



Fot. PAP/StrefaGwiadz/Marcin Kmiećński

COVID-19

ZAWITA WKRÓTCE

DO KAŻDEGO SZPITALA

Nie miejcie złudzeń. Zanim COVID-19 się rozpędzi, padną węższe zespoły lekarsko-pielęgniarskie wykończone absurdalnymi skierowaniami ze szpitalnych oddziałów ratunkowych i awanturami z ekipami karetek systemowych. Czy są ochotnicy gotowi ich zastąpić? – pyta prof. Robert Flisiak, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

W dniu, w którym piszę te słowa, Polska jest już krajem o średniej liczbie rozpoznawanych dziennie zakażeń SARS-CoV-2. Ale czy jest to prawdziwa liczba zakażeń? Oczywiście, że nie. Co gorsze, nie wiemy, czy jest ich dwa czy trzy razy więcej. Każdy z nas zna przykłady osób, które pomimo objawów choroby nie zostały zbadane. Niektóre z nich w sposób zdyscyplinowany pozostawały w izolacji, ale część zapewne nie wytrzymała. Jednak nawet ci, którzy pozostali przez dwa ty-

godnie w izolacji, mogą być nadal źródłem zakażenia, o czym wie każdy lekarz monitorujący chorych na oddziale chorób zakaźnych. Do tego dochodzą niemający objawów nosiciele rozsiewający zakażenie. Tymczasem w wielu województwach izolatoria dla osób zakażonych niemających objawów są fikcją, a pacjentów oczekujących na wyniki trzeba odsyłać do izolacji domowej. Czy można wierzyć w to, że w Polsce nagle tak poprawiły się warunki mieszkaniowe, że każda taka osoba

ma własne lokum? Wprawdzie wzrosła liczba laboratoriów, ale realizacja zalecenia WHO, które w skrócie brzmi „test, test, test” jest niemożliwa, bo wąskim gardłem (nomen omen) pozostają punkty pobierania próbek. Ale co gorsze, obecne działania Ministerstwa Zdrowia wskazują na brak woli zwiększania ich liczby. Czyżby z obawy, że przełożyłoby się to na zwiększenie liczby rozpoznanych zakażeń? Czemu służą absurdalne stwierdzenia, że testowanie w kwarantannie jest zbędne, gdy jest oczywiste, że to najłatwiejszy sposób zlokalizowania potencjalnych zakażonych? Dlaczego wzorem Koreańczyków, którym udało się ograniczyć epidemię, nie otwieramy punktów pobierania próbek w każdym możliwym miejscu? Przecież wiadomo, że jedynym sposobem opanowania epidemii jest izolacja zakażonych, ale żeby ich izolować, trzeba ich wykryć, a żeby wykryć, trzeba testować.

Tymczasem w praktyce głównymi miejscami testowania stały się izby przyjęć oddziałów chorób zakaźnych, które dodatkowo są obciążone niebywałym ruchem chorych kierowanych z „podejrzeniem” COVID-19. Niestety, rozpoznanie to stało się tak modne, że jest podstawowym rozpoznaniem u chorych zagrożonych zawałem, z wieloletnią POChP, z urazami głowy czy z ostrym brzuchem. Tak naprawdę wystarczy gorączka powyżej 37°C lub kaszlnięcie, aby natychmiast kierować pacjenta na oddział zakaźny.

Nie porównujcie Polski z Włochami, Hiszpanią i Niemcami

Ilu Polaków musi umrzeć tylko dlatego, że ktoś uznał w swej bezlitosnej głupocie albo co gorsze z premedytacją, że od dzisiaj ból za mostkiem jest efektem działania koronawirusa? Gdzie się podziały lata studiów, nauki do specjalizacji i zbierania doświadczeń medycznych?

Wciąż są SOR-y, które nie wpuszczają karettek na podjazd bez uprzedniego zmierzenia ciepłoty ciała. Trudno mi zrozumieć lekarzy ryzykujących życie pacjenta w takiej sytuacji. Niestety, to nie jest tylko niewiedza, lecz także brak instynktu samozachowawczego. Jak można być tak naiwnym i myśleć, że „zaraża” przejdzie bokiem? Przecież widzimy, co się dzieje w Europie. Kraje z nieporównywalnie lepszą jakością opieki zdrowotnej mają codziennie tysiące zachorowań i setki zgonów. Zadajcie sobie pytanie, z jakiego powodu Polska miałaby nie przechodzić tego, co obserwujemy we Włoszech, Hiszpanii, Francji czy nawet w Niemczech. Czy jesteśmy lepiej przygotowani? Czy mamy pod dostatkiem środków ochrony osobistej? Magazyny są pełne respiratorów? A może mamy więcej lekarzy i pielęgniarek?

Jeżeli policzymy, to nietrudno dojść do wniosku, że wkrótce codziennie będzie rozpoznawanych w Polsce kilka tysięcy zakażeń i kilkaset zgonów z powodu SARS-CoV-2. A to znaczy, że wszystkie szpitale będą



Fot. Zx istockphoto.com

**KAŻDY Z NAS ZNA PRZYKŁADY OSÓB,
KTÓRE POMIMO OBJAWÓW CHOROBY
NIE ZOSTAŁY ZBADANE.
NIEKTÓRE Z NICH BYŁY ZDYSCYPLINOWANE
I POZOSTAŁY W IZOLACJI,
ALE CZĘŚĆ ZAPEWNE NIE WYTRZYMAŁA**

„covidowe”. Czy myślicie, że wtedy małe izby przyjęć oddziałów i klinik chorób zakaźnych przyjmą wszystkich chorych? Czy naprawdę sądzicie, że da się tam umieścić wszystkich potrzebujących? Czy wierzycie, że tych kilka respiratorów prowizorycznie zainstalowanych w salach nieprzystosowanych do funkcji oddziałów intensywnej terapii uratuje ich życie?

Nie miejcie złudzeń

Zanim COVID-19 się rozpędzi, padną wężle zakażone zespoły lekarsko-pielęgniarskie wykończone absurdalnymi skierowaniami z SOR-ów i awanturami z ekipami karettek systemowych. Czy są ochotnicy gotowi ich zastąpić?

Niestety, COVID-19 zawita wkrótce do każdego szpitala. I to niekoniecznie przez SOR, przychodząc z pacjentem. Jak uczy doświadczenie, nierzadko koronawirus wchodzi z personelem i to może tym, który dzisiaj tak „dzielnie” broni bramy szpitalnej. Bo przecież jeżeli ktoś irracjonalnie zachowuje się w pracy, dlaczego ma postępować mądrze w domu, w sklepie, na ulicy, gdzie też może być zaatakowany przez



wirusa. Jeszcze się łudzićie, że ten natłok chorych przyjmą szpitale jednoimienne, te z niewyszkolonym i niezabezpieczonym personelem? Kto i kiedy miał ich przygotować, skoro nie było tam doświadczonych zakaźników i epidemiologów? Jeżeli jeszcze nie utworzyliście w każdym szpitalu oddziału obserwacyjnego, w którym pacjenci z podejrzeniem zakażenia będą mogli poczekać w warunkach izolacji na wykluczenie SARS-CoV-2 w pobliżu specjalisty (chirurga, ginekologa), i jeżeli nie zaczęliście wcześniej rozsądnie myśleć o zabezpieczeniu personelu, to już po was. Jutro lub pojutrze zostaniecie zaskoczeni eksplozją zakażeń, która w ciągu dnia zamieni wasz szpital w zakaźny albo w zakażony. Nie miejcie złudzeń, że da się przenieść wszystkich chorych łącznie ze „strażnikami bram

SOR-u” na oddziały zakaźne. Tam, jak mawiał klasyk, już nie będzie niczego...

Lata beztroski kolejnych rządów i ministrów zdrowia zrobiły swoje

Niedofinansowanie ochrony zdrowia jest niczym przy brakach w chorobach zakaźnych. Przez całe lata uznawano, że to specjalność skazana na zapomnienie, bo przecież to nie średniowiecze... Skoro SARS, MERS, „świńska” grypa czy ebola przeszły obok, to znaczy, że nic nam już nie zagrozi. Wnioski o uznanie specjalności choroby zakaźne za deficytową były lekceważone przez kolejnych ministrów. Teraz, gdy jest ponad 20 specjalności uznanych za deficytowe, a chorób zakaźnych nadal wśród nich nie zobaczycie, należy utworzyć w trybie pilnym kategorię specjalności superdeficytowych, w której powinno być miejsce wyłącznie dla chorób zakaźnych. Jeśli nie, to za kilka lat, gdy przyjdzie kolejna epidemia, nas – zakaźników i naszych oddziałów będzie o połowę mniej. Czy wystarczą wtedy e-wizyty w POZ?

Pozostaje mieć nadzieję, że rządzący uczą się na błędach. Jako prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych nie proszę o nic nadzwyczajnego. Oczekuję tylko deklaracji zmiany podejścia do ginącej specjalności, na której opiera się obrona przed tą pandemią i następnymi, które są nieuchronne. Proszę o zmianę sposobu finansowania oddziałów i wynagradzania personelu, nie tylko za zrealizowane świadczenia, ale przede wszystkim za gotowość do ich realizacji. Wskazuję na konieczność motywowania absolwentów wydziałów lekarskich do wybierania tej specjalizacji.

prof. Robert Flisiak

NIESTETY, COVID-19 ZAWITA WKRÓTCE

DO KAŻDEGO SZPITALA. I TO NIEKONIECZNIE

PRZEZ SOR, PRZYCHODZĄC Z PACJENTEM.

JAK UCZY DOŚWIADCZENIE,

NIERZADKO KORONAWIRUS WCHODZI

Z PERSONELEM I TO MOŻE TYM,

KTÓRY DZISIAJ TAK „DZIELNIE”

BRONI BRAMY SZPITALNEJ