynik.

► **A czas dojazdu do pacjenta jest taki sam, czyli do 15 minut?**

Wydłużył się, niestety... Sporo czasu zajmuje chociażby przebranie się w specjalny kombinezon ochronny. Zawsze mieliśmy minutę na wyjazd, teraz, kiedy dostajemy informację od dyspozytora, że pacjent ma objawy COVID, ratownik musi się odpowiednio zabezpieczyć. A to – jak wiadomo – trwa. Warto zaznaczyć, że do tej pory żadna osoba z zespołu karetek covidowych nie uległa zakażeniu, co oznacza, że dobrze się chronią.

► **Nie jest łatwo przetrwać długo w takim kombinezonie...**

Na pewno jazda w szczelnym, nieprzepuszczającym powietrza kombinezonie nie należy do przyjemności. Jest im bardzo gorąco. A wyobraźmy sobie, że w takim ubraniu trzeba wykonać np. transport do Grudziądza i wrócić do Bydgoszczy, gdzie karetka będzie dopiero poddana odkażeniu. Współczuję im, bo dosłownie spływają potem. A zdarzały się przypadki, że musieli mieć na sobie kombinezony nawet 8 godzin! Dobrze, że do tej pracy udało nam się zaangażować młodych ludzi, którzy takie warunki znoszą lepiej, bo są bardziej wydolni. Do karetek covidowych nie trzeba mieć wykształcenia na poziomie ratownika medycznego. Wystarczy kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy, taki sam jaki kończą strażacy.

► **Po każdym przewozie pacjenta z COVID karetka wymaga dezynfekcji, co oznacza, że jej zespół jest na jakiś czas wyłączony...**

Tak się dzieje, ale uruchomiliśmy niedawno dwa dodatkowe punkty, gdzie nasze karetki mogą być dezynfekowane, co pozwala skrócić czas, w którym zespół jest wyłączony. W sumie mamy sześć podstacji, gdzie ambulanse mogą być odkażane. Sama dezynfekcja zajmuje około godziny. Nasze ambulanse na pewno nie czekają już w kolejkach przed szpitalem zakaźnym czy pulmonologicznym, jak wcześniej bywało.

► **Karetki, jak Pan mówi, może nie jeżdżą częściej, ale zdarza się, że dalej... Zwłaszcza zespoły covidowe, które często pokonują trasę m.in. do Grudziądza i z powrotem. Na pewno ma to wpływ na stan techniczny karetek, ich awaryjność.**

Rzeczywiście karetki covidowe jeżdżą dużo, a w związku z tym, że są to ambulanse z tak zwanych rezerw, nie są już najnowsze... Awaryjne się więc zdarzają, co – wiadomo – skutkuje wyłączeniem zespołu. Mamy jednak na stanie jeszcze trzy rezerwowe samochody, które w takich przypadkach uruchamiamy. Bydgoska stacja ma generalnie 6 dodatkowych pojazdów – trzy jeżdżą w covidach, 3 są zapasowe. Pod koniec grudnia mamy otrzymać jeszcze dwa nowe ambulanse, co oznacza, że dwa najstarsze przejdą do rezerw. W przyszłym roku dojdą kolejne cztery nowe samochody ze środków Ministerstwa Zdrowia. Nasze potrzeby na sprzęt przewoźny będą więc w pełni zaspokojone. W pozostały sprzęt też jesteśmy dobrze wyposażeni, bo planujemy nasze zakupy od lat.

► **Ostatnio media obiegrała informacja o ogromnych rządowych dotacjach dla różnego rodzaju artystów, m.in. zarabiających krocie gwiazd disco polo, a tymczasem ratownikowi medycznemu w szpitalu tymczasowym w Białymstoku, z pierwszej linii frontu w walce z pandemią proponuje się maksymalnie 2 tys. 360 zł brutto. Chyba coś tu jest nie tak...**

Tak niskie uposażenie dla ratownika to jakieś nieporozumienie. W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia w Bydgoszczy ratownicy na kontraktach zarabiają około 40 zł na godzinę. Uważam, że powinni zarabiać nawet więcej – ok. 50 za godzinę i to nie w czasach pandemii. Na pewno nie 2 360 zł!

► **Pogotowie nie funkcjonuje bez dyspozytorów przyjmujących wezwania od pacjentów, wysyłających odpowiednie zespoły do chorych wymagających pomocy, często również samodzielnie udzielających pomocy medycznej przez telefon. Tymczasem pojawiają się sygnały, nie z Bydgoszczy wprawdzie, że w niektórych stacjach telefony się urywają, a nie ma kto ich odebrać...**

Najwięcej zachorowań wśród kadry medycznej pogotowia jest właśnie wśród pracowników dyspozytorni. W Bydgoszczy jest podobnie. Przebywanie przez długi okres w zamkniętym pomieszczeniu sprzyja zakażeniom. Chorowała między innymi dyspozytornia wrocławska i szczecińska. W pewnym momencie nawet zastępowaliśmy jedną



Krzysztof Tadrzak urodził się 6 października 1958 r. w Działdowie. Absolwent Uniwersytetu Warszawskiego na Wydziale Zarządzania i Marketingu oraz Uniwersytetu Gdańskiego na Wydziale Rachunkowości i Finansów. Od wielu lat związany z szeroko pojętym zarządzaniem w ochronie zdrowia. W latach 1999–2001 pełnił funkcję dyrektora Kujawsko-Pomorskiej Kasy Chorych. W latach 2002–2005 – zastępcy prezydenta Bydgoszczy. Był wieloletnim dyrektorem szpitali, między innymi Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. Warmińskiego w Bydgoszczy w latach 2005–2011. Obecnie, wybrany na drugą kadencję, pełni funkcję dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego.

z nich. Dyspozytorów brakuje. Jeżeli na 8, do pracy przychodzi 3 – wiadomo, że tworzy się kolejka oczekujących na zgłoszenie, a wtedy system sam przetrzuca zgłoszenie do innego województwa, na pierwszą wolną linię. Zdarza się więc, że nasze województwo jest obsługiwane przez Rzeszów czy Lublin albo my odbieramy telefony z małopolskiego. Przy tak okrojonych obsadach nie można liczyć nawet na chwilę odpoczynku, co rodzi frustrację, a pacjenci nie mają cierpliwości...

► **Od 2021 r., czyli już za miesiąc, zgodnie z zapisami Ustawy o ratownictwie medycznym z 2018 r. dyspozytornie mają przejść pod kuratelę wojewody.**

Działania w tym kierunku prowadzone są już od trzech miesięcy. Na pewno z tej potencjalnej zmiany nie są zadowoleni nasi dyspozytorzy. Zresztą taki problem jest w całej Polsce. To wykształceni ludzie – pielęgniarki i ratownicy medyczni z wyższym wykształceniem medycznym, ze specjalizacjami. Nie chcą zostać urzędnikami państwowymi w urzędzie wojewódzkim. Tym bardziej, że finansowo nie jest to dla nich atrakcyjna oferta. Mam więc duże wątpliwości, że taką zmianę uda się przeprowadzić.

► **Czas pandemii też raczej nie sprzyja takim przekształceniom... A Pan uważa, że to dobry pomysł, by dyspozytornie działały przy urzędach wojewódzkich?**

Moim zdaniem – nie. Nie wiem, nie widzę, co taka zmiana może poprawić, ulepszyć?! Dyspozytornia jest nieodłącznym elementem wojewódzkich stacji pogotowia i tak powinno zostać.



Z Małgorzatą Dziędział, pełniącą obowiązki dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – rozmawia Agnieszka Banach

Dramatycznie rośnie liczba chorych na COVID-19. Szpitale znowu odwołują zabiegi, a realizacja kontraktu przesuwana na dalszy plan. Obawiają się, że ich finansowa przyszłość rysuje się więc niepewnie... Mają się czego bać? Czy jednak NFZ przygotował dla nich jakieś rozwiązania?

Placówki medyczne nie mają podstaw do obaw. Podobnie jak na wiosnę, tak i teraz Ministerstwo Zdrowia i NFZ przygotowali rozwiązania prawne zabezpieczające finanse świadczeniodawców. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 października 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczeniodawcy, na których, na polecenie ministra zdrowia lub wojewody, nałożono obowiązek realizacji świadczeń w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – mają możliwość rozliczenia na ich wniosek tzw. 1/12 wartości kontraktu w okresie od 1 października do 31 grudnia 2020 r. Dotyczy to również świadczeniodawców, w stosunku do których wprowadzono ograniczenia prowadzenia działalności leczniczej w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego albo stanem epidemii, oraz świadczeniodawców, w stosunku do których wydana została decyzja przez organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dodatkowo, zgodnie ze znowelizowanym rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, NFZ przewiduje również częstsze i szybsze wypłaty. Każdy świadczeniodawca na podstawie złożonego wniosku może nawet 4 razy w miesiącu wystawić fakturę, a czas płatności skrócił się z 14 do 5 dni i zgodnie z zaleceniem Ministerstwa Zdrowia oddział funduszu dokonuje płatności w możliwie najkrótszym czasie.

W obecnej sytuacji pandemicznej nie wydaje się prawdopodobne, że lecznicom uda się nadrobić i zrealizować tegoroczny kontrakt... Czy w związku z tym termin jego wykonania zostanie wydłużony? Do kiedy? Co z przyszłoroczną umową z NFZ – czy tym szpitalom, które z powodu pandemii nie wyrobiły kontraktu za 2020 r. zostanie zaproponowany zmniejszony kontrakt na rok 2021?

Zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami, okres rozliczeniowy na wniosek świadczeniodawców może zostać wydłużony maksymalnie do końca czerwca 2021 r. Od 6 października do K-P OW NFZ wpływają przedmiotowe wnioski od świadczeniodawców, którzy nie mogli w pełni zrealizować świadczeń objętych umową. Do połowy listopada ponad 85% placówek mających umowę z tutejszym oddziałem funduszu zadeklarowało chęć wydłużenia okresu rozliczeniowego.

Zasady przedłużania okresu rozliczeniowego

- Przedłużenie okresu rozliczeniowego następuje na wniosek świadczeniodawcy (elektroniczny) przekazywany przez Portal Świadczeniodawcy/SZOI. Przedłużenie okresu rozliczeniowego dotyczy całej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (wszystkich zakresów świadczeń), w typach umów wskazanych poniżej.
- Termin, do którego zostaje przedłużony okres rozliczeniowy, to 30.06.2021 r. We wszystkich umowach 03/8 – Leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) okres rozliczeniowy jest przedłużany do 30.06.2021 r.

Z Funduszem

Typy umów, w których możliwe jest przedłużenie okresu rozliczeniowego:

- 02/1 – Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia w poradniach
- 02/3 – Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne
- 03/1 – Leczenie szpitalne – oddziały szpitalne
- 03/3 – Leczenie szpitalne – chemioterapia
- 03/4 – Leczenie szpitalne – teloradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa
- 03/5 – Leczenie szpitalne – programy lekowe
- 03/6 – Leczenie szpitalne – świadczenia wyskospecjalistyczne
- 03/8 – Leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ)
- 03/9 – Leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe
- 04/1 – Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
- 05/1 – Rehabilitacja lecznicza
- 07/1 – Leczenie stomatologiczne
- 10/1 – Profilaktyczne programy zdrowotne
- 11/1 – Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
- 1/2 – Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – teloradioterapia stereotaktyczna/kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej/teloradioterapia protonowa/kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1) (TS/KLWSW/TP/KLRP-1)
- 11/3 – Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – pompa baklofenowa
- 14/1 – Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze
- 15/1 – Opieka paliatywna i hospicyjna

W jaki sposób są finansowane oddziały i szpitale dla chorych z COVID?

Szpitale COVIDOWE dzielimy na 4 typy w zależności od poziomu zabezpieczenia covidowego: I poziom – szpitale, w których utworzono tzw. łóżka buforowe, przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem; II poziom – szpitale,

które zajmują się leczeniem chorych na covid-19, czyli pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na koronawirusa. Obejmują opieką także pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem, III poziom – szpitale, do których trafia pacjent z COVID-19 (pozytywny wynik testu na koronawirusa), lecz głównym powodem jego hospitalizacji nie jest covid-19, IV poziom to szpitale hybrydowe, które łączą w sobie zadania np. szpitala II i III poziomu i koordynują opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie.

Szpitale I i II poziomu zabezpieczenia covidowego otrzymują opłatę za dobową gotowość do udzielania świadczeń medycznych wyłącznie na pacjentów podejrzanych i zakażonych koronawirusem. Mowa o placówkach, które musiały przekształcić np. jeden oddział do opieki wyłącznie nad pacjentami podejrzawanymi i zakażonymi koronawirusem. Opłata za gotowość jest rekompensatą za utracone wpływy, które szpital uzyskiwałby z umowy z NFZ, lecząc pacjentów na tym oddziale w normalnym trybie, w czasie pozacovidowym. Wysokość rekompensaty liczona jest względem wynagrodzenia za świadczenia wypłacone tym szpitalom przez NFZ w styczniu i lutym 2020 r., czyli średniej z okresu przed pandemią. Średnia to ponad 717 zł na dobę za łóżko. Z kwoty rekompensaty wyłączone są koszty: leków stosowanych w chemioterapii oraz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w ramach programów lekowych, środków finansowych przekazywanych na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy, świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych na podstawie ogólnych warunków umów.

Szpitale I, II i IV poziomu zabezpieczenia covidowego za każde dodatkowe łóżko (niefinansowane wcześniej w ramach umowy z NFZ) otrzymują 100 zł/dobę za dostępność tego łóżka dla pacjentów podejrzanych i zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Po-

Według stanu na 20 listopada 2020 r. w województwie kujawsko-pomorskim zapewnionych było: w I poziomie zabezpieczenia – 157 łóżek; w II poziomie – 1 182, w tym 156 stanowisk dla pacjentów z niewydolnością oddechową; w III/IV poziomie – 780 łóżek, w tym 70 stanowisk dla pacjentów z niewydolnością oddechową oraz 22 stanowiska dializoterapii. Łącznie w II, III i IV poziomie zapewnione zostały 1 962 łóżka dla pacjentów chorych na COVID-19, w tym 226 stanowisk respiratoterapii.

Na terenie województwa na 20 listopada funkcjonują: 43 punkty pobrań materiału biologicznego od pacjentów podejrzanych o zakażenie koronawirusem. Punkty pobrań rozlokowane są we wszystkich powiatach województwa. Mamy 10 umów z laboratoriami na wykonywanie badań materiału biologicznego pobranego od pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Do pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 wyjeżdża 11 zespołów transportu sanitarnego. Świadczenia stomatologiczne dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 zabezpieczone są przez trzech świadczeniodawców.

Ille do tej pory kosztował koronawirus K-P OW NFZ?

Świadczenia medyczne, w tym transport sanitarny, udzielane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 nie są finansowane ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w ramach budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Środki na ich pokrycie pochodzą z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, lub z Funduszu przeciwdziałania COVID-19.

Wartość kosztów poniesionych na świadczenia opieki zdrowotnej w związku z COVID oraz dodatki dla personelu medycznego do końca października 2020 r. to 213 212 797,52 zł.

Dane z 21 listopada 2020 r.

o pieniądzach

nadto placówki II i IV poziomu zabezpieczenia covidowego dostają środki za dostępność respiratora dla pacjentów podejrzanych i zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Opłata wynosi 200 zł/dobę dostępności każdego dodatkowego respiratora, który nie jest ujęty w dotychczasowej umowie szpitala z Funduszem.

Szpitale III poziomu zabezpieczenia covidowego otrzymują opłatę za gotowość do udzielania świadczeń medycznych pacjentom z COVID-19. Opłata wynosi 40 zł/dobę za każde łóżko zarejestrowane w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

A jak wyglądają opłaty za leczenie pacjentów z COVID lub podejrzanych o zakażenie?

Placówki I, II i IV poziomu zabezpieczenia covidowego otrzymują 185 zł za pobyt pacjenta podejrzanego o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Szpitale II i IV poziomu zabezpieczenia covidowego za leczenie pacjenta z COVID-19 z uwzględnieniem poziomu jego saturacji otrzymują odpowiednio 330 zł/osobodzień w przypadku saturacji równej lub wyższej niż 95% i 630 zł/osobodzień w przypadku saturacji poniżej 95%. Za hospitalizację pacjentów chorych na COVID-19, którzy wymagają wentylacji mechanicznej poza oddziałem intensywnej terapii, szpitale II i IV poziomu zabezpieczenia covidowego otrzymują 1 154 zł/osobodzień. W sytuacji gdy pacjent z COVID-19 wymaga wentylacji mechanicznej na oddziale intensywnej terapii, wówczas szpitale II i IV poziomu zabezpieczenia covidowego otrzymują od 919 zł do 5 298 zł/osobodzień. Placówki III i IV poziomu zabezpieczenia covidowego za hospitalizację pacjenta z COVID-19, który wymaga leczenia specjalistycznego, otrzymują środki za to leczenie na podstawie klasyfikacji JGP konkretnego świadczenia specjalistycznego.

Do środków za leczenie pacjentów z COVID-19 w jednostkach z poszczególnych poziomów zabezpieczenia covidowego dodatkowo należy doliczyć opłaty za gotowość. W kosztach leczenia i w opłatach za gotowość nie są uwzględnione koszty dodatków do wynagrodzeń personelu medycznego. Stanowią one odrębną część kosztów, które pokrywa NFZ. Ich wysokość została wskazana w poleceniu ministra zdrowia dla prezesa NFZ z 1 listopada 2020 r.

Do zadań NFZ oprócz dbania o jakość świadczeń należy także dbanie o dostęp do nich. Jak wygląda, jeżeli chodzi o chorych na COVID – zabezpieczenie łóżkowe, respiratorowe i, co najważniejsze – kadrowe, bez którego te dwie pierwsze kategorie nie mają znaczenia?

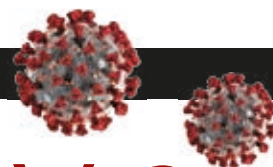
primum

Z nowym dyrektorem

Obowiązki dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia od 18 listopada pełni Małgorzata Dzieziak. Zastąpiła Andrzeja Wiśniewskiego – do tej pory kierującego oddziałem, a który w NFZ pozostanie zastępcą dyrektora ds. służb mundurowych.

Nowa dyrektorka Funduszu pracuje w tej instytucji od 2013 r. – najpierw w oddziale w Opolu, potem na stanowisku zastępcy dyrektora ds. finansowych w oddziale Mazowieckim. Skończyła studia licencjackie na kierunku fizjoterapia w Collegium Karkonoskim w Jeleniej Górze, studia magisterskie na kierunku zarządzanie ze specjalnością – zarządzanie w strefie usług zdrowotnych w Wyższej Szkole Zarządzania i Przedsiębiorczości w Wałbrzychu oraz studia podyplomowe – audyt kontroli zarządczej i rachunkowości w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie.

a.b.



Pandemia SARS-CoV-2

w województwie kujawsko-pomorskim

OCHRONA ZDROWIA LEDWO DAJE RADĘ...

Epidemia trwa, mimo wprowadzenia nowych obostrzeń nadal jej nie kontrolujemy i nie zapowiada się, że będziemy w najbliższym czasie kontrolować. Nadal liczba wykrywanych nowych zakażeń na dobę przekracza 20 tys., dochodząc w niektóre dni do 25–27 tys. – a są to tylko pacjenci objawowi, tych bezobjawowych jest zapewne 5 razy więcej i to oni niestety są nieświadomym źródłem rozproszonych ekspozycji dla innych... w domach, rodzinach, wśród znajomych. Ochrona zdrowia ledwo daje radę. W wielu miejscach już nie daje... Brakuje personelu na każdym stopniu – część jest na kwarantannach, izolacjach z powodu zakażenia czy po prostu na zwolnieniach lekarskich, bo nie dają rady, bo są zmęczeni... psychicznie i fizycznie. Pacjentów przybywa, walczymy o każde miejsce...niekiedy ciężko. Pojawiają się trudności z dostawą tlenu, z dostępnością osocza ozdrowieńców z COVID-19, z adekwatną ilością remdesiviru...

Niestety nadal mamy osoby niewierzące w pandemię, negujące występowanie koronawirusa, hejtujące zasady DDM, nawet wśród aktorów, celebrytów, chociaż już prawie każdy ma kogoś z rodziny czy wśród znajomych, kto przebył COVID-19...

PAWEŁ
RAJEWSKI

AKTUALNA BAZA ŁÓŻEK DLA PACJENTÓW Z COVID-19 W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM

- ▶ II poziom zabezpieczenia szpitalnego – łącznie liczba łóżek – 1115 (docelowo z decyzji – 1172), łóżka respiratorowe – 122 (docelowo z decyzji 141),
- ▶ III poziom zabezpieczenia szpitalnego – łącznie liczba łóżek – 774.

SZCZEGÓŁOWY WYKAZ BAZY ŁÓŻEK DLA CHORYCH NA COVID-19 W SZPITALACH W WOJEWÓDZTWIE

- ▶ Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy – 68 łóżek, w tym 4 respiratorowe
- ▶ Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy – 51 łóżek, w tym 10 respiratorowych
- ▶ Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy – 9 łóżek, w tym 9 respiratorowych
- ▶ Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy – 107 łóżek, w tym 8 respiratorowych
- ▶ Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy – 8 łóżek, w tym 5 respiratorowych
- ▶ Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Bydgoszczy – 8 łóżek, w tym 2 respiratorowe
- ▶ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy – 90 łóżek, w tym 15 respiratorowych
- ▶ Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu – 161 łóżek, w tym 4 respiratorowe
- ▶ Specjalistyczny Szpital Miejski w Toruniu – 18 łóżek, w tym 3 respiratorowe
- ▶ Nowy Szpital w Świeciu – 50 łóżek, w tym 7 respiratorowych
- ▶ Nowy Szpital w Nakle i Szubinie – 30 łóżek, w tym 2 respiratorowe
- ▶ Nowy Szpital w Wąbrzeźnie – 27 łóżek, w tym 4 respiratorowe
- ▶ Szpital Wielospecjalistyczny w Inowrocławiu – 16 łóżek, w tym 4 respiratorowe
- ▶ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku – 50 łóżek, w tym 10 respiratorowych
- ▶ Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim – 92 łóżka, w tym 9 respiratorowych
- ▶ Novum-Med. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Więcborku – 10 łóżek, w tym 2 respiratorowe
- ▶ Pałuckie Centrum Zdrowia w Żninie – 15 łóżek, w tym 2 respiratorowe
- ▶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łasinie – 4 łóżka, w tym 1 respiratorowe
- ▶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie – 142 łóżka, w tym 5 respiratorowych
- ▶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie – 15 łóżek, w tym 2 respiratorowe
- ▶ Zakład Opieki Zdrowotnej w Brodnicy – 40 łóżek, w tym 5 respiratorowych
- ▶ Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmnie – 10 łóżek, w tym 2 respiratorowe
- ▶ Szpital w Lipnie – 25 łóżek, w tym 2 respiratorowe
- ▶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie – 16 łóżek, w tym 2 respiratorowe
- ▶ Szpital w Chełmży – 24 łóżka, w tym 3 respiratorowe
- ▶ Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu – 40 łóżek (do 80 wg decyzji), w tym 3 respiratorowe
- ▶ Szpital Tucholski – 12 łóżek, w tym 3 respiratorowe
- ▶ Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu – 774 łóżka, w tym 50 respiratorowych.

SZPITAL TYMCZASOWY DLA PACJENTÓW Z COVID-19

Szpital tymczasowy w województwie kujawsko-pomorskim powstaje w Ciechocinku na bazie 22 Wojskowego Szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnego. Docelowo ma stanowić bazę łóżek dla 250 chorych z COVID-19, w tym 60 miejsc respiratorowych.

NOWE IZOLATORIUM DLA PACJENTÓW Z COVID-19

Nowe Izolatorium powstało w Sanatorium Energetyk w Inowrocławiu. Być może w kolejnych tygodniach uda się uruchomić w izolatoriach tzw. II poziom świadczeń, który obejmowałby pacjentów z COVID-19 niewymagających hospitalizacji i leczenia, ale przewlekle leżących, wymagających całodobowej opieki opiekuńczo-pielęgniacyjnej.

TESTY ANTYGENOWE II GENERACJI – CZY I KIEDY STOSOWAĆ

Obecnie w diagnostyce zakażeń SARS-CoV-2 zostały dopuszczone testy antygenowe II generacji. WHO rekomenduje stosowanie szybkich testów antygenowych, które cechują się czułością $\geq 80\%$ i swoistością $\geq 97\%$ w porównaniu do metody genetycznej.

Według stanowiska Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych – zgodnie ze stanem wiedzy na 9 listopada 2020 r. – warunki stawiane przed szybkimi testami antygenowymi pozwalające na stosowanie ich w celach diagnostycznych u pacjentów z objawami w ostrej fazie zakażenia SARS-CoV-2 spełniają: Panbio™ COVID-19 AG Rapid Test Device (Abbott), Bioeasy 2019-nCoV Ag Fluorescence (Shenzhen Bioeasy Biotechnology), Standard Q COVID-19 Ag SD (Biosensor) / SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (Roche).

Pełne zestawienie testów analizowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) jest dostępne na stronie: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2020/274/RPT/2020.11.02_testyAg.pdf.

Uzyskanie wyniku dodatniego (pozytywnego) szybkiego testu II generacji na obecność SARS-CoV-2 u osób z objawami klinicznymi COVID-19 pozwala na rozpoznanie zakażenia bez konieczności dodatkowego potwierdzenia testem PCR i w takich przypadkach pacjent może być kierowany bezpośrednio do szpitali II i III poziomu zabezpieczenia szpitalnego z pominięciem I poziomu, np. przez ZRM. Takie postępowanie może przyczynić się do usprawnienia opieki nad pacjentami z podejrzeniem SARS-CoV-2 i odciążać szpitale będące w I poziomie zabezpieczenia, szczególnie w miejscach, gdzie jest ograniczony dostęp do miejsc izolowanych.

W przypadku istotnego podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2 u pacjentów z objawami klinicznymi wskazującymi na możliwość COVID-19 i ujemnym (negatywnym) wynikiem testu antygenowego, wskazane jest wykonanie testu PCR.

Zastosowanie tych testów jako przesiewowych u pacjentów bezobjawowych jest wciąż dyskutowane z uwagi na występowanie większej puli wyników fałszywie ujemnych.

LICZBA ZGONÓW NA COVID-19 ROŚNIE...

Rekordowe liczby zgonów w Polsce na COVID-19 – ponad 500-600 w ostatnich dniach... z czego to wynika? Wpływ na to mają następujące czynniki:

- ▶ Liczba nowych zakażeń na dobę – jest prosta zależność: im więcej zakażeń SARS-CoV-2 dziennie, tym więcej osób trafia do szpitali i tym więcej będzie miało ciężki przebieg COVID-19, w tym z ryzykiem zgonu.
- ▶ Im więcej osób wymagających leczenia trafia do szpitali, tym większe ryzyko, że może nie być odpowiedniej ilości osocza ozdrowieńców z COVID-19, remdesiviru, jak i miejsc do tlenoterapii, urządzeń high flow do wysokoprzepływowej tlenoterapii czy respiratorów oraz miejsc w oddziałach intensywnej terapii medycznej.

- ▶ Coraz więcej osób trafia do szpitala za późno, w ciężkim stanie – z cechami zapalenia płuc, niewydolności oddechowej, w 2 czy 3 tygodniu trwania choroby – wtedy wirusa już nie ma, nie namnaża się i podanie osocza ozdrowieńców czy remdesiviru nie przynosi korzyści klinicznych. Wirus zrobił już swoje – wywołał śródmiąższowe zapalenie płuc, burzę cytokinową, aktywował układ krzepnięcia i leczymy wtedy powikłania, szanse na powodzenie terapii są znacznie mniejsze, a arsenał lekowy ograniczony – sterydy, tocilizumab, leczenie p/zakrzepowe, tlenoterapia, respiratoroterapia. Dodatkowo szanse na przeżycie spadają, gdy dochodzi do niewydolności wielonarządowej i pacjent wymaga pobytu w oddziale intensywnej terapii.
- ▶ Zgony zazwyczaj następują w 2–3 tygodniu choroby w przypadku ciężkiego przebiegu COVID-19 – stadium 3 i 4.
- ▶ Chociaż średni wskaźnik śmiertelności COVID-19 na świecie wynosi ok. 2,5%, to dramatycznie zmienia się wraz z wiekiem i chorobami towarzyszącymi – otyłość, cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba nerek, nowotwory, przewlekłe choroby układu oddechowego i wątroby.

Obecnie w Polsce wskaźnik śmiertelności dla osób po: 85. roku życia wynosi ok. 23%, 80–85 lat – ok. 17%, 75–80 lat – ok. 13%, 70–75 lat – ok. 9%, 65–70 lat – ok. 6%, 60–65 lat – ok. 3%, 55–60 lat – ok. 1%. W pozostałych grupach wiekowych śmiertelność spada poniżej jednego procenta. Dla osób w wieku 50–55 lat wynosi ona 0,7 %, dla osób w wieku 45–50 lat i 40–45 lat – 0,3 %, a dla osób w wieku 35–40 lat – 0,2 %, poniżej 40 roku życia – 0,1%. Niestety, zdarzają się również przypadki ciężkiego przebiegu COVID-19 u osób młodych, w tym pojedyncze przypadki śmiertelne.

Oczywiście jest to szacunkowy wskaźnik śmiertelności, bowiem większość zakażeń SARS-CoV-2 przebiega w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy, stąd rzeczywista liczba zakażeń jest przynajmniej 5 razy większa, a rzeczywisty wskaźnik niższy.

W najbliższych tygodniach będziemy nadal obserwować dużą liczbę zgonów na COVID-19, nawet jeśli liczba nowo wykrytych zakażeń będzie mniejsza, gdyż, tak jak wspomniałem, zgony w przebiegu choroby następują zwykle w 2–3 tygodniu i – obecnie jest to głównie pokłosie zachorowań w okresie, kiedy liczba ta przekraczała 27 tys. na dobę. Jeśli liczba nowych zachorowań na dobę nadal będzie utrzymywać się w granicach 25 tys. lub wzrośnie – liczba zgonów może być jeszcze znacząco większa z uwagi na granicę wydolności ochrony zdrowia: liczbę personelu, łóżek, dostęp do tlenoterapii, osocza ozdrowieńców, remdesiviru, respiratorów... Stąd podstawą pozostaje zachowanie zasad DDM i ochrona przede wszystkim osób starszych i z chorobami przewlekłymi.

Zachęcajmy ozdrowieńców z COVID-19 do oddawania osocza – to nasz społeczny obowiązek! Nasze ostatnie apele działają, dają rezultaty – coraz więcej osób w naszym województwie zgłasza się do RCKiK oddawać osocze.

Musimy się uzbroić w cierpliwość, bo epidemia jeszcze potrwa, a koronawirus SARS-CoV-2 nie zniknie z naszej populacji całkowicie nawet w przypadku odporności społecznej, stadnej czy wprowadzenia szczepionki, ale wtedy będą to raczej małe ogniska lub sporadyczne zachorowania, pozostanie z nami jak grypa... ale też pozwolimy nam na powrót do normalnego funkcjonowania.

REMDESIVIR – DZIAŁA CZY NIE DZIAŁA?

Remdesivir jest nukleozydowym inhibitorem polimerazy kwasu rybonukleinowego o szerokim spektrum działania przeciwwirusowego. Wewnątrzkomórkowo ulega szybkiej konwersji do farmakologicznie czynnego trifosforanu nukleozydu i włączany jest do powstającego łańcucha RNA przez wirusową polimerazę RNA zależną od RNA, co powoduje opóźnienie zakończenia łańcucha RNA podczas replikacji wirusa – hamuje replikację SARS-CoV-2.

Największe korzyści z leczenia odnoszą pacjenci z obniżoną saturacją, z zapaleniem śródmiąższowym płuc, wymagający tlenoterapii, czyli w stadium pełnoobjawowym – stadium II. Istotnym elementem jest odpowiednio wczesne włączenie leczenia – w fazie namnażania się wirusa, czyli do ok. 7 – 10 dnia od pojawienia się objawów – mamy bowiem do czynienia z lekiem przeciwwirusowym. W późniejszym okresie lub w III stadium choroby, w okresie burzy cytokinowej, respiratoterapii czy podczas pobytu w oddziałach intensywnej terapii pacjenci nie odnoszą korzyści ze stosowania remdesiviru, bo wirusa już nie ma – nie namnaża się i nie ma mowy, żeby lek zadziałał, leczymy już powikłania, które wywołał.

Korzyści z podania remdesiviru potwierdzono dotychczas w trzech randomizowanych badaniach klinicznych, w tym randomizowanym, podwójnie zaślepionym, kontrolowanym placebo – ACTT-1. W badaniu tym wzięło udział 1062 pacjentów, średni czas powrotu do zdrowia wynosił 10 dni, w porównaniu z 15 dniami u osób, które otrzymały placebo. Również odsetek przypadków śmiertelnych był niższy w grupie otrzymującej remdesivir. Obecnie toczy się również polskie badanie SARSTer pod patronatem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych – bierze w nim udział 30 ośrodków, w tym pediatryczne.

Pomimo pojawienia się ostatnio w przestrzeni publicznej oświadczenia wydanego przez WHO na podstawie badania „Solidarity”, że nie rekomenduje stosowania remdesiviru u pacjentów z COVID-19, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych wraz z konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych podtrzymali w swoich zaleceniach stosowanie remdesiviru w terapii zakażeń SARS-CoV-2. Jak zauważają eksperci, opinia WHO wyciągnięta na podstawie wniosków z badania „Solidarity” nie może dać obiektywnej odpowiedzi, czy remdesivir jest skuteczny czy nie, jak również czy jakkolwiek lek jest skuteczny. W badaniu uwzględniono punkt końcowy, jakim jest śmiertelność ogólna w trakcie hospitalizacji, bez analizy m.in. rozkładu regionalnego (inna jest np. śmiertelność w Europie niż np. w Afryce czy Ameryce Łacińskiej), wyjściowego stanu pacjentów z COVID-19 (np. saturacji O₂, oceny ciężkości, obecności zapalenia płuc, tlenoterapii czy respiratoterapii), momentu włączenia remdesiviru od początku wystąpienia objawów choroby (nie wiadomo, czy pacjenci byli leczeni w fazie namnażania się wirusa czy w 2 lub 3 tygodniu trwania choroby). Nie dokonano również dokładnej analizy przyczyn zgonów – czy zgon był spowodowany przez COVID-19 czy też zakażenie SARS-CoV-2 towarzyszyło innej, potencjalnie śmiertelnej chorobie, nie określono, jaki był wiek chorych, czy u pacjentów były choroby współistniejące wpływające na cięższy przebieg choroby i zwiększające śmiertelność. Z innych punktów końcowych w badaniu „Solidarity” uwzględniono jedynie ryzyko włączenia wentylacji mechanicznej i czas hospitalizacji. Również grupa porównawcza jest nieprecyzyjna, jak i nie zastosowano placebo (jak w ACTT-1) czy ściśle określonej opcji terapeutycznej (jak w SARSTer).

Z naszych obserwacji wynika, że lek działa, jeśli jest podany w odpowiednim czasie, czyli na tyle szybko, żeby miał szansę zadziałać i zahamować replikację wirusa. Podawany jest głównie osobom w II stadium, pełnoobjawowym – czyli stadium namnażania się wirusa, chorym z obniżoną saturacją poniżej 93%, z cechami zapalenia płuc, wymagającym tlenoterapii. Podawany jest dożylnie przez 5 dni, przy czym pierwszego dnia podawana jest dawka nasycająca 200 mg (2 fiołki) w 250 ml 0,9% NaCl w powolnym wlewie, w kolejnych 4 dniach po 100 mg (1 fiołka). W stadium tym obok remdesiviru podajemy zazwyczaj osocze ozdrowieńców z COVID-19, heparynę drobnocząsteczkową w dawce profilaktycznej, deksametazon 4 mg od 2 dnia włączenia remdesiviru oraz – w razie wskazań klinicznych – dodatkowo antybiotykoterapię.

Remdesivir przydzielany jest centralnie przez Ministerstwo Zdrowia na każde województwo – w zależności od liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19 i ich aktualnego obłożenia, niestety, nie w ta-

kilo ilości, jaka jest potrzebna, stąd wiele ośrodków dostaje symboliczne ilości leku.

KIEDY UZNAĆ PACJENTA ZA NIEZAKAŻNEGO

- ▶ W przypadku pacjentów bezobjawowych bez niedoborów odporności okres izolacji kończy się po 10 dniach od uzyskania pozytywnego wyniku w kierunku SARS-CoV-2 i po tym okresie pacjenta traktuje się jako ozdowieńca, osobę niezakaźną, która może być hospitalizowana w innych oddziałach na zasadach ogólnych.
- ▶ W przypadku pacjentów bezobjawowych z niedoborami odporności, w tym pacjentów dializowanych, z chorobami hemato-onkologicznymi, okres izolacji powinien być przedłużony do 20 dni od uzyskania pozytywnego wyniku w kierunku SARS-CoV-2 i po tym okresie pacjenta traktuje się jako ozdowieńca, osobę niezakaźną, która może być hospitalizowana w innych oddziałach na zasadach ogólnych.
- ▶ W przypadku pacjentów objawowych bez niedoborów odporności okres izolacji kończy się po 13 dniach od uzyskania pozytywnego wyniku w kierunku SARS-CoV-2, przy czym 3 ostatnie dni muszą być bez objawów klinicznych – po tym okresie pacjenta traktuje się jako ozdowieńca, osobę niezakaźną, która może być hospitalizowana w innych oddziałach na zasadach ogólnych.
- ▶ W przypadku pacjentów objawowych z niedoborami odporności, w tym pacjentów dializowanych, z chorobami hemato-onkologicznymi, okres izolacji powinien być przedłużony do 20 dni od uzyskania pozytywnego wyniku w kierunku SARS-CoV-2, przy czym pacjent nie powinien mieć żadnych objawów klinicznych w ostatnich 7 dniach i po tym okresie traktuje się go jako ozdowieńca, osobę niezakaźną, która może być hospitalizowana w innych oddziałach na zasadach ogólnych.
- ▶ Po okresie izolacji nie ma konieczności wykonywania wymazów kontrolnych w kierunku SARS-CoV-2.
- ▶ Wykonanie testu po okresie izolacji nie może być warunkiem powrotu pacjenta do oddziału macierzystego, skąd został przekazany, lub przyjęcia pacjenta do innego oddziału.
- ▶ Dodatni wynik wymazu w kierunku SARS-CoV-2 może być jednostkowo stwierdzany przez wiele tygodni po wyleczeniu, a pacjenta uznaje się za ozdowieńca i traktuje jako niezakaźnego.
- ▶ W celu zapewnienia najwyższego poziomu bezpieczeństwa zaleca się – pomimo uznania takich osób za ozdowieńców z COVID-19 – przestrzeganie zasad DDM.

KONIECZNOŚĆ STWORZENIA ODDZIAŁÓW POCOVIDOWYCH ZAJMUJĄCYCH SIĘ REHABILITACJĄ ODDECHOWĄ I TLENOTERAPIĄ

Zauważalnym problemem klinicznym zaczynają być pacjenci po przebytym ciężkim śródmiąższowym zapaleniu płuc w przebiegu COVID-19, z niewydolnością oddechową, uznani za niezakaźnych, którzy z uwagi na rozległe zmiany w płucach wymagają w dalszym ciągu tlenoterapii lub respiratoterapii. Wydaje się więc konieczne stworzenie ośrodków rehabilitacji oddechowej z interdyscyplinarną kadrą fizjoterapeutów, lekarzy pulmonologów, lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, psychologów, gdzie chorzy mogliby być objęci kompleksową opieką stacjonarną, a następnie długofalową ambulatoryjną, w tym domowym leczeniem tlenem. W dalszym ciągu nie wiadomo, jak długo mogą utrzymywać się zmiany w tkance płucnej, u jakiego odsetka pacjentów dochodzi do zwłóknienia płuc i jakie będą długofalowe następstwa COVID-19 w aspekcie wydolności układu oddechowego.



O autorze: dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSG, specjalista chorób wewnętrznych i zakaźnych, hepatolog, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego.

Dentysta do zadań specjalnych

Szalejąca pandemia zbiera ponure żniwo, nie oszczędzając nikogo. W związku z koniecznością zachowania zwiększonego reżimu sanitarnego szpitale – niewydolne już w normalnych warunkach – dawno temu przekroczyły granice prawidłowego funkcjonowania. Nie pomagają odgórne decyzje o, de facto, likwidowaniu oddziałów poprzez przekształcanie ich w jednostki covidowe – zwiększające liczbę łóżek dla chorych zakażonych, ale jednocześnie pogarszające dostęp do innych dziedzin medycyny. Docierające co jakiś czas informacje o zgonach pacjentów oczekujących na wolne miejsce w szpitalu stają się codziennością.

**MAREK
ROGOWSKI**

LEKARZ DENTYSTA OMNIBUSEM?!

Nie dziwią więc próby strony rządowej próbującej łączyć dziury w zasobach kadr medycznych podmiotów zaangażowanych w walkę z Covid, sprowadzające się między innymi do sięgania po lekarzy dentystów. Zgodnie z projektem ustawy zmieniającej między innymi ustawę o zawodzie lekarza i lekarza dentysty – lekarz dentysta w warunkach ogłoszonego stanu epidemii bądź zagrożenia epidemicznego miałby udzielać wszystkich świadczeń, w tym tych zarezerwowanych do tej pory dla lekarza medycyny ogólnej, również w ramach teleporad. Równoległe, w tzw. ustawie covidowej zawarto paragraf, który umożliwiłby stwierdzanie zgonu przez lekarzy dentystów. Oba te rozszerzenia naszych uprawnień zawodowych wraz z możliwością kierowania lekarzy i lekarzy dentystów przez wojewodę do pracy decyzją administracyjną – stawiają nas w całkiem nowej rzeczywistości.

DOBRY SAMARYTANIN – NIEDOBRY

Nie sposób jednak w kontekście tych faktów nie wspomnieć o innym aspekcie, który nie umknął uwagi zarówno Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy jak i Naczelnej Izby Lekarskiej. Otóż OZZL, analizując zmiany prawne marketingowo nazywane klauzulą dobrego samarytanina, wskazuje, iż ta część aktu prawnego wyłącza jedynie odpowiedzialność karną lekarzy i to w dość ograniczonym zakresie, pozostawiając pełną odpowiedzialność cywilną oraz korporacyjną.



O ile można by spodziewać się pewnego zrozumienia ze strony środowiska lekarskiego oceniającego błędy medyczne popełnione przez lekarzy wykonujących bez niezbędnej wiedzy i umiejętności czynności, do których zostaliby przymuszeni decyzją wojewody, o tyle trudno spodziewać się podobnego zrozumienia ze strony rodzin zmarłych i poszkodowanych w wyniku popełnionych błędów. W związku z powyższym, w swoim komunikacie OZZL, zauważając, że kierowanie lekarzy do pracy przy epidemii jest zgodne z misją zawodu, jednocześnie wskazuje, że w przypadku braku odpowiedniego przeszkolenia godzi w podstawową zasadę wszelkich działań lekarskich – po pierwsze nie szkodzić.

Kadłubowe podejście do ograniczenia odpowiedzialności zawodowej lekarzy w tych szczególnych warunkach dziwi tym bardziej, że PiS dwukrotnie próbował już zapewnić bezkarność sobie i powoływanym przez siebie urzędnikom, motywując to właśnie szczególnymi warunkami pandemii. Obecnie postawie PiS walczą o siebie, po raz trzeci składając wnioski do TK o ponowne rozpatrzenie możliwości zapewnienia sobie bezkarności, gdy tymczasem ustawa mogąca zapewnić lekarzom delegowanym do pracy niezgodnie ze swoimi kompetencjami chociaż częściową, uzasadnioną ulgę od odpowiedzialności, czeka na uchwalenie kolejny tydzień. Smaczku sprawie dodaje faktyczny powód zwłoki – zgodnie z wypowiedzią marszałka Terleckiego jest nim niechęć do opłacenia podwyżek wszystkim osobom z personelu medycznego zaangażowanego w walkę z Covid-19 – zapis ten jest zawarty w procedowanej obecnie ustawie. Wbrew wcześniejszym ustaleniom, zrezygnowano z podwyżek dla wszystkich, ograniczając je jedynie do osób oddelegowanych do pracy decyzją administracyjną – takie jest brzmienie ustawy, która ma zastąpić obecną, nadal nieopublikowaną.

TRZYMAMY SIĘ!

Żeby jednak w tej becce dziegciu znalazła się chociaż jedna łyżka miodu, warto wspomnieć o badaniach przeprowadzonych w USA przez American Dental Association Science & Research Institute przedstawiających funkcjonowanie gabinetów stomatologicznych w czasie pandemii. Potwierdza się wyjątkowo niski (poniżej 1%) odsetek lekarzy dentystów zakażonych SARS-CoV-2, co jest tłumaczone sprawnym i rzetelnym stosowaniem zastrzonych procedur zapobiegających zakażeniu, mimo zwiększonego ryzyka w ramach zespołów stomatologicznych. Również dane krajowe wskazują na niski odsetek zakażonych dentystów – Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje jednak danymi, czy do tych nielicznych zakażeń dochodziło w pracy czy też poza nią.

Trzymając kciuki za szybkie wygaśnięcie pandemii, wypada sobie tylko życzyć, by wirus nadal nie miał się lekarzy dentystów.

O autorze: lek. dent. Marek Rogowski – prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Oddział Bydgoszcz, członek prezydium ORL, przewodniczący Rady Programowej „Primum”.



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

OZDROWIENIEC – DAWCA OSOCZA



PYTANIA I ODPOWIEDZI

Mam w rodzinie chorą osobę. Czy mogę przekazać osocze na jej rzecz?

W Polsce krwiodawstwo jest honorowe. Obowiązuje zasada solidarności, nie ma możliwości oddania z dedykacją, a tym samym uzależnienia podania leku od oddania osocza przez rodzinę. Osocze jest wydawane w zależności od wskazań i stanu pacjenta. Zachęcamy, by rodzina, znajomi osoby, która otrzymała osocze, zgłosili się do Centrum w celu uzupełnienia zapasów.

Czy mogę swoje osocze zabezpieczyć – przechować i w przyszłości w razie potrzeby z niego skorzystać?

Nie.

Ciężko chorowałem. Myślę, że miałem COVID. Chcę oddać osocze! Co mam zrobić?

Jeżeli zakażenie nie zostało wcześniej potwierdzone ani nałożona izolacja, to jedyną możliwością jest wykonanie badania przeciwciał anty-SARS-CoV-2. Osocze można oddać po 14 dniach od uzyskania dodatniego wyniku przeciwciał IgG.

Czy objawy COVID-19 muszą ustąpić całkowicie, aby podzielić się osoczem?

Tak.

Jeśli czuję się dobrze, ale nadal nie mam wężu i/lub smaku, to mogę być dawcą?

Konieczny indywidualny kontakt z lekarzem w RCKiK, który zbierze dokładny wywiad i podejmie decyzję.

► **Ozdrowieniec** to osoba, która objawowo lub bezobjawowo przechorowała COVID-19 – za pomocą testu wykryto u niej materiał genetyczny wirusa SARS-CoV-2.

► **Ozdrowieńcem** jest też osoba, u której nie potwierdzono zakażenia testem wymazowym RT-PCR, ale obecnie w jej krwi stwierdza się przeciwciała anty-SARS-CoV-2.

► **Dawcami osocza** mogą być osoby zdrowe, które przechorowały COVID-19 lub przeszły potwierdzone testem bezobjawowe zakażenie wirusem SARS-CoV-2, a u których minęło co najmniej:

- **28 dni** od ustąpienia jakichkolwiek objawów choroby;
- **18 dni** od zakończenia izolacji u osób bezobjawowych (nie ma konieczności wykonywania dodatkowych testów kontrolnych metodą PCR).

► Dawcy osocza powinni:

- mieć od 18 do 65 lat;
- ważyć co najmniej 50 kilogramów;
- spełniać podstawowe kryteria kwalifikacji dla dawców krwi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.
- W przypadku przebytej w przeszłości transfuzji składników krwi oraz kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży, które kiedykolwiek były w ciąży Centrum Krwiodawstwa przed zakwalifikowaniem do oddania osocza przeprowadzi dodatkowe badanie celem wykluczenia obecności przeciwciał anti-HLA.

Jak przygotować się do zabiegu oddania osocza?

Należy zgłosić się wypoczętym, po lekkostrawnym posiłku (unikając tłustych potraw). Ze sobą trzeba mieć dokument potwierdzający tożsamość. Mile widziana jest także dokumentacja potwierdzająca zakażenie.

Dlaczego kobiety z ciążą w wywiadzie mają najpierw wykonywane dodatkowe badania?

Okolo 70-80% kobiet w ciąży wytwarza przeciwciała anty HLA, które przetoczone choremu mogą wywoływać groźne powikłanie: ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc (TRALI) – co, zwłaszcza u pacjentów covidowych, mogłoby powodować stan zagrożenia życia.

**WYGRAŁEŚ
WALKĘ
Z COVID-19?
POMÓŻ INNYM!**



Twoje osocze to bezcenny lek!

Jeśli chcesz podzielić się osoczem,
skontaktuj się z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
tel. **604 972 100, (52) 322 18 73,**
e-mail: **lekarz@rckik-bydgoszcz.com.pl**

Osocze można oddać w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy,
a także w Oddziałach Terenowych w Brodnicy, Grudziądzu, Inowrocławiu, Toruniu i Włocławku.

Więcej szczegółowych informacji, a także numery telefonów do oddziałów terenowych znajdziesz na stronie: www.rckik-bydgoszcz.com.pl

Zapotrzebowanie na osocze od ozdrowieńców w naszym regionie jest olbrzymie. Dotychczas wydaliśmy do szpitali ponad 900 jednostek tego leku. Każdego dnia pobieramy osocze od 20–30 ozdrowieńców. W ciągu 24 godzin w większości trafia do pacjentów. Jesteśmy w stanie pobierać nawet dwa razy więcej, dlatego bardzo prosimy, aby informować osoby kończące izolację o możliwości oddania osocza i tym samym pomocy innym, ciężiej przechodzącym zakażenie SARS-CoV-2.

– dr Katarzyna Gągola, zastępca dyrektora RCKiK

► Pobieranie osocza

- Pobranie osocza jest dla zdrowia dawcy bezpieczne i mniej obciążające dla organizmu niż pozyskanie krwi pełnej.
- Pobrania można ponawiać. Pierwsze trzy donacje można oddać w odstępach minimum tygodniowych. Potem, jeżeli miano przeciwciał nadal utrzymuje się na wysokim poziomie, osocze pobiera się nie częściej niż co dwa tygodnie.
- Jednorazowo pobiera się w zależności od wagi dawcy około 500–650ml osocza – nie więcej niż 15 proc. krwi krążącej.
- Procedura trwa max. 40 minut.
- Do zabiegu używany jest tylko sterylny sprzęt jednorazowego użytku.
- Miejsce i termin pobrania ustalane są z dawcą podczas rozmowy telefonicznej.

► Po pobraniu

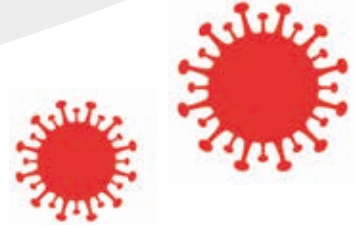
- Osocze po pobraniu poddawane jest inaktywacji – za pomocą błękitu metylenowego lub ryboflawiny i światła, dezaktywowane są bakterie, wirusy i pasożyty. Potem jest dzielone na porcje i zamrażane.
- Jedną jednostką terapeutyczną jest 200 ml osocza, co oznacza, że od dawcy uzyskujemy nawet 3 porcje gotowego do podania preparatu.

► Jak osocze ozdrowieńców może pomóc chorym

Terapia osoczem jest skierowana do chorych, którzy samodzielnie nie są w stanie wytworzyć odpowiedniej liczby lub jakości przeciwciał anty SARS-CoV-2, np. osoby starsze, chorzy z towarzyszącymi chorobami hematologicznymi czy z obniżoną polekowo odpornością. Przeciwciała wytworzone przez innego chorego mają biernie uodpornić pacjenta, przyspieszyć terapię albo złagodzić przebieg choroby.

► Jakie powinno być miano przeciwciał, by osocze było wartościowe

Minimalne miano przeciwciał IgG anty-SARS-CoV-2 w osoczu powinno wynosić przynajmniej 1:500.



KONSULTANT WOJEWÓDZKI INFORMUJE

Osocze w terapii COVID-19

Jak działa osocze

Nadal nie ma leku przyczynowego anty-SARS-CoV-2, dlatego osocze ozdrowieńców z COVID-19 jest z jedną z podstawowych terapii zakażonych chorych. Podanie go w istotny sposób może wpływać na przebieg choroby, skrócić czas jej trwania, zmniejszyć ryzyko ciężkiego przebiegu choroby.

Leczenie osoczem ozdrowieńców nie jest metodą nową. Stosowano je już w XX w., np. przy leczeniu pandemii grypy hiszpanki czy wirusa Eboli.

Osocze ozdrowieńców zawiera przeciwciała wytworzone przez chorego w czasie walki z chorobą. Można je wykorzystać do leczenia innych chorych, wspomagania leczenia lub zapobiegania chorobie po ekspozycji, jak gotowy lek – w tym przypadku p/ciała przeciw antygenowi, jakim jest wirus SARS-CoV-2. Przeciwciała znajdujące się w osoczu ozdrowieńców uruchamiają odpowiedź immunologiczną skierowaną właśnie przeciw temu koronawirusowi i mają za zadanie go zneutralizować.

W jakim stadium choroby COVID-19 stosować osocze

Powinno się je podawać pacjentom hospitalizowanym w stadium pełnoobjawowym COVID-19 – w okresie namnażania się wirusa, zwykle pierwszy tydzień choroby. Należy je stosować u większości chorych z nasilonymi objawami klinicznymi – przedłużającą się gorączką, nasilonym kaszlem, dusznością, u wszystkich chorych z cechami śródmiąższowego zapalenia płuc i obniżoną saturacją krwi.

Uwaga! Ważne jest podanie osocza na wczesnym etapie choroby – w stanie ciężkim czy krytycznym, w sytuacji niewydolności oddechowej wymagającej respiratoterapii czy pobytu w oddziale intensywnej opieki medycznej – chorzy nie odnoszą wymiernych korzyści z podania osocza. Tymczasem coraz więcej

osób trafia do szpitala za późno, w 2 czy 3 tygodniu trwania choroby, w ciężkim stanie, z cechami zapalenia płuc, z niewydolnością oddechową. W tym stadium choroby wirus już się nie namnaża i podanie osocza ozdrowieńców nie przynosi korzyści klinicznych.

Zatem czym osocze ozdrowieńców z COVID-19 podane jest szybciej, tym lepiej – optymalnie po kilku dniach od początku objawów klinicznych.

Dla kogo

Dla wszystkich hospitalizowanych pacjentów z wysokim ryzykiem ciężkiego przebiegu – wiek powyżej 60 r. ż, choroby towarzyszące, dla chorych prezentujących nasilone objawy kliniczne w okresie namnażania się wirusa, zazwyczaj do 1 tygodnia od pojawienia się pierwszych symptomów choroby.

Przetoczenie osocza ozdrowieńców podlega takim samym procedurom, jak leczenie innymi preparatami krwi, takie same są przeciwwskazania, jak i możliwe objawy uboczne. Podawanie osocza jest bezpieczne i dobrze tolerowane przez większość pacjentów. Objawy niepożądane terapii osoczem ozdrowieńców są podobne do tych występujących w przypadku zwykłych transfuzji osocza. Najczęściej występuje łagodna reakcja alergiczna. Dużo rzadziej pojawiają się poważne skutki uboczne.

Jak podawać

Dawką terapeutyczną jest 200–400 ml osocza zgodnego grupowo w układzie ABO. Podana dawka uzależniona jest od określonego miana przeciwciał anty-SARS-CoV-2 IgG. Jeśli miano przeciwciał jest wysokie podaje się zwykle 1 opakowanie, jeśli niskie – 2. Osocze podaje się zazwyczaj w jednorazowej transfuzji.

dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSG



Medici Cantares – nie tylko ku pokrzepieniu serc

Chór Medici Cantares nigdy nie był anonimowy – od swojego powstania 9 lat temu wierznie towarzyszy uczestnikom imprez organizowanych przez Bydgoską Izbę Lekarską, śpiewa dla pacjentów szpitali, bierze udział w konkursach muzyki chóralnej – ale teraz znany jest już chyba absolutnie wszystkim. Zresztą nic dziwnego, skoro na przełomie października i listopada informacje o nim pojawiały się na okrągło w stacjach radiowych i telewizyjnych, w prasie i internecie. A to za sprawą jednego teledysku...

JESTEŚMY TYLKO LUDŹMI

A zaczęło się od wyemitowania 23 października na YouTube coveru piosenki „Human” Rag’n’Bone Mana (do 27 listopada już 113 642 wyświetlenia!). Pomysł teledysku, co prawda, pojawił się już na wiosnę, ale najpierw członkinie Medici Cantares musiały skończyć prace nad utworem „Pozostań w domu”. „W tamtym okresie – kiedy budziła się wiosna i chciało się wyjść na dwór, a trzeba było zostać w domu – skupiliśmy się na tym, żeby wesprzeć ludzi psychicznie, przekonać ich, że nie jest to czas stracony, wprost przeciwnie – powinni potraktować go jako darowany, w którym można wreszcie robić rzeczy, na które nigdy nie mogli znaleźć czasu” – mówi lekarz anestezjolog Hanna Śliwińska, założycielka chóru, i dodaje: „Teledysk „Pozostań w domu” udało się nagrać w maju i od razu zaczęliśmy próby do „Human”. Najpierw online, później na świeżym powietrzu – na działce u koleżanki. Spotykałyśmy się głównie w podgrupach, ale przed nagraniem musiałyśmy spotkać się wszystkie razem, żeby uzyskać odpowiednie współbrzmienie”.

Human jest skierowany przede wszystkim do osób zaangażowanych w walkę z COVID-19. „Za jego pośrednictwem chcieliśmy przekazać wszystkim pracownikom służby zdrowia nasze podziękowania – tłumaczy Hanna Śliwińska – żeby wiedzieli, że możemy liczyć na siebie nawzajem – również w tym trudnym czasie, kiedy trzeba było mierzyć się z zagrożeniem, o którym jeszcze tak niewiele było wiadomo, kiedy baliśmy się powtórki scenariusza z Włoch lub Hiszpanii i wiedzieliśmy, że wirus uderzy w populację i my również zapłacimy naszym zdrowiem czy życiem”.

„W teledysku – w którym, oprócz 19 chórzystek i dyrygentki, zobaczyć możemy ratowników medycznych Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy i medyków Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 – pokazujemy również, że my, pracownicy medyczni, jesteśmy tylko ludźmi, nie superbohaterami. Też mamy swoje smutki, cierpienia i troski, też mierzymy się z lękiem, depresją, bezsennością, przemęczeniem i stresem, z obawami o swoje rodziny ...i z hejtem... Staraliśmy się pokazać, że wrogiem nie jest drugi człowiek – tylko pandemia” – dodaje Dominika Fladrowska, lekarz rezydent z Kliniki Psychiatrii Jurasza, członkini Medici Cantares od samego początku.

TWOJE OSOCZE MOŻE URATOWAĆ CZYJĘS ŻYCIE

Początkowo chór nie myślał o dołączeniu do teledysku apelu o oddawanie osocza. „Teledysk był nagrywany w sierpniu, a druga fala zachorowań nastąpiła dopiero jakiś czas później. I wtedy zaczęłyśmy się dowiadywać, że nasi bliscy mają jakieś problemy z covidem – ktoś jest pod respiratorem, ktoś inny ma niską saturację i mimo, że był na izolacji, musi trafić

do szpitala pod tlen. Z czasem takich informacji pojawiało się coraz więcej. COVID stał się jakby bliższy, wcześniej wydawało się, że nas nie dotyczy, a potem nas to też dotknęło. I stąd apel o oddanie osocza. A dołączenie go do teledysku było świetnym pomysłem – muzyka łatwiej trafia do ludzi niż przekaz przez artykuły czy pisma – przekonuje Dominika Fladrowska i dodaje – Jestem w szoku. że nagle mamy tyle wyświetleń, tyle udostępnień, tyle osób kontaktuje się z nami – gratulują, piszą, że to świetny pomysł z tym oddawaniem osocza i że chętnie się zgłoszą, jak wyzdrowieją!”

Nie możemy informacji o sukcesie teledysku „Human” zakończyć inaczej, jak udostępniając również na łamach „Primum” apel Medici Cantares:

Zachęcamy wszystkich ozdrowieńców Covid-19 do oddania osocza! To właśnie Ty możesz uratować komuś życie!

Magdalena Godlewska

Human

*I'm only human after all
Don't put the blame on me
Don't put the blame on me*

*I'm only human I make mistakes
I'm only human that's all it takes
To put the blame on me
Don't put the blame on me*

*'Cause I'm no prophet or messiah
Should go looking somewhere higher
Rag'n'Bone Man „Human” (fragment)*

Poza ludzkimi granicami



Czasami myślę, że lepiej by było gdyby Ministerstwo Zdrowia nie wtrącało się do walki z COVID 19. Jego działania od początku pandemii budzą wiele kontrowersji i narażają budżet państwa na straty. Rządzący musieli nawet uchwalić ustawę o swojej bezkarności, żeby się zabezpieczyć przed ewentualnymi konsekwencjami...

A informacjom przekazywanym z Ministerstwa Zdrowia bliżej do fake news'ów niż rzetelnych danych.

MINISTERSTWO FAKE NEWSÓW

Czytam w Rzeczpospolitej z 19 listopada, że wicemarszałek Sejmu Ryszard Terlecki zapowiedział publikację ustawy, na podstawie której pracownicy medyczni walczący z COVID-19 mają otrzymać 200% swojego dotychczasowego wynagrodzenia, ale wraca ona do Sejmu z poprawkami. Dowiaduję się dalej, że „personel przychodni podstawowej opieki zdrowotnej dostał już dodatki z innej puli i na mocy poprzedniego brzmienia przepisów dostałby dodatek w wysokości 400, a nie 200% podstawowego wynagrodzenia”. Oniemiałem!

Najłatwiej dzieli się środowisko lekarzy informacjami o przyznaniu wąskiej grupie dużego wynagrodzenia. Kogo obchodzi w MZ, że to kłamstwa? Nim się to wyjaśni, to jedność środowiska medyków zostanie zniszczona.

Od sierpnia co miesiąc otrzymuję dodatkowe środki na podstawie umowy CHZP za tzw. gotowość pracy w epidemii w wysokości 80–90 groszy za pacjenta, co w sumie daje kwotę około 2200 zł. Razem ze mną w praktyce pracuje 9 osób. Przyjmując w uproszczeniu, że średnia płaca podstawowa to 3000 zł, powinienem co miesiąc otrzymać dodatkowo 27 000 zł.

Podobnie wyglądają informacje o wolnych respiratorach. Wolne są te, które zakupiło Ministerstwo Zdrowia i których z powodów technicznych nie można podłączyć.

Błyskawicznie powstające ostatnio oddziały covidowe różnią się od tych pozostałych tylko kartką z informacją na drzwiach wejściowych. W rzeczywistości – sprzętu i personelu brak! A tymczasem w pełni wyposażony szpital narodowy jest prawie pusty...

Z jednej strony propaganda, a z drugiej ludzkie tragedie pacjentów i lekarzy.

MINISTERSTWO SZANTAŻU

Zatrważające są informacje o rozmowach dotyczących funkcjonowania POZ w roku 2021, które odbyły się 22 i 23 października 2020 r. Z jednej strony wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski i zastępca prezesa NFZ ds. medycznych Bernard Waśko, z drugiej zespół negocjacyjny Porozumienia Zielonogórskiego.

Strona ministerialna nie podjęła rozmów i oznajmiła, że aneksy na 2021 r. nie podlegają negocjacji. POZ ma pracować w oparciu o Zarządzenie nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 30.12.2019 r. ze wszystkimi późniejszymi zmianami. To oznacza, że świadczeniodawcy mieliby podpisać umowy na rok 2021, nie znając warunków i jednocześnie godząc się na nie.

Nieodesłanie podpisanych aneksów oznaczałoby brak chęci współpracy w roku 2021, a ministerstwo zorganizuje w takim wypadku opiekę POZ w szpitalach.

Monopolista chwytą się szantażu. Czyżby zabrakło argumentów? Ze strony Ministerstwa Zdrowia nie możemy oczekiwać wsparcia. Pozostajemy sami na polu walki z pandemią COVID-19.

MNIEJ TESTÓW

Zwiększa się grupa pacjentów, którzy nawet w przypadku uzasadnionego podejrzenia zakażenia koronawirusem odmawiają poddania się testom.

Pacjenci się boją! Z jednej strony nie chcą wiedzieć, że są chorzy, z drugiej nie chcą poddać się uciążliwej izolacji. Ostatnio jeszcze gorzej wygląda sprawa kwarantanny, bo dla rodziny i osób wspólnie zamieszkujących wydłużono ją do 17 dni.

Jednocześnie kwarantanna dla pracowników medycznych wynosi 7 dni.

To przyjęcie przez rząd bardzo uciążliwych dla pacjentów rozwiązań wpłynęło na wyraźnie mniejszą ilość zleczanych przez lekarzy POZ testów. Liczba zakażonych się nie zmniejszyła! Przeszli oni jedynie do szarej strefy.

Bez współpracy, bez wspólnego działania i dobrej woli wszystkich stron nie poradzimy sobie z szalejącą pandemią. Jeżeli rządzący tego nie zrozumieją, grozi nam katastrofa!

O autorze: Jerzy Rajewski, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.



Pandemia SARS-CoV-2 – wspieramy lekarzy wiceprezes lek. Jerzy Rajewski stale dostępny pod numerem: 602374249, jerzy.rajewski@hipokrates.org

Biuro Rachunkowe PLUS

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

Zadzwoń: **663 126 762**

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

Amantadyna

– złudne nadzieje czy rzeczywista perspektywa skutecznej farmakoterapii COVID-19?



Po raz kolejny na łamach „Primum” powracam do tematu farmakoterapii COVID-19 – w oparciu o badania kliniczne poparte rzetelnym warształem naukowym, pozbawionym subiektywnych opinii, anegdotycznych przypadków czy oczekiwań społecznych. W ostatnich miesiącach znajdujemy w bazach medycznych liczne artykuły na temat amantadyny i jej potencjalnego zastosowania w terapii COVID-19. Lek ten na rynku farmaceutycznym obecny jest od wielu lat, jednak – ze względu na obecną sytuację epidemiologiczną – ponownie doczekał się renesansu wśród badaczy i klinicystów. W tym momencie zasadne wydaje się postawienie pytania – czy słusznie?

MICHAŁ
WICIŃSKI

Amantadyna (pochodna adamantanu, trójpierścieniowa amina syntetyczna) zwiększa uwalnianie dopaminy w obrębie prążkowiec, a także hamuje wychwyty zwrotny neuroprzekaznika poprzez receptory presynaptyczne. Istotny aspekt działania obejmuje antagonizm wobec receptorów NMDA (N-metylo-D-asparaginy), poprzez które, w zakresie dawek terapeutycznych, uzyskujemy efekt antycholinergiczny. Hamowanie aktywności NMDA stanowi jeden z mechanizmów zmniejszających objawy parkinsonowskie. Oczywiście rola tego szlaku nie jest kluczowa w patogenezie PD, a skuteczność u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby jest tematem dyskusyjnym.

Podstawowe parametry farmakokinetyczne leku są następujące: po podaniu per os – $t_{max}=2-8$ h, z istotną różnicą dla siarczanu i chlorowodoru, $t_{1/2}=15$ h. Na czas połowicznej eliminacji wpływa wiek pacjenta oraz GFR. Stan stacjonarny w surowicy osiąga się po 3–7 dniach, lek wiąże się z białkami osocza w 67% i nie podlega metabolizmowi – wydalany w 95% z moczem. Wydalanie amantadyny zmniejsza się wraz ze wzrostem pH moczu. Ponadto amantadyna już w zakresie niskich stężeń ($<0,4$ $\mu\text{g/ml}$) hamuje wstępną fazę replikacji wirusa grypy typu A (podtypy H1N1, H2N2 oraz H3N2). Efekt ten wynika z blokowania PP (pompy protonowej) białka M2, co prowadzi do dezaktywacji wirusowej hemaglutyniny. Warto podkreślić, że podobne działanie na poziomie molekularnym obserwujemy w przypadku reprezentatywnych wirusów ptasiej grypy [na podstawie *mp.pl*].

Przeistanki te znajdują uzasadnienie z punktu widzenia teoretycznego dla potencjalnego zastosowania amantadyny w farmakoterapii COVID-19.

Ważne w tej kwestii są wyniki badań opublikowane przez S.P. Smieszek i wsp. w *International Journal of Antimicrobial Agents*. Autorzy wykazali, że wejście SARS-CoV-2 do wnętrza komórki gospodarza zależy od wiązania białka wirusa z receptorem komórkowym. Ważną rolę w procesie fuzji odgrywają proteazy komórek gospodarza, takie jak katepsyna L i katepsyna B (CTSL/CTSB). Obie katepsyny są kluczowymi elementami szlaku lizosomalnego. Zaburzenie aktywności enzymatycznej mogłoby stanowić ciekawą alternatywę w farmakoterapii COVID-19. Przeprowadzone badania potwierdziły, że amantadyna w stężeniu 10 $\mu\text{M/l}$ obniża ekspresję genu kodującego CTSL. Ponadto związek zaburza aktywność szlaku lizosomalnego, tym samym zdolność wirusa do replikacji. Działając jako środek lizosomotropowy może istotnie zmienić środowisko CTSL.

W mojej ocenie wyniki te stanowią wstępną, aczkolwiek ważną informację wyznaczającą dalsze kierunki badań. Jednak chciałbym podkreślić, że stosowanie leku tylko na tej podstawie, nie znajduje uzasadnienia w farmakoterapii. Podobne stanowisko w tej sprawie mają autorzy publikacji. Niezbędna jest weryfikacja kliniczna uzyskanych danych, uwzględniająca stadium kliniczne zakażenia i co najważniejsze – wpływ terapii na twarde punkty końcowe.

Podobnie wstępny charakter doniesień mają wyniki badań genetycznych opublikowane przez Zhonglin Li i Ling Yang w październiku bieżącego roku. Wcześniejsze doniesienia wskazywały, że SARS-CoV-2 i SARS-CoV są wysoce homologiczne i oba używają ACE2 jako receptora umożliwiającego wejście do komórki gospodarza, zaś zakażenie SARS-CoV zmniejsza ekspresję ACE2 w płucach. Autorzy poddali analizie geny wykazujące współekspresję z ACE2 w komórkach BALF u pacjentów z COVID-19. Na podstawie bazy danych *Connectivity map* (Cmap), korzystając z profili transkryptomu pacjentów zakażonych, zaproponowali potencjalnych kandydatów na leki, w tym amantadynę.

Na tym etapie badań moja opinia musi być podobna, jak w przypadku wstępnych doniesień Smieszek i wsp. Praca bardzo wartościowa, spójna i merytorycznie poprawna. Jednak nie upoważnia nas w żadnym stopniu do wnioskowania klinicznego.

Podobną sytuację możemy zaobserwować, analizując wyniki badań opublikowanych na łamach *Med. Hypotheses* przez Gonzalo Emiliano Abreu i wsp. Badacze, bazując na modelach dokowania, wykazali, w jaki sposób amantadyna może wywierać swoje działanie na wiroporynę E koronawirusa. Bardzo ciekawy i dobry model eksperymentalny. Jednak kolejne w piśmiennictwie wymagający dalszych badań klinicznych.

Problemu stosowania amantadyny nie rozwiązuje również publikacja włoskich badaczy – del Prete i wsp. W grupie pacjentów z PD żaden nie był leczony amantadyną, jedynie 4 osoby z powodu innych wskazań zażywały lek. Ograniczona wielkość próby nie pozwala na jakiegokolwiek sugestie dotyczące potencjalnego działania ochronnego leku.

Wyniki badań prezentowane na łamach *Arch. Med. Res.* w czerwcu bieżącego roku, autorstwa Araujo i wsp., podobnie cechuje nikoma wartość kliniczna. Oczywiście w pracy znajdujemy dobrze przedstawione i powszechnie znane mechanizmy molekularne, na podstawie których można by wnioskować o potencjalnym znaczeniu mono-

aminy w farmakoterapii COVID-19. Jednak wyniki te nie są konkretne i stanowią w mojej opinii kolejne doniesienie wstępne. Autorzy ostrożnie stwierdzają, że w dobie pandemii musi istnieć jakaś alternatywa, aby złagodzić objawy zakażenia. I z tym owszem należy się zgodzić. Jednak tu, podobnie jak w innych publikacjach, napotykamy lakoniczną informację, że amantadyna może pomóc w zmniejszeniu objawów generowanych przez koronawirusa.

W swoim liście do redaktora czasopisma *Arch. Med. Res.* trafny komentarz do tekstu Araujo i wsp. dodał prof. V. Wiwanitkit. Autor zauważa, że dane publikowane w literaturze są sprzeczne. Owszem, niektóre dowody naukowe mogą wskazywać na pewne korzyści wynikające ze stosowania amantadyny u pacjentów z COVID-19, jednak istnieją także przesłanki całkowicie negujące zasadność stosowania leku, i o tym także należy wspomnieć. Krótko mówiąc – pacjenci, którzy regularnie przyjmują amantadynę, powinni mieć minimalne lub praktycznie zerowe ryzyko zakażenia. Niemniej jednak donoszono o zakażeniach w tej grupie chorych. Wiwanitkit podaje w wątpliwość ochronne działanie amantadyny, zwłaszcza w dawce stosowanej w leczeniu parkinsonizmu. Jest to w mojej ocenie wyważony i racjonalny komentarz, a sceptycyzm w oparciu o dane, którymi obecnie dysponujemy – uzasadniony.

Często możemy spotkać się ze stanowiskiem, że sprzeczność i niejednoznaczność danych upoważnia nas niejako w obecnej sytuacji do stosowania leku. Otóż nie, nie możemy wybierać losowo leków o wątpliwym działaniu. Amantadyna, jak większość leków, wchodzi w istotne interakcje. Z neuroleptykami nasila objawy psychotyczne oraz zwiększa ryzyko złośliwego zespołu neuroleptycznego. Nie zaleca się łączyć amantadyny z lekami wydłużającymi odstępek QT (amidodaron, chinidyna), TCA (amitryptylina), makrolidami. Amantadyna nasila działanie leków pobudzających OUN. Leki sympatykomimetyczne nasilają ośrodkowe działanie amantadyny. Leki moczopędne zwiększają stężenie amantadyny w surowicy. Obserwuje się również zmniejszoną tolerancję na alkohol [na podstawie *mp.pl*]. Przedstawiłem tylko te interakcje, które w mojej ocenie uznałem za istotne.

Oczywiście zrozumiałe w dobie pandemii jest szukanie nowych i łatwo dostępnych rozwiązań. Jednak nie możemy przy podejmowaniu decyzji kierować się anegdotycznymi przypadkami, wątpliwymi i niejednoznaczными wynikami badań klinicznych, a tym bardziej fragmentarycznymi badaniami przedklinicznymi. Nie ulegajmy pokusie szybkiej i łatwej farmakoterapii. Wiemy już z doświadczenia z poprzednimi lekami, że większość z nich nie uzyskała rekomendacji w terapii COVID-19.

Reasumując, nie znajduje uzasadnienia stosowanie amantadyny w oparciu o aktualnie dostępne badania. Nie dysponujemy żadną metaanalizą czy nawet pojedynczymi badaniami spełniającymi kryteria selekcji zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach.

Piśmiennictwo

Amantadine disrupts lysosomal gene expression: A hypothesis for COVID19 treatment Sandra

P. Smieszek, Bart P. Przychodzen, Mihael H. Polymeropoulos. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 55 (2020) 106004.

Zhonglin Li and Ling Yang. *Underlying Mechanisms and Candidate Drugs for COVID-19 Based on the Connectivity Map Database*. *Frontiers in Genetics*. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.558557>

Gonzalo Emiliano Aranda Abreu¹, Maria Elena Hernández Aguilar, Deissy Herrera Covarrubias, Fausto Rojas Durán. *Amantadine as a drug to mitigate the effects of COVID-19*. *Medical Hypotheses* **Volume 140**, 2020, 109755

Eleonora Del Prete · Alessio Francesconi · Giovanni Palermo · Sonia Mazzucchi · Daniela Frosini · Riccardo Morganti · Piero Coleschi · Laura Maria Raglione · Paola Vanni · Silvia Ramat · Alessio Novelli · Alessandro Napolitano · Carla Battisti · Martina Giuntini · Carlo Rossi · Chiara Menichetti · Monica Ullivelli · Valentino De Franco · Simone Rossi · Ubaldo Bonuccelli · Roberto Ceravolo · Tuscany Parkinson COVID-19 Participants. *Prevalence and impact of COVID-19 in Parkinson's disease: evidence from a multi-center survey in Tuscany region*. *Journal of Neurology* <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10002-6>

LETTERS TO THE EDITOR Amantadine, COVID-19 and Parkinsonism. *Archives of Medical Research* **Volume 51**, 7, 2020, 714

Ramiro Araujo¹ · José Dolores Aranda-Martínez² · Gonzalo Emiliano Aranda-Abreu¹. *Amantadine Treatment for People with COVID-19*. *Archives of Medical Research*

Volume 51, 7, 2020, 739-740

O autorze: dr hab. n. med. Michał Wiciński, prof. UMK, od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii, chorób układu krążenia oraz teorii receptorów. Współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie. Jest autorem licznych publikacji o zasięgu międzynarodowym oraz cenionym dydaktykiem. Trzykrotnie laureat konkursu „Wykładowca Roku”. Obecnie pełni funkcję kierownika Katedry Farmakologii i Terapii CM UMK oraz prodziekana ds. studiów CM UMK.



Od konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie seksuologii



W odpowiedzi na:

W jakim kierunku zmierzasz, Bydgoska Izba Lekarska?

BARTŁOMIEJ WOLSKI

Bardzo cieszę się z rozpoczętej przez pana Profesora dyskusji odnoszącej się do publikacji na łamach „Primum” artykułów dotyczących problemów środowiska LGBTQIA. Świadczy to dobitnie o tym, że ten temat nie jest Panu obojętny, rodzi niepokój i dylematy – chciałbym wierzyć, że przede wszystkim w warstwie edukacyjnej i naukowej, nie zaś te związane z własnym światopoglądem i przekonaniem. Może właśnie dzięki temu uda nam się poszukać tego, co łączy, a nie dzieli, ułatwi dialog i zbliży nas do zgody, jak Pan pisze.

Wychodzę z założenia, że każda dyskusja ma sens, jeśli tylko jest merytoryczna, szczególnie w naszym środowisku, które – tak jak społeczeństwo – jest podzielone i posługuje się często stereotypami, schematami myślowymi, szufladkuje ludzkie zachowania i ocenia. Wszak my, lekarze, od wieków przekazujemy sobie zdobytą wiedzę i doświadczenia, uczymy się na swoich błędach, analizujemy przypadki w ramach konsyliów lekarskich, konferencji, spotkań naukowych. Kiedyś usłyszałem bardzo mądre stwierdzenie z ust znanego profesora belwederckiego – uznanego autorytetu w dziedzinie chirurgii. Dotyczyło ono kwestii rozwoju medycyny, która przeobraża się na naszych oczach codziennie, ponieważ to MY, lekarze, przedstawiciele nauki się zmieniamy – zmieniamy swoje sztafepowe schematy myślenia, zabieramy się do problemu od innej, wcześniej odrzuconej strony. „Jeśli robisz coś od 30 lat tak samo i upierasz się jak dziecko, to znaczy, że przynajmniej od 20 stoisz w miejscu, nie rozwijasz się”. I to prawda – nasze postępowanie powinno wynikać z ustawicznego nabywania wiedzy, modyfikowania jej, a nie bazowania tylko na tym, co już zdobyte. Śmiem twierdzić, że nie da się tego zrobić, tkwiąc w klatce swoich uprzedzeń, codziennych przyzwyczajzeń, bez otwartości na samą możliwość zmian, zamykając się na dyskusję właśnie jak to wspomniane dziecko, które wie lepiej.

Dlaczego „Primum” podjęło temat LGBT? Po pierwsze pojmujemy rolę lekarza nie tylko jako rzemieślnika naprawiającego „zepsute” organizmy. Pojmujemy naszą rolę trochę szerzej – jesteśmy przedstawicielami nauki, ale także mamy moralny obowiązek bezstronnie i uczciwie przekazywać wiedzę i edukować naszych pacjentów, działać w ramach profilaktyki i zasady: „primum non nocere” Mam nadzieję, że nasz zawód cieszy się jeszcze resztkami zaufania społecznego i autorytetu, pozostając wzorem bezstronności, wolności od ideologizacji nauki, a szczególnie dotyczy to osób z najwyższymi tytułami naukowymi, będących wzorem także dla nowego, młodego pokolenia lekarzy.

Po drugie, lekarze zajmują się leczeniem chorób, a także uświadamianiem pacjentom, że pewne zachowania nie są chorobami. Niestety, jesteśmy świadkami negatywnych społecznych postaw wobec społeczności LGBT, także wśród lekarzy. Niejednokrotnie słyszymy głosy, że wymagają leczenia, terapii preparatywnych. Może czas postawić kropkę nad „i”?

Dokończenie na s. 18

Seksualność to nie światopogląd, to część naszego zdrowia.

Rzekłbym nawet, że jest czymś ponad. Hierarchia potrzeb wg teorii Masłowa mieści seks w potrzebach fizjologicznych, razem z jedzeniem i oddychaniem, jako potrzebę podstawową. Zaburzenia w tej dziedzinie są często wczesnym barometrem choroby ciała i – jak Pan Profesor doskonale zapewne wie – np. zaburzenia erekcji mogą wyprzedzać o 2-4 lata pojawienie się objawów choroby wieńcowej u mężczyzn do 40 roku życia. Z kolei specyfika preferencji seksualnych może mieć znaczenie w procesie diagnostycznym, szczególnie jako czynnik ryzyka STDs (Sexually Transmitted Diseases). Siłą rzeczy nie da się pominąć tej sfery życia pacjenta w naszej codziennej praktyce lekarskiej. I oczywiście wspominał Pan, że nie interesuje Pana orientacja seksualna pacjentów, i słusznie, jednak, aby porozmawiać szczerze z pacjentem o tej intymnej sferze, trzeba umieć i świadomie stworzyć przyjazny klimat do takiej rozmowy, stworzyć pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, być otwartym i bezstronnym. Nie da się tego zrobić, tkwiąc w stereotypach myślenia o binarnej naturze tożsamości seksualnej, nie oddzielając od nauki przekonań religijnych – ujmujących normy seksualne w sposób subiektywny, bo światopoglądowy. Lekarze za rzadko poruszają tę kwestię z pacjentami, z bardzo różnych powodów, niewątpliwie także z powodu braku dostatecznej wiedzy. Nasze studia nie obejmują tej dziedziny nawet w zakresie podstawowym.

Trudno mi się zgodzić ze słowami pana Profesora dotyczącymi tolerancji jako naszej chluby narodowej, chyba że w wersji wybiórczej. Rzeczywistość niestety skrzeczy, bo uregulowanie sytuacji prawnej, oddemonizowanie odbioru społecznego osób LGBT pozostało kwestią ignorowaną przez wszystkie formacje polityczne, pomimo deklaracji niektórych z nich. Polecam zapoznanie się z filmem dokumentalnym Bartosza Staszewskiego „Artykuł 18” i wyrobienie sobie własnego poglądu na kwestię ochrony praw człowieka w Polsce oraz zgodności z konstytucją praw, o które upomina się społeczność LGBT – warto posłuchać autorytetów prawnych, takich choćby jak prof. Ewa Łętowska. Słusznie używa Pan czasu przeszłego, wskazując na to, jak bezpiecznym i gościnnym krajem jest Polska dla uchodźców wojennych. Wystarczy sięgnąć do raportu Eurostatu – w 2016 r. przyjeśliśmy 10 osób na milion obywateli Polski, podczas gdy Niemcy – 5420. To plasuje nas na ostatnim miejscu w całej Europie. Warto sięgnąć także do Studium badawczego prof. Zbigniewa Izdebskiego o seksualności Polaków – taki polski raport A. Kinseya. 48,3 % nie zgadza się z opinią, że kontakty seksualne wśród osób tej samej płci są czymś normalnym i że nie ma w nich nic złego. Ponad jedna trzecia respondentów uważa, że osoby homoseksualne powinny zrobić wszystko, żeby zmienić swoje upodobania i wyleczyć się (34,8%). O kwestiach dziedziczenia, przejmowania po partnerze uprawnień społecznych, wspólnego rozliczenia podatkowego czy legalizacji związku partnerskiego już nie wspomnę.

Kuriozalnym jest dla mnie stwierdzenie, że nowelizacja kodeksu karnego w zakresie mowy nienawiści spowoduje ograniczenia w głoszeniu zasad moralnych zawartych w nauczaniu Kościoła Katolickiego czy zakaz cytowania Biblii. Wszak nie o cytowanie tu chodzi, a interpretację i manipulację.

W kwestii wdrażania edukacji seksualnej chciałbym podkreślić, że Polska podpisała dokument w postaci Powszechnej deklaracji praw seksualnych, zatwierdzony przez WHO. Jest tam postulat, że edukacja seksualna to nie tylko przywilej, ale także obowiązek prowadzenia rzetelnej edukacji seksualnej nałożony na każde państwo.

Rzetelna, czyli oparta o bardzo ściśle określone kryteria – wykorzystująca najnowszą wiedzę, badania naukowe.

Czym jest edukacja seksualna? Potocznie rozumiemy ją jako oddziaływanie wobec dzieci, ale dotyczy ona także osób dorosłych i starszych. Jest procesem trwającym całe życie – na każdym etapie potrzebujemy określonej wiedzy, dzięki której zmniejszamy niepokój i cierpienie związane z aktualnymi postawami wobec seksualności. Program edukacji seksualnej programem deprawującym? Rzetelnie prowadzona edukacja seksualna, przez kompetentne osoby – nie obejmuje swoim zakresem wyłącznie aktu kopulacji, bo seksualność to pojęcie szersze, dotyczące płciowości, zdrowia seksualnego i prokreacyjnego, a także obszaru relacji i związków!

Jak wynika z badań 90% Polaków oczekuje, że edukacja będzie prowadzona w szkole. Niestety, do edukacji przykładą się normę religijną – tak jakby matematyk lubił tylko dodawanie, więc uczył tylko o dodawaniu. Oczekujemy jednak, żeby dziecko wiedziało, że ta wiedza jest o wiele szersza i obejmuje także odejmowanie, mnożenie. Normy, które konstruują życie seksualne, mają bardzo wiele różnych wymiarów. Musimy rozmawiać tym samym językiem i aparatem pojęciowym, aby to rozumieć. Mówimy o tym, że to rodzic powinien pełnić rolę edukatora seksualnego, czy jednak czujemy się gotowi do tej roli i czy ktoś z nami rozmawiał, jak to zrobić? Czy potrafimy przedstawić tę materię szczerze, rzetelnie i w sposób przyswajalny dla dziecka? Większość z nas wyedukowali rówieśnicy lub internet. Rozmawiając z pacjentami na temat seksualności spotykam się zarówno z językiem medycznym, jak i wulgarnym albo prześmiewczym, brak jest neutralnego, nietrywialnego języka. Jak w takim razie tacy rodzice mają podołać edukacji seksualnej swojego dziecka? Szkoła wyrównuje nierówności w zakresie komunikacji, nie tylko wiedzy. Ryzyko samobójstwa, depresji, cierpienia i zaburzeń lękowych rośnie u osób z orientacją egodystoniczną (brak akceptacji własnej orientacji), wiedza przekazana w szkole może być tu doskonałą profilaktyką.

Edukacja seksualna obejmuje bardzo wiele elementów: kształtujemy postawę względem własnego ciała, względem drugiej osoby, budujemy granice, uczymy się bezpieczeństwa, rozmowy o emocjach i uczuciach, tego, co nam sprawia przyjemność i jak o tę przyjemność zadbać. Uczymy się tego na różnych etapach życia i rozwoju. O zdrowiu związanym z odżywianiem, aktywnością fizyczną, dbaniem o siebie uczymy się od dzieciństwa – dlaczego zatem prozdrowotne zachowania związane z seksualnością budzą nasze kontrowersje? Nieodłącznie wiążą się one z edukacją w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

Edukacja seksualna uczy szacunku do człowieka takiego, jakim on jest i niezależnie od wyborów, jakie podejmuje i tego jak chce zdecydować o sobie. To nie jest kwestia nagabywania, ukierunkowywania, tylko nazywania rzeczy po imieniu.

Kochamy różnie, bo jesteśmy różni. Powinniśmy uczyć dzieci takiej tolerancji i szacunku do innych od najmłodszych lat.

O autorze: dr n. med. Bartłomiej Wolski jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie seksuologii. Specjalistą w dziedzinie potożnictwa i ginekologii oraz seksuologii, w trakcie specjalizacji z perinatologii. Jest współzałożycielem Kliniki – Lekarze Mostowa 4 – klinika przyjazna LGBTQ+. Kierownik Poradni Seksuologii i Patologii Współżycia w Lekarze Mostowa 4, zastępca kierownika Oddziału Potożniczo-Ginekologicznego Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku. Prywatnie: szczęśliwy ojciec Ani, Wincentego i Weroniki.

WOJCIECH KOSMOWSKI

...w tym na łamach „Primum” (nr 10–11.2020), pozwalam sobie zabrać głos. Moim celem jest przede wszystkim dostarczenie narzędzi do dyskusji. Dlatego załączam odnośniki do źródeł. Proszę także o udostępnienie badania, z którego wynika, że 4,9% osób w Polsce w 2016 r. to osoby nieheteronormatywne [1].

Aspekty filozoficzne

Problem tu poruszany ma wiele wymiarów. Nie sposób w tym miejscu odnieść się do wszystkich. Możemy zacząć od filozofii, bo to słowo przecież oznacza umiłowanie mądrości. Mają tu zastosowanie różne jej dziedziny: etyka, metafizyka (nauka o bycie), antropologia filozoficzna. Etyka mówi o tym, co jest dobre, a co złe w ludzkim działaniu. Jeśli prócz danych filozofii bierze także dane z objawienia i tradycji – to używa się określenia teologia moralna. Ważne pytanie z dziedziny antropologii filozoficznej, które należy tu zadać, to: czy natura ludzka zmienia się? Czy człowieczeństwo może abstrahować od uwarunkowań biologicznych? Konstruktywiści powiedzą, że położna (położnik, neonatolog) „nadaje płęć”. Jednak esencjaliści – że tylko „rozpoznaje płęć”. Postępują przy tym naukowymi kryteriami. Warto przypomnieć, że wyróżniamy pierwszorzędowe cechy płciowe (płęć gonadalna i genotypowa), drugorzędowe cechy płciowe (płęć somatyczna), trzeciorzędowe cechy płciowe (płęć hormonalna i metaboliczna), czwartorzędowe cechy płciowe (płęć metrykalno-prawna, społeczno-kulturowa i psychiczna). Przez wieki w różnych kulturach nie było niezgodności między wymiarami biologicznymi a społecznymi. Dopiero w XX w. w jednej (!) z koncepcji postuluje się uznanie tego ostatniego wymiaru za decydujący.

Metodologia nauk a seksualność

Prace Kinsleya i Freuda są krytykowane za jednostronność i błędy metodologiczne [2]. Chodzi w przypadku tego pierwszego m.in. o koncepcję badawczą, dobór grup badanych i ich reprezentatywność dla populacji, obliczenia statystyczne i prezentację wyników, wnioskowanie. Koncepcja Freuda natomiast jest bardziej oparta na kazuistyce [3].

Zgodnie z metodologią w badaniach pewne cechy jednostkowe pomija się. Na przykład, gdy chcemy wykonać obliczenia związane z grą w snookera, zakładamy, że kule są doskonale sprężyste i pomijamy tarcie. Możemy jeszcze potwierdzić to doświadczalnie.

W przypadku seksualności można uznać, że jest niebinarna i że człowiek może dowolnie ją kształtować. To przybliżenie niektórzy uznają za wystarczające do działań. Dla jednych osób – będą to działania wyzwajające z niewoli ciała, a dla innych – prowadzące do coraz głębszych zaburzeń psychicznych czy cierpień moralnych. Niektórzy uważają, że te zaburzenia wynikają nie z przyjęcia opcji niezgodnej z naturą, ale z opresji „nietolerancyjnego” społeczeństwa. Jednak w znacznie bardziej otwartych na te kwestie społeczeństwach niekoniecznie tych zaburzeń jest mniej. Nie jest to wynik złego prawa, bo na przykład ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (z 1994 r.) stanowi, że ochrona praw pacjentów należy do obowiązków państwa, co jednak nie gwarantuje zdrowia.

W rozwoju człowieka są różne fazy, a gdy pokieruje się wychowaniem, mediami, to można bardzo łatwo wdrukować praktycznie dowolne poglądy. Wyobraźmy sobie, że ktoś bez talentu muzycznego twierdzi, że jest świetnym śpiewakiem operowym – i chce występować. Co więcej – żąda, by inni go za takiego uważali, nazywali go wyłącznie „maestro”. Czy uznamy, że taka osoba powinna śpiewać w operze? Będziemy chodzić na jej występy?

Aspekty społeczne

W artykułach konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie seksuologii opublikowanych w nr 10–11.2020 „Primum” podnoszono problem homofobii. Słowo to jest używane w sposób niezgodny z zasadami

mianownictwa medycznego. Fobie dotyczą bowiem innych zagadnień [4]. Ponadto w Polsce z aktami nienawiści spotykają się przede wszystkim katolicy. Ocena lekarska i sposób pomocy nie powinny jednak zależeć od tego, czy ktoś jest prześladowany (KEL 3).

Ostatnio powstało wiele dokumentów wydanych przez różne gremia, np. przez pracowników Zakładu Etyki Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego [5], Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników [6], Radę Wydziału Pedagogicznego UW [7] oraz jedno stanowisko i dwa listy psychoterapeutów, psychiatrów, psychologów [8]. Wartość merytoryczna takich dokumentów bywa różna, czasem przypisują stronie przeciwnej poglądy, których ona nie głosi [9] albo nieumiejętnie prezentują poglądy dyscypliny, którą reprezentują.

Definicja zdrowia psychicznego i zdrowia seksualnego

Paradygmatem jest medycyna oparta na dowodach naukowych z poszanowaniem wartości (EBM i VBM/VBP). Zdarza się jednak, że w różnych dziedzinach medycyny są różne standardy. Przykładem tego są definicje zdrowia psychicznego [10] i seksualnego [11]. Pierwsza akcentuje życie w zgodzie z uniwersalnymi wartościami, swego rodzaju homeostazę i znaczenie empatii. Druga jest bardziej definicją szczęścia [12] – nawiązując do definicji WHO [13] – kładąc nacisk na przyjemne, bezpieczne doświadczenia seksualne, bez przymusu, dyskryminacji oraz przemocy. Prawa seksualne są „warunkiem” zdrowia seksualnego, co jest niespotykane w medycynie.

Zaburzenia seksualne a ICD-10 i ICD-11

W ICD-10 zaburzenia seksualne są klasyfikowane wśród zaburzeń psychicznych. W klasyfikacji ICD-11 natomiast w odmienny sposób niż dotąd ujęto kwestie zaburzeń seksualnych. Podzielono je na dwie części. Jedną włączono do grupy zaburzeń psychicznych (nr 6), zaburzeń zachowania i zaburzeń neurorozwojowych (parafilie), druga natomiast jest w rozdziale 17 – są tam zaburzenia zdrowia seksualnego [14]. Pomijając problem związany z taksonomią (nie ma na przykład zaburzeń zdrowia skóry) – konsekwencją przyjęcia nowych paradygmatów w zakresie zdrowia seksualnego będzie przyjęcie perspektywy organizacji nielekarskich. Przekonały one gremia polityczne [15], które z kolei wywarły skuteczny nacisk na WHO [16]. Argumentowano, by zaprzestano traktowania osób transpłciowych jako chorych psychicznie – *mentally ill*. Jednak już od 1992 r. w ICD-10 używano określenia „*mental disorders*” („zaburzenie psychiczne” a nie „choroba”). Ponadto uznano, że „sama nazwa stygmatyzuje”. W ICD-10 była (i jest) diagnoza F65.5, tj. sadomasochizm, a w ICD-11 jest zmiana nazwy i koncepcji: „6D33 *Coercive sexual sadism disorder*”. Do rozpoznania wymagane jest, by wszystkie osoby uczestniczące w takich aktach czyniły to bez swojej zgody – jednak lekarz nie ma możliwości weryfikacji tego.

Zakończenie

Mam nadzieję, że te refleksje będą pomocne dla Państwa. Zachęcam osoby zainteresowane do zapoznania się z obszerniejszymi analizami na te tematy, np. z Memoriałem przygotowanym na Zebranie Plenarne ZG PTP w dniu 22.09.2020 [17] r.

Poniższy artykuł powstał w wyniku skrócenia listu otwartego do Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz wszystkich członków Izby. W pełnej wersji jest dostępny pod adresem [A], a wraz z przypisami – [B].

O autorze: dr n. med., dr n. teol. Wojciech Kosmowski jest specjalistą psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, adiunktem w Katedrze Psychiatrii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, w latach 2007–2013 sekretarz ZG Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, obecnie przewodniczący Oddziału Kujawsko-Pomorskiego PTP





Historia kołem się toczy

Pozdrowienia z Pertu – najbardziej odizolowanej stolicy... na świecie! To odizolowanie ma swoje zalety, jak również i obciążenia. Trudno jest po prostu wskoczyć w samochód lub pociąg i podjechać do Melbourne czy Sydney na dobry koncert lub towarzyską kolację. Zabrałoby to co najmniej trzy dni! Samolotem zabiera „tylko” cztery godziny. Dobre strony – ciekawe i dynamiczne miasto, doskonałe plaże (opisane przez Jacka Kaczmarskiego w „Plaży dla psów”) i trochę bliżej do Europy – długie przeloty do Polski są przynajmniej o trzy godziny krótsze niż te ze wschodnich stanów Australii!

JAROSŁAW
HRYNIEWICKI

Z przyjemnością podzieliłbym się wieloma innymi wrażeniami z mieszkania w tej części świata. Jakby nie było jestem tutaj już od 1996 r. i ciągle się czuję jak na długich, bardzo długich wakacjach. Tym razem jednak nie jest to opowiadanie o turystycznych przygodach, ale refleksja o zmieniającej oblicze świata pandemii, która nie tylko przyspiesza dramatycznie ewolucję naszych światopoglądów, podejścia do życia, ale i zaczyna wyzwalać w nas skrajne instynkty bazujące na naszych upolitycznionych zdrowotnych niepewnościach w kontekście nasilających się geopolitycznych, światowych napięć.

Welcome to brave new world! Aldoux Huxley (który napisał „Brave New World” w 1931 r.) byłby zdziwiony jak ten *world* się ostatnio zmienia w *scared new world*.

Jak na całym świecie, odkąd COVID-19 po raz pierwszy pojawił się na arenie międzynarodowej, życie w Australii dramatycznie się zmieniło. Pandemia wpłynęła na to, jak żyjemy, pracujemy, utrzymujemy kontakty towarzyskie, komunikujemy się, jakich słuchamy wiadomości i w co ...wierzymy. Do tej pory nadal stara-

my się zrozumieć, jak było możliwe to, co się stało, kto jest najbardziej zagrożony, kto przeżyje, a kto może umrzeć z powodu tego wirusa. Ciągłe nowe rewelacje o mutacjach, reinfekcjach, marzenia o szczepieniach, obietnice szybkiego leczenia – zwiększają napięcie i poczucie niepewności. Niestety te niepewności coraz mocniej są eksploatowane przez różne grupy społeczne i polityków.

Do chwili obecnej (dziewiętnastego listopada 2020) ogólnoświatowy wynik obejmuje prawie 57 mln potwierdzonych przypadków – 1,357 mln zgonów. Ostatnio wirus zróżnicował się na kilka wariantów i jego materiał genetyczny ciągle ewoluuje w różnych kierunkach. Z punktu widzenia medycyny – jest to fascynujące zjawisko. Do tej pory uczyliśmy się o podobnych rzeczach tylko z historycznej perspektywy zdrowia społecznego. Epidemie/pandemie średniowiecznej Europy, a nawet grypa hiszpanka z początku dwudziestego wieku były wygodnie historycznie oddalone od naszych obecnych realiów. Tym razem podobne zjawisko dotyka nas bezpośrednio i wyzwala reakcje niedowierzania, zwątpienia w naszą wiedzę medyczną i niepewności co do skuteczności rozwiązań. Jako lekarze znowu stajemy się częścią niepewnego społeczeństwa i zstępujemy z wieży naszej medycznej omnipotencji!

Odkąd COVID-19 po raz pierwszy pojawił się na świecie, Australia zastosowała szereg środków w obszarze zdrowia publicznego, aby przeciwdziałać epidemii choroby. Okazały się skuteczne w zakresie testowania wirusów, diagnozowania i leczenia pacjentów z COVID-19. Narzucone surowe ograniczenia graniczne i dystans społeczny odegrały istotną rolę w zmniejszeniu liczby pozytywnych przypadków spowodowanych transmisją społeczną, co skutkowało spłaszczeniem krzywej. Wprowadzenie tych ograniczeń w relatywnie małym społeczeństwie Australii (25 milionów obywateli skupionych w dużych centrach urbanistycznych) nie było aż tak trudne, jak w dużo bardziej skomplikowanych realiach Europy. Również geograficzna izolacja Australii bardzo w tym pomogła. Ze względu na bardzo rygorystyczne prawa ochrony biologicznej kraju, kwarantanny, wstrzymanie lotów, poruszania się promów i statków – szybko nastąpiło ograniczenie ruchu społeczeństwa i izolacja. Jest to szczególnie wyraźne w Zachodniej Australii, która zajmuje prawie 1/3 kontynentu. Od chwili rozpoczęcia pandemii mieliśmy w Zachodniej Australii (w całym stanie – 2,65 mln mieszkańców) 754 przypadki i 9 zgonów (dane z dziewiętnastego listopada). Od końca marca nie było żadnych zakażeń wewnętrznych (*community transmission*). Prawie wszystkie zakażenia były „przyjazdne” i zostały wykryte podczas przyjazdu do stanu.

Statystyka ogólnoaustralijska (27 tys. 784 przypadków od rozpoczęcia pandemii) ostatnio była poważnie zachwiana przez aberracje i niedociągnięcia procesów kwarantanny w Victorii i w Południowej Australii. Doświadczenie tych stanów dramatycznie zademonstrowało, jak ważna jest kontrola, kwarantanna i ścisła izolacja potencjalnie zarażonych osób. Ponad 10 000 zakażeń w Viktorii spowodowanych było zakażeniem w jednym z hoteli. Taka sama sytuacja ma obecnie miej-

sce w Adelajdzie (47 przypadków). Od wczoraj całe miasto zostało zamknięte na najbliższy tydzień. W wyniku tych wydarzeń w całej Australii zmieniono przepisy kwarantanne dotyczące nie tylko osób na kwarantannie, ale również i personelu hoteli.

Przyznaję, że dopiero teraz w pełni doceniłem potrzebę odpowiedniej izolacji i kwarantanny jako najskuteczniejszego sposobu kontrolowania chorób zakaźnych. Tak jak wielu z nas, sądziłem, że uda się nam kontrolować rozszerzanie się infekcji bez dramatyczniejszych rozwiązań i całkowitego zamykania kraju. Sytuacja w Victorii spowodowała wzrost napięcia pomiędzy stanami, a kwestia otwarcia wewnętrznych granic negatywnie wpłynęła na współpracę szczebli rządowych zaangażowanych w walkę z COVID-19. Granice Zachodniej Australii będą zamknięte prawdopodobnie do Świąt Bożego Narodzenia. Niestety, osobiście musiałem odłożyć naszą rodzinną podróż do Kakadu National Park we wrześniu... cóż, mała osobista „ofiara” w kontekście światowego dramatu! Od czerwca nasze wewnętrzstanowe życie wróciło do normy. Wszystkie lokalne ograniczenia już dawno zostały usunięte, ale ścisłe zewnętrzne restrykcje będą utrzymywane. Miasto tętni życiem, ale ta niepewność przyszłości będzie zaburzała przygotowania do Świąt.

Początkowo dwie warstwy rządów – rządy stanowe i tzw. commonwealth (Australia jest federacją stanową i lokalne rządy mają bardzo dużo autonomii) doskonale współpracowały we wprowadzaniu szybkich ograniczeń. Po raz pierwszy skorzystano z uprawnień wynikających z Aktu o bezpieczeństwie biologicznym, który praktycznie zamknął cały kraj – kontynent na kilka tygodni (podobnie jak w Nowej Zelandii).

Większość przypadków COVID-19 została zaimportowana przez osoby podróżujące z zagranicy (ponad 60%) lub pozyskana na pokładach statków wycieczkowych dokujących w australijskich portach (około 18%). Rząd federalny nałożył pierwsze ograniczenia kwarantanny 29 stycznia – 2 tygodnie po pierwszym potwierdzonym przypadku – dla podróżnych z Chin. Ograniczenia zostały rozszerzone, aby objąć wszystkich powracających podróżników zagranicznych, i ostatecznie doprowadziły do wprowadzenia zakazu podróży międzynarodowych. Późniejsze środki zostały podjęte na szczeblu krajowym i zakazały spotkań towarzyskich, a większość obiektów publicznych została zamknięta.

Wiele osób pytało mnie o wpływ COVID-19 na zdrowie psychiczne i na moją pracę. Z pewnością jest to okres niepewności i napięcia. Mam wielu pacjentów, którzy stwierdzili, że są „doskonale przygotowani” do społecznej izolacji i czują się uwolnieni od presji udzielania się towarzysko. Jednak większość ma z tym poważne kłopoty. Być może moja populacja pacjentów nie jest zbyt reprezentatywna, gdyż wielu z nich to osoby bardzo młode, dynamiczne (nastolatki i młodzi dorośli), ale i im się udziela zwiększająca się niepewność co do ich przyszłości. Polecam doskonały przekrojowy artykuł na ten temat przesłany przez mojego południowo-afrykańskiego przyjaciela – <https://www.medical-brief.co.za/archives/covid-19-increases-risk-of-new-psychiatric-disorders-data-analysis-of-69m-americans/>, który również komentuje ostatnie badania epidemiologiczne publikowane w The Lancet Psychiatry.

Bardziej zastanawia mnie i niepokoi szersza, społeczno-demograficzna perspektywa rozwijającego się problemu. Całkowicie zgadzam się z wieloma komentatorami wydarzeń, że teraz jest za wcześnie, aby szacować wpływ COVID-19 na zdrowie psychiczne ludzi, ponieważ zderzamy go zarówno krótko – jak i długoterminowe konsekwencje narażenia na stres, niepewność, utratę kontroli, samotność i izolację. Ta pandemia wydarza się w pełnym napięciu świecie przeludnienia, niepokojów klimatycznych i poważnych przetarasowań geopolitycznych. Ciągłe napięcie, wiadomości płynące z różnych mediów dwadzieścia cztery godziny na dobę, rozluźnienie społeczne spowodowane zastępowaniem osobistych kontaktów przez urywki internetowych rozmów i „instagramów” – nasilają i dramatycznie przyspieszają te zmiany społeczne, do których społeczeństwo nie ma czasu się adaptować i przyzwyczajać. Na przykład ankieta przeprowadzona w Victorii przed pandemią wykazała, że jedna na trzy osoby w wieku od 18 do 25 lat czuła się w jakimś stopniu samotna. Ta wrażliwa grupa może zostać szcze-

primum

gólnie dotknięta obecnym klimatem dystansu społecznego i zamykania placówek edukacyjnych.

Z psychologicznego punktu widzenia narażenie na potencjalnie zagrażające życiu traumatyczne przeżycia jest szczególnie istotne dla predysponowanych, wrażliwych osób, które mają trudności z przystosowaniem się do tej szybko zmieniającej się sytuacji i mogą doświadczać różnego stopnia zaburzeń adaptacyjnych i objawów reakcji na stres.

Rozluźnienie rodzinnych kontaktów – szczególnie tych międzypokoleniowych, spowodowane dodatkową izolacją osób starszych – zaburza procesy dojrzewania młodych ludzi i ewolucji ich pojęcia/zrozumienia podejścia do świata. Te zmiany będą miały poważne reperkusje w przyszłości. Wiele organizacji grupujących młodych ludzi (również i te, w których działania jestem osobiście zaangażowany – Youth Focus and Headspace) intensywnie rozważa te potencjalne problemy i wprowadza odpowiednie programy. Duże grupy młodych odizolowanych ludzi mogą również się radykalizować. Historia notuje wiele takich zjawisk w przeszłości, które miały tragiczne skutki.

Pracownicy służby zdrowia pierwszej linii są bardziej narażeni na pogorszenie zdrowia psychicznego i fizycznego, ponieważ doświadczyli utraty poczucia sprawczości. Nasz lokalny związek lekarski – WA Branch of Australian Medical Association – intensywnie wspomaga zespoły lekarskie i oferuje praktyczną pomoc. Podziwiam ich aktywność polityczną w tej sferze i gotowość społecznego odbioru solidnych informacji medycznych.

Rząd Australii przeznaczył poważne środki na utworzenie centrów telefonicznych dotyczących koronawirusa, odnowy biologicznej, przemocy domowej i podstawowych usług zdrowia psychicznego. Podjął się tego z powodu lawinowego wzrostu przypadków utraty pracy i klaustrofobicznych doświadczeń rodzin zamkniętych w domach, co może prowadzić do spirali niepokojów, przemocy domowej oraz wzrostu liczby chorób psychicznych i samobójstw. W tej chwili jest jeszcze za wcześnie na cytowanie jakichkolwiek statystyk. Dopiero z perspektywy czasu takie statystyki nabiorą klinicznego i praktycznego znaczenia.

Historycznie Australia szczyliła się swoją wielokulturowością. Niestety, ostatnie wydarzenia polityczne i pandemia wskazują na wzrost napięć kulturowych. Obserwuje się wzrastającą mikroagresję na tle rasowym i ksenofobicznym podczas tej pandemii. Australijski model świadomości kulturowej będzie musiał ewoluować – od reakcyjnego do bardziej refleksyjnego po pandemię COVID-19. Cały świat się zmienia. Również i te nasze – światowo-zaściankowe realia australijskiej izolacji.

Oprócz tych negatywnych skutków pandemii, obserwujemy również i pozytywne zmiany, szczególnie w sferze samowystarczalności. Australijczycy przestali podróżować *overseas* (jakby nie było – żyjemy na dużej wyspie!) i zaczęli spędzać czas we własnym kraju. Poznają go i może trochę bardziej szanują.

Dokończenie na s. 22



Klinika w Perth

Wielokulturowość Australii ma i dobre, i złe strony. Wielu ludzi ciągle żyje gdzieś indziej – w krajach, z których pochodzi. Ograniczenia w podróżach zagranicznych pozwalają na zainteresowanie się australijską okolicą. Wiele miast i miasteczek spoza granic dużych metropolii odżywa turystyką i gwarem odwiedzających (w zewnątrznie zamkniętych stanach, np. w Zachodniej Australii). Ze względu na rozwój technologii wiele osób może pracować w mniejszych miastach i doświadczyć innego sposobu życia. Centra biznesowe trochę się kurczą i są dużo cichsze. Ta wewnętrzna emigracja nabiera tempa.

COVID-19 jest również wyzwaniem dla medycyny. Musimy się gwałtownie przystosować do zmian i dużo szybciej wdrażać innowacyjne technologie, również i w naszej, psychiatrycznej części medycyny ogólnej. Zintensyfikowano działania mające na celu realizację różnych internetowych rozwiązań i cloud-based systemów komunikacyjnych, telemedycyny i przeróżnych algorytmów decyzji klinicznych (*artificial intelligence* i *machine learning*). Obserwujemy nieuniknioną zmianę w paradygmacie medycyny i przesunięcie balansu odpowiedzialności za zdrowie coraz bardziej w stronę pacjenta (konsumenta), który ma dostęp do coraz bardziej zróżnicowanej informacji medycznej, do odległych specjalistów (*telemedicine*) i opcji „szpitali domowych”. Jest to zdecydowanie światowy trend, ale w Australii (w Zachodniej Australii) jest on szczególnie intensywny ze względu na rozmiar kraju i odległości. Możemy kwestionować jakość tych zmian i ubolewać nad ewoluującą rolą lekarzy w tych nowych realiach „Google doctors”, ale są to realia, w których musimy funkcjonować. Z pewnością ten proces będzie tylko przyspieszał w przyszłości.

Obecna literatura sugeruje, że wskaźniki zachorowań na COVID-19 i wyniki zdrowotne różnią się w zależności od wieku, płci, rasy, pochodzenia etnicznego i podstawowego stanu zdrowia. Społeczności aborygeńskie (zarówno te zurbanizowane, jak i przede wszystkim mieszkające w bardzo odległych rejonach kraju) zostały zidentyfikowane jako subpopulacja wysokiego ryzyka ze względu na ich wyjątkowe cechy, zły stan zdrowia, a także czynniki historyczne, systemowe i kulturowe. Społeczności te są reprezentowane przez około 3.3% całej populacji Australijskiej – około 700 tysięcy osób, które były w stanie zachować swoje języki i tradycje oraz zaangażować się w praktyki kulturowe, które są wyraźnie rdzenne.

W bardzo odległych społecznościach (około 150 tys.) rdzenni Australijczycy – Aborygeni postrzegani są jako wysoce kolektywistyczni. W przeciwieństwie do reszty Australii, są prawie poza zasięgiem państwa, a wiele z tych społeczności przyjmuje taktikę „niebicia rządowymi” i nie ufa usługom poza świadczonymi w ich własnej lokalizacji. Wiadomo, że chorzy na cukrzycę, choroby układu oddechowego i sercowo-naczyniowego są bardziej narażeni na COVID-19 – a są to choroby szerzej rozpowszechnione wśród rdzennych Australijczyków. Niepokojące są również wysokie wskaźniki palenia – 37% wśród rdzennych młodych ludzi w wieku powyżej 15 lat, ponieważ palenie zwiększa podatność na infekcje dróg oddechowych. W wielu z tych odległych miejsc alkohol jest całkowicie zakazany. Na szczęście do tej pory nie było żadnych ognisk chorobowych w tych grupach społecznych. Rdzenni mieszkańcy Australii doskonale pamiętają, że to właśnie „prosta”, europejska grypa w dziewiętnastym wieku spowodowała spustoszenia w ich społeczeństwie.

Z punktu widzenia przekonań kulturowych – grupy rdzenne mogą nie stosować się do dyrektywy COVID-19, ponieważ mogą nie przestrzegać nowych zasad dystansu społecznego ze względu na traumatyczną przeszłość, gdyż zostały poddane środkom przymusu i restrykcjom. Ich unikalne połączenie z ziemią i zależność od społeczności zostało opisane jako potencjalny czynnik ochronny, ale w czasie pandemii może uniemożliwić im uzyskanie odpowiedniej pomocy. Usługi telezdrowia, choć są szeroko dostępne, mogą być problematyczne ze względu na bariery komunikacyjne i językowe, zwłaszcza dla osób, dla których angielski jest drugim, trzecim lub czwartym językiem.

Na zakończenie pozwolę sobie na osobiste refleksje zainspirowane rozmowami z moimi znajomymi (Julia Fulrong i in., 2020) i lekturą filozofów. W swoim słynnym eseju „Panopticism” francuski filozof Michel Foucault (1977) napisał, że „zarazę usuwa się na rozkaz”. Podobnie wybuch COVID-19 dyktuje „nowy (światowy) porządek”, który ma swój własny wojenny język – wojenne bitwy, fronty, restrykcje, emigracje, zasłonięte okna i strach. Czy jesteśmy zmobilizowani jako szturmowcy na pierwszej linii, czy posuwamy się naprzód, czy się wycofujemy?

Nowe australijskie przepisy dotyczące bezpieczeństwa biologicznego narzucają powstrzymanie, przestrzeganie i brak ruchu, co ogranicza nasze wolności i bez wirusa byłoby uważane za drakońskie. Postrzegamy je jako środki przymusu, ale jesteśmy gotowi stosować się do nich podczas pandemii ze względu na nasze bezpieczeństwo zdrowotne. Niemniej jednak porzucenie normalnych, legalnych kanałów podejmowania decyzji i przyjęcie tych antydemokratycznych środków w imię wojny z niewidzialnym wrogiem – wirusem prowokuje do przyjęcia postawy konfrontacyjnej. Nic dziwnego, że to zjawisko powoduje emocjonalne napięcia i wyzwala otwarty bunt.

Natychmiastowe wdrażanie zasad i przepisów dotyczących bioasekuracji czy dystansu społecznego – staje się prawem, ale skoro nie widzimy wroga, od czego się dystansujemy? Jeśli unikanie ludzi jest teraz częścią przetrwania, czy po przejściu pandemii rozwiną się w nas nowe fobie dotyczące bliskości i dotykania? Nawet nie zdając sobie z tego sprawy, budujemy „panoptyczne” więzienie samoograniczenia ze zwiększonym nadzorem naszych rządów i ich lojalnych obywateli. Wielu z nas obawia się (są do tego podstawy), że te obecne instytucjonalne restrykcje i kontrola mogą potrwać dużo dłużej niż czas tej pandemii. Obecna demagogia „ochrony społeczeństwa przed wirusem” jest już w niektórych krajach idealizowana w wymiarach niebezpiecznej politycznej „ochrony”.

Jak wszyscy na świecie i my również (w Polsce) doświadczyliśmy podejrzliwego przyglądania się sobie nawzajem przez puste półki supermarketów z niesamowitym poczuciem paranoi, która jest namacalna i nieusuwalna. Po tym doświadczeniu, mnie osobiście było łatwiej te obecne realia zaakceptować – doskonale pamiętam puste półki w Polsce na początku lat 80. Ale dla Australijczyków był to szok, coś niepojętego – zagrożenie dla ich stabilności i sposobu życia. Te „puste półki” trwały może przez dwa-trzy tygodnie i dotyczyły kilku podstawowych produktów, takich jak papier toaletowy (z pewnością trend światowy!). Pozostawmy psychoanalitykom psychodynamiczne analizy tego zjawiska! To doświadczenie wystarczyło, aby zachwiać samozadowoleniem samowystarczalnego społeczeństwa. Dla wielu osób to było najbardziej wyraziste poczucie zagrożenia i niepewności, szczególnie w stanach takich jak Zachodnia Australia, w których słyszy się o wirusie przede wszystkim z mediów i doniesień z innych części kraju.

W stresujących czasach ludzie powracają do swoich tradycyjnych wartości, wygodnej przestrzeni kulturowej. W obecnej chwili jeszcze bardziej doceniam moje osobiste doświadczenia społecznych adaptacji, integracji i przemian kulturowych, które przeżyłem przez ostatnie 57 lat. Doświadczenia polskich realiów lat 70. i 80., obserwowanie z odległości następnych wielkich zmian kulturowych i politycznych, adaptacja do lokalnych realiów australijskich i ogromna fascynacja zmianami – pozwalają mi na generalne podejście do obecnych zjawisk społecznych spowodowanych pandemią.

Codziennie zastanawiam się i spekuluję nad potencjalną przyszłością i rozwiązaniem tej obecnej sytuacji. Niestety, obrazy powojennej rzeczywistości (koniec lat 40. i początku 50.) krnąbrnie mącą moje, generalnie pozytywne, podejście do życia. „Historia kołem się toczy” – po siedemdziesięciu latach względnej „wygody i światowego, względnego pokoju pokołaczemy się trochę na wybojach nowych historycznych dróg...

O autorze: doktor Jarosław Hryniewicki – lekarz psychiatra w Zachodniej Australii (Perth). W 1983 rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, ale ukończył je na Flinders University w Południowej Australii w 1991. Od 1998 praktykuje głównie prywatnie. Przez ponad piętnaście lat był zaangażowany w rozwój systemów szpitalnych (w prywatnym systemie) i programów społecznych. Jest również zainteresowany wdrażaniem systemów internetowych w sferze zdrowia psychicznego (jeden z założycieli firmy Oqea).



Zapraszamy



do BIURA
RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

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

BIURO RACHUNKOWE



Kancelaria Podatkowa
Grygier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: poczta_big@wp.pl

☎ 508 303 873 • 52 3070576

www.bigbiuro.pl

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

Mój jest ten kawałek podłogi!...

„Żeby była miłość, życzliwość i pokój,
Żebyśmy umieli wznieść się nad podziaty...”

Ks. Roman Indrzejczyk



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

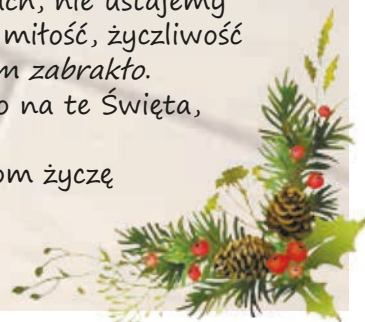
Moje „wypociny” znajdują się w Waszych rękach już w grudniu. W tym miesiącu – mam nadzieję – zima zagości u nas na dobre. Bo nie wiem jak Wy, ale cknę mi się za mrozem i za śniegiem, za sikorkami wyjadającymi ziarna słonecznika z karmnika stojącego tuż za moim balkonem, za spokojem tych dni oczekiwania na Święta. Dni, które pozwolą nam zapomnieć o politykach, o pandemii, o sporach między nami.

Niech w tych dniach, kiedy *Bóg znów się nam rodzi, a moc zła truchleje* – w naszych sercach, a i w domach, nie ustajemy w próbach, aby między nami zapanowała miłość, życzliwość i pokój, *nawet, gdy już wiary w dobro nam zabrakło*.

Oby tej wiary nam nie zabrakło nie tylko na te Święta, ale i na całe lata.

Tego Miłym Paniom i Szanownym Panom życzę jak zwykle Wasz

A. Martynowski



Wspomnienie o...

doktorze Ryszardzie Płoszańskim (14 marca 1951 – 25 marca 2020)

Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią im się płaci.

Wisława Szymborska

25 marca 2020 r. zmarł nasz kolega Ryszard Płoszański, wieloletni kierownik Ośrodka Zdrowia w Cekcynie.

Urodził się 14 marca 1951 r. w Warszawie, gdzie ukończył szkołę podstawową i liceum ogólnokształcące. W latach 1969–1975 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Mińsku.

Tam też podjął pierwszą pracę – w III Szpitalu Klinicznym i uzyskał I stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Po powrocie do Polski zatrudniony był na szpitalnych oddziałach chirurgicznych w Płocku, a potem w Miastku. Od 1983 r. pracował na terenie powiatu tucholskiego jako kierownik Ośrodka Zdrowia w ramach ZOZ w Tucholi, a od stycznia 1993 r. – po przekształceniu gminnej przychodni – w Cekcynie. Jednocześnie dyżurował na oddziale chirurgicznym szpitala w Tucholi oraz w pogotowiu ratunkowym, którego przez wiele lat był kierownikiem.



Poza pracą zawodową angażował się w działalność społeczną, przez 2 kadencje był radnym powiatu tucholskiego.

Jako kierownik Ośrodka Zdrowia w Cekcynie, pomimo początkowych trudności (po odłączeniu się od ZOZ-u), przeprowadził gruntowny remont przychodni, sprawił, że na jej terenie działała apteka. Stworzył dobrze wyposażony dział rehabilitacji, stopniowo zwiększał liczbę zatrudnionego personelu, w tym lekarzy specjalistów. Dbał o to, żeby standardy usług w przychodni były na wysokim poziomie.

Sam dał się poznać jako dobry lekarz i diagnosta. Nie pozostawiał swojego pacjenta samemu sobie, dzwonił do kolegów lekarzy, aby zaplanować jego pobyt w szpitalu, przedstawić dotychczasowy przebieg choroby, zasugerować podejrzenie czy przedyskutować badania. Często udzielał pomocy pacjentom poza godzinami pracy. Dla Ryszarda medycyna i chęć niesienia pomocy – to były sprawy priorytetowe. Żył dla innych, wyciągał swoją pomocną dłoń, zawsze można było liczyć na jego wsparcie i bezinteresowność. Jego szczególnym darem była łatwość nawiązywania kontaktów z ludźmi. Potrafił dotrzeć do ich umysłów i serc.

Pomimo długotrwałej choroby, po przejściu na emeryturę (grudzień 2017) nadal wspierał młodych kolegów, udzielał dobrych rad, wciąż przyjmował pacjentów.

Miał troje dzieci, dwie córki i syna, jedna z córek kontynuuje tradycje medyczne – jest specjalistką w dziedzinie anestezjologii, o której początkowo marzył Rysiu.

Romantyk, który kochał życie, kobiety i cały świat. Spontaniczny i życzliwy, z wyjątkowym poczuciem humoru. Jego ulubionym zajęciem było wędkarstwo, w wolnych chwilach, których nie było wiele, chodził na ryby. Pasjonował się również autami i sportem.

Rysiu w kontaktach bywał bezpośredni i bezkompromisowy, często mówił prosto w oczy, co myśli, za co wielu go ceniło i lubiło. W pamięci pacjentów, współpracowników i kolegów lekarzy pozostanie jako wspaniały, niepowtarzalny człowiek, dobry lekarz i diagnosta.

Koledzy z Tucholi



PART 2

COVID-19 REALITY

Doctor: I am sorry to inform you mam, but your test results are positive. Which means you need to **remain in isolation** for at least 10 days together with your whole **household to prevent further transmission of the virus**.

Patient: Oh dear. The whole corona **story is all Greek to me**.

Doctor: How are you feeling mam? Do you still feel fatigued or run-down? Any **respiratory** difficulties?

Patient: I have **been short of breath**, I am coughing and to be honest, my head is **in agony**. **I have also had some pain in my bones**.

Doctor: You should drink a lot of **fluids** and rest. Get your groceries delivered and air your room regularly. You should also clean any possible **fomites**. If you **observe** anything that may worry you or your condition deteriorates, please contact the clinic or an emergency immediately.

Patient: Thank you doctor.

to remain in isolation – pozostać w izolacji
household – dotyczy wszystkich domowników

to prevent further transmission of the virus – łatwo zapamiętać od słowa prewencja oraz transmisja – czyli całość można przetłumaczyć – aby zapobiegać dalszemu rozprzestrzenianiu się wirusa

the story is all Greek to me – cała ta sprawa/historyjka (często w takich sytuacjach kusi nas, aby zamiast słowa **story** sięgać po tak zwanego fałszywego przyjaciela, czyli słowo **history**, niemalże bliźniacze w języku polskim. Wyrażenie z „Grekiem, tudzież greckim”... co ciekawe, oznacza w wolnym tłumaczeniu „Dla mnie to chińszczyzna” tudzież „Niewiele z tego rozumiem”, itp. Nomen omen, ciekawostką jest, iż w języku polskim, gdy coś jest niezrozumiałe, sięgamy do Orientu....

respiratory – związany z oddychaniem

i have been short of breath – oznacza „mam problemy z oddychaniem”, trudności z nabraniem powietrza, tudzież płytki oddech.

my head is in agony – często kusi nas sięgnięcie po agonię vel śmierć, a w języku angielskim oznacza to bardzo silny ból. Ciekawostką jest wyrażenie AGONY AUNT, które absolutnie nie oznacza cioteczki obwieszczającej, czy przynoszącej śmierć – lecz osobę prowadzącą w prasie kolumnę porad wszelkich, a zwłaszcza tych sercowych.

i have also had some pain in my bones – potocznie tłumaczone jako – ból w kościach, a bardziej adekwatnie jako – ból całego ciała, ból w mięśniach.

fluids – chodzi o przyjmowanie dużej ilości płynów

fomites – termin często występujący w połączeniu z wirusami – oznacza wszelkie przedmioty, które mogą przenosić wirusy (np. użytku codziennego, takie jak telefon, zabawki, ale również powierzchni)

if you observe – tutaj czasownik ten oznacza „Jeśli zauważysz, zaobserwujesz u siebie...”, choć często w kontekście medycznym występuje też w znaczeniu „przestrzegać, np. zaleceń”.

if your condition deteriorates – tutaj: „Jeśli Pani/Pana stan zdrowia ulegnie pogorszeniu”.

Do zobaczenia za miesiąc
Anita Żytowicz

Kontakt ze Szkołą: 607 955 441, 601 942 720



Doktor Mieczysław Boguszyński pisze kolejną książkę – wesprzyjmy jej wydanie!

Książka: „Z szacunku dla przeszłości. Szpitala im. dr. Jurasza – droga do Akademii Medycznej w Bydgoszczy” będzie poświęcona Szpitalowi Uniwersyteckiemu, którego dyrektorem Mieczysław Boguszyński był niemal 15 lat. Poprowadzi czytelnika m.in. poprzez wydarzenia związane z powstaniem Szpitala, odpowie na pytanie, dlaczego Akademia Medyczna powstała właśnie w Bydgoszczy, pozwoli poznać mało znane fakty dotyczące połączenia Akademii z toruńskim UMK. Wydawnictwo powstaje dzięki tytanicznej pracy Pana Doktora – godzinom spędzonym nad starymi dokumentami, gazetami, fotografiami w bydgoskim oraz szpitalnym archiwum, rozmowom z lekarzami, którzy tworzyli medycynę naszego regionu. Jeżeli tej historii nie opíše doktor Boguszyński, nie zrobi tego już nikt!

W grudniu tego roku Mieczysław Boguszyński kończy 90 lat! Panie Doktorze, dziękujemy za wiele lat współpracy z „Primum”, życzymy zdrowia i oczywiście wydania tak ważnej dla Pana książki!

Agnieszka Banach

Okręgowa Rada Bydgoskiej Izby Lekarskiej podjęła uchwałę przekazującą fundusze pozwalające na wydanie książki. Równocześnie uruchomiono subkonto przeznaczone na wsparcie wydawnictwa – zgromadzone tu dodatkowe środki pozwolą na użycie wyższej klasy papieru, co podniesie jakość zdjęć (w większości archiwalnych) i szaty graficznej książki-albumu, oraz zwiększenie jej nakładu. Zaznaczamy, że pan Doktor za swoje książki nie pobiera honorarium. Prosimy o Państwa wsparcie!

nr konta: **33 1160 2202 0000 0001 8152 9405**, Bank Millennium
w tytule: współfinansowanie wydania książki doktora Mieczysława Boguszyńskiego

Posiedzenia komisji zawieszono

W związku z aktualną sytuacją epidemiczną w kraju stacjonarne posiedzenia Komisji Stomatologicznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej zostają zawieszono do odwołania.

Aleksandra Perczak, Przewodnicząca KS BIL

Ogłoszenia – PRACA

■ Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy, ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz zatrudni **kierownika Ogólnej Izby Przyjęć** oraz **lekarzy dyżurnych**. Informacji udziela Dział Służb Pracowniczych, tel. 52 3709121/23.

■ Nowy Szpital w Wąbrzeźnie poszukuje **lekarza do Oddziału Chorób Wewnętrznych**. Więcej informacji pod nr tel. 517 369 690.

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**



Klinika Terapii Innowacyjnych

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

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

Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy

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



Toruń



Bydgoszcz

Oferujemy leczenie biologiczne w chorobach takich jak:

- RZS - Reumatoidalne zapalenie stawów
- SpA - Spondyloartritis zapalny
 - ŁZS - Łuszczycowe zapalenie stawów
 - ZZSK - Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
 - Axial SpA - spondyloartritis osiowa
- Osteoporoza
- Łuszczyca skóry

Terapie lekami biologicznymi:

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

Terapie lekami innowacyjnymi:

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

Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

✉ terapieinnowacyjne@naszlekarz.pl

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

Oddział w Bydgoszczy

ul. Chodkiewicza 19c
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

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

Zapraszam do współpracy





CAŁA RADOŚĆ W DRODZE.

Cel? Jest oczywiście ważny. Ale czy aż tak ważny, jak droga, która do niego prowadzi?
Zwłaszcza gdy przemierzasz ją Twoim nowym BMW...

Odkryj radość w drodze Twoim nowym BMW – dostępnym w najlepszej ofercie rocznika 2020.



BMW X1.

0% opłaty wstępnej
już za 1100 PLN netto/mies.



BMW X3.

0% opłaty wstępnej
już za 1400 PLN netto/mies.



BMW serii 3.

0% opłaty wstępnej
już za 1150 PLN netto/mies.



Nowe BMW serii 5.

0% opłaty wstępnej
już za 1500 PLN netto/mies.

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Olimpijska 8
Toruń
tel.: +48 56 645 21 70
www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

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

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Wyszogrodzka 134
Płock
tel.: +48 24 268 24 08
www.bmw-dynamicmotors.pl

Rata miesięczna netto w BMW Comfort Lease dla przedsiębiorców dla BMW 318i Limuzyna za 119 990 zł brutto, BMW 318i Touring za 129 000 zł brutto, BMW 518d Limuzyna za 159 000 zł brutto, BMW 518d Touring za 169 000 zł brutto, BMW 318d Gran Turismo za 132 000 zł brutto, BMW X1 sDrive18i za 117 000 zł brutto, BMW X2 sDrive18i za 120 000 brutto, BMW X3 sDrive18d za 150 000 zł brutto, BMW X4 xDrive20i za 181 000 zł brutto. Opłata wstępna 0%, okres leasingu: 48 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg: 10 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Zawarcie umowy uzależnione jest od pozytywnego wyniku weryfikacji prawnofinansowej Klienta oraz zawarcia ubezpieczenia OC/AC. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Szczegóły oferty u Dealerów BMW.