

POTRZEBNE KOŁO RATUNKOWE

SPOZA OFICJALNEGO SYSTEMU

Katastrofa! W zdrowiu publicznym, w ochronie zdrowia, w zabezpieczeniu społecznym, w gospodarce, w domu. Wszędzie. Będzie gorzej, ale jak? Nie wiemy. Ale wiadomo, jak może być, i to nazbyt dobrze – choćby z historii. Od połowy marca toczy się wyścig z procesem epidemicznym. Najwyższym wysiłkiem spłaszczamy krzywą zachorowań. Podejmujemy rozpaczliwe starania zakładamy wielką tamę, co do której wiadomo, że powinna być na chwilę, jeśli ma nie zadusić gospodarki. Jeśli sami jej nie zwolnimy odpowiednio wcześniej, pęknie niejako pod własnym ciężarem. Ma opóźnić falę epidemiczną i dać czas na „podciągnięcie taborów”.



Fot. 3x iStockphoto.com

Od połowy marca toczy się wyścig z procesem epidemicznym. Najwyższym wysiłkiem spłaszczamy krzywą zachorowań. Podejmujemy rozpaczliwe starania – zakładamy wielką tamę, co do której wiadomo, że powinna być na chwilę, jeśli ma nie zadusić gospodarki. Jeśli sami jej nie otworzymy odpowiednio wcześniej, pęknie niejako pod własnym ciężarem. Ma opóźnić falę epidemiczną i dać czas na „podciągnięcie taborów”.

Mogło być gorzej

Warto odnotować, choć pocieszenie z tego niewielkie: e-recepta – lepiej nie myśleć, co byłoby bez niej. A to tylko cień tego, czego powinno się oczekiwać od e-leczenia i e-zdrowia. Miała być o wiele wcześniej, ale mogła się przecież spóźnić. Część 500+ przeznaczono zapewne na laptopy i rozwój e-kompetencji, ale jaką

– nie bardzo wiadomo. Mogło być gorzej. Wśród biedniejszych i gorzej wykształconych jest jednak z pewnością wciąż źle – to widać.

Nieobliczalna tama antywirusowa

Jest wielka tama przed epidemią za cenę paraliżu prawie całej gospodarki. To nie może powstrzymać procesu epidemicznego, ma go tylko opóźnić. Liczymy na spłaszczenie krzywej zachorowań i kupienie czasu, by uzupełnić środki i sprzęt medyczny oraz przyjąć odpowiednie rozwiązania organizacyjne. Czasu raczej na stworzenie niż odtworzenie elementarnych zapasów niezbędnych do bieżącej pracy. Nie mówiąc już o tym, że chodzi o czas i środki, żeby zmierzyć się z epidemią. Tama, jeśli nie ma być samobójstwem, powinna być na chwilę. Dwa miesiące to może okazać się za dużo. Trud-



SYSTEM OCHRONY ZDROWIA WYRAŹNIE

ZAŁAMUJE SIĘ POD CIĘŻAREM

DOTYCHCZASOWYCH PROBLEMÓW

SKONCENTROWANYCH W MNIJSZEJ

LICZBIE PLACÓWEK

no przewidzieć, czy uda się ją otwierać stopniowo, czy sama runie. Czy politycy, którzy latami nie odważyli się na niepopularne, choć konieczne podwyższenie składki zdrowotnej, odważą się teraz znieść tę tamę odpowiednio wcześniej w celu ratowania życia po epidemii? Przecież w ten sposób narażą się na zarzut, że uwolnili proces epidemiczny z jego skutkami, których liczba i spiętrzenie mogą przerosnąć najczarniejsze obawy.

Tama może jednak sama runąć pod naporem procesów społecznych, jeśli te wymkną się spod kontroli polityków, którzy myślą tylko, że je kontrolują. Tego politycy też się boją. Mogą się narażać na zarzut, że zablokowali gospodarkę i nie zapobiegli zawałowi w dziedzinie zdrowia publicznego.

Wypląszczenie – na jakim poziomie?

Najważniejszą rzeczą jest nie tylko samo wypląszczenie, ale jego oczekiwany poziom. Jaki będzie faktycznie i czy w ogóle do niego dojdzie? Chodzi o to, żeby krzywa się spłaszczyła i żeby poziom tego spłaszczenia mieścił się w ramach wydolności ochrony zdrowia. A z tym marzeniem jeszcze przed pierwszą falą epidemii zaczynamy się żegnać w zwykłych, niejednoimiennych szpitalach i w domach opieki. Istotne jest to, żeby każdy w razie ostrego przebiegu mógł liczyć na ratowanie życia – na respirator, i żeby zmarli nie czekali na ulicy. Równocześnie chcielibyśmy, żeby przy okazji walki z epidemią liczba ofiar wśród chorych przewlekłe (zawałowców, chorych onkologicznie) spowodowanych walką z koronawirusem nie przewyższyła liczby ofiar koronawirusa. Bo skądinąd wiadomo, że

normalnie bez COVID-19 umierało dziennie ok. 1000 osób. Tę liczbę ta walka może znakomicie powiększyć.

Wielka tama od połowy miesiąca działa i jest uszczelniona. Tymczasem system ochrony zdrowia wyraźnie załamuje się już teraz pod ciężarem problemów skoncentrowanych w mniejszej liczbie placówek. Gromadzenie wyposażenia ochronnego dla szpitali jednoimiennych przed falą epidemiczną konkuruje beznadziejnie z pilną potrzebą bieżącego uzupełnienia niedoborów w pozostałych szpitalach i placówkach typu DPS, gdzie z powodu braku zabezpieczeń i ogólnie wysoce niedostatecznego testowania tworzą się nowe niekontrolowane ogniska epidemii. Czy już nie jest tak, że szansa na wypląszczenie oddala się błyskawicznie? Czy już nie wiadomo, że jeśli nawet się uda, to poziom zachorowań przewyższy w najbliższych tygodniach wytrzymałość ochrony zdrowia ze wszystkimi tego konsekwencjami?

Skurczenie dotychczasowej ochrony zdrowia w mniejszej liczbie szpitali nie oznacza koncentracji zasobów w celu poradzenia sobie na bieżąco z poważniejszymi, lecz niezakaźnymi lub innymi zakaźnymi problemami zdrowotnymi. Nic podobnego, wszystkiego jest mniej, łącznie z lekarzami. Jest mniej miejsca. Pacjentów też mniej. Tak, mniej, ale w szpitalach. Pozostałych pacjentów pozostawiono z ich zdrowiem w domu. Tych będzie coraz więcej. Za chwilę dotknie nas lawina stanów ciężkich i zgonów. To może wyglądać gorzej niż epidemia.

Dużą część problemów, to prawda, załatwimy przez telefon, ujawniając pewną rezerwę systemową. Ale tu daje o sobie znać dramatyczny brak e-zdrowia z prawdziwego zdarzenia. Trudno sobie wyobrazić, co byłoby w czasach zarazy bez smartfonów, ale smartfon to jeszcze nie e-zdrowie. Lekarze nie mają wcale mniej pracy, lecząc przez telefon. Nie ubywa również przypadków nagłych, zagrażających życiu. Wręcz odwrotnie. Szpitale białe, niezakaźne, o których tu mowa, mogą załamać się pod tym ciężarem. Pogłębione niedobory wśród personelu, z którego część ulokowano na stałe w szpitalach jednoimiennych, powodują – bardziej niż było to wcześniej – gorączkową migrację niewystarczającej liczby lekarzy i pielęgniarek między oddziałami szpitalnymi, szpitalami i DPS-ami. To wraz z niewystarczającym testowaniem personelu otwiera szpitale przed wirusem. Wirus wyłącza oddziały i całe szpitale, wyłącza lekarzy. W tragicznej sytuacji znalazły się DPS-y. Do kolejnych włamuje się epidemia, ukazując ich tragiczny stan, jeśli chodzi o liczbę personelu. Dotąd brakowało personelu i pieniędzy na wszystko. Teraz widzimy miejsca pozostawione pod opieką jednej opadającej z sił pielęgniarki czy opiekunki.

Zapaść zarządcza na poziomie centralnym tłamsi dodatkowo

Mania centralizacyjna w ochronie zdrowia jest zło-wróźbna od lat, a od kilku szczególnie. Słyszeliśmy nawet

nie tak dawno, że łatwiej rządzić centralnie?! Efekty tych tendencji były odczuwalne już wcześniej. Tymczasem centrum traciło i straciło sterowność. Uzależnione od centrum szpitale i samorządy bombardowane są sprzecznymi instrukcjami. „Co jest największym problemem dla szpitali podczas pandemii? Po pierwsze, brak jednego, wiarygodnego źródła informacji na temat epidemii i jej zwalczania. Informacje płyną z Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Narodowego Funduszu Zdrowia, konsultantów krajowych i wojewódzkich. Niejednokrotnie są w części sprzeczne, a przecież na ich podstawie mamy dokonać zmian organizacyjnych” – mówił Janusz Atłachowicz, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu, w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”.

Wcześniej miało to charakter chaosu. Teraz nabiera znamion paniki.

Szpitala jednoimienne zamiast wybudowanych w dziesięć dni

Szpitala jednoimienne mają wziąć na siebie uderzenie epidemii, a potem nie wiadomo na jak długo unieść jej ciężar. Nie jesteśmy jednak nie tylko Duńczykami (cytuje niegdysiejszą „dewizę” CSIOZ w związku z P1), nie jesteśmy też Chińczykami – nie budujemy szpitali w dziesięć dni. Warunkiem sukcesu przyjętego rozwiązania byłoby konsekwentne testowanie na wejściu do szpitali niezakaźnych w celu ochrony personelu i utrzymania strefy wirusa w szpitalach jednoimiennych. To nie mogło się udać z powodu braku testów i laboratoriów (nawet wojskowych) – braku już na wstępie i wciąż jeszcze drastycznym obecnie, w trzeciej dekadzie epidemii. Co więcej, szpitale nie tylko nie miały rezerw materiałowych na wypadek epidemii, ale też nie wdrożyły rozwiązań organizacyjnych dostatecznie chroniących przed zakażeniami wewnątrzszpitalnymi.

To naprawdę może się nie udać! Może się nie udać również z powodu częstego braku oddziałów specjalistycznych w szpitalach jednoimiennych i choćby małych oddziałów zakaźnych w pozostałych szpitalach. „W szpitalach jednoimiennych brakuje wielu podstawowych oddziałów, które umożliwiłyby zaspokojenie złożonych potrzeb zdrowotnych pacjentów, co jest dużym problemem” – pisze prof. Simon w Newsletterze Termedii z 14 kwietnia 2020 r.

A Polski Plan Pandemiczny? Co się z nim dzieje? Gdzie on jest? Czy do czegoś się przydał?

Pytania dodatkowe

Pytania o liczbę przypadków bezobjawowych, a także ozdrowieńców, którzy już nie zarażają i najpewniej są uodpornieni, pozostają bez odpowiedzi. To tym bardziej ważne, że nie wiadomo, kiedy koronawirus dotarł do Polski, czyli od kiedy proces epidemiczny się zaczął i na jakim jest etapie. Dowiadujemy się, że pierwsze sygnały o przypadkach nietypowego przebiegu grypy po-

CO JEST NAJWIĘKSZYM PROBLEMEM DLA SZPITALI

PODCZAS PANDEMII?

PO PIERWSZE, BRAK JEDNEGO, WIARYGODNEGO

ŹRÓDŁA INFORMACJI NA TEMAT EPIDEMII

I JEJ ZWALCZANIA



W SZPITALACH JEDNOIMIENNYCH

BRAKUJE WIELU PODSTAWOWYCH ODDZIAŁÓW,

KTÓRE UMOŻLIWIŁYBY ZASPOKOJENIE

ZŁOŻONYCH POTRZEB ZDROWOTNYCH PACJENTÓW

jawiały się już w grudniu. W tej sytuacji przydałoby się testowanie odpowiednio dobranej losowej próby z całej populacji w celu ustalenia, na jakim etapie znajduje się proces epidemiczny. To można zrobić niezależnie od dyskusji o celu i możliwości testowania wszystkich.

Dialog, konsensus, prekonsultacje, zaufanie – co to znaczy?

Nie tylko nie gromadzono zasobów w postaci doświadczeń i dobrych praktyk konsultacyjnych, ale przeciwnie, pogłębiano ich dewastację. Procedury konsultacyjne na poziomie centralnym przybierają formy skandaliczne. Szczególnie smętne dowody tego dał nie tak dawno z bezradnym fatalizmem doświadczony parlamentarzysta i przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia na styczniowej konferencji Termedii. Procedowanie jest doświadczeniem żmudnym i traumatycznym, projekty nie są prekonsultowane, a efekty są za-

JEST KŁOPOT**Z HIERARCHIZACJĄ PROBLEMÓW,****USTALANIEM PRIORYTETÓW.****JEST KŁOPOT Z POCZUCIEM RZECZYWISTOŚCI,****Z POCZUCIEM ODPOWIEDZIALNOŚCI,****Z POLITYKĄ**

skakująco niezgodne z przyjętymi na wstępie celami. Przedstawiciel opozycji natomiast nawet nie odwołał się do leżącej pod ręką druzgocącej krytyki procedur konsultacji międzyresortowych przygotowanej w Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji prawie dziesięć lat temu. Pikanterii sprawie dodaje okoliczność, że ten panel zainicjował doskonały wykład na temat standardów prowadzenia i uzgadniania projektów strategicznych. Wykład wyraźnie odnosił się do nieefektywnego trybu budowania strategii i skandalicznych procedur legislacyjnych w Polsce z osławionymi konsultacjami międzyresortowymi. Tak się dzieje nawet wtedy, gdy nie ma złej woli czy konfliktu politycznego. Nie wystarczy nie przeszkadzać. Musi być inaczej. Wykład zignorowano.

Kompetentni nie tylko w oficjalnych strukturach

Przekonanie, że w Polsce radzimy sobie gorzej w sytuacjach normalnych, ale katastrofa nas mobilizuje, jest dość powszechne. Nie bardzo wiem, czy dostatecznie uzasadnione. Historia dostarcza jednak przykładów (droga do przełomu 1980/1990), że w momencie kryzysu, klęski i nieobecności lub bezradności instytucji publicznych pojawiają się kompetentni liderzy opinii czy eksperci – swego rodzaju sprawiedliwi, którzy znajdują formułę wzajemnej komunikacji, formułę spotkania i współpracy w poczuciu własnych kompetencji, odpowiedzialności oraz zaufania, którym się cieszą, żeby przygotować strategię w obliczu katastrofy. Strategię w katastrofie i po niej, nie oglądając się na oficjalne instytucje. Czasem są między nimi nawet ci, którzy oficjalnie uczestniczą bezradnie w niesprawnych instytucjach i nieskutecznych oficjalnych gremiach.

Może już jest takie grono na poziomie kraju, może są w miastach, regionach, powiatach. Przygotowują strategię wobec epidemii, z nią i po niej. Gotowi podjąć odpowiedzialność, gdy sytuacja zacznie wymykać się spod kontroli instytucji publicznych. To „może” wygląda na optymizm, ale...

Wiadomo, że oficjalne instytucje dialogu mają się źle i nie wypracowały efektywnych form działania. Przygotowanie kryzysowe jest prawie żadne

Decyzje polityków robią wrażenie podejmowanych w poczuciu, że od niechybnej klęski uratować może je-

dynie cud. Za późno zorientowano się, że epidemia jest naprawdę, że polityka też jest naprawdę i katastrofy też bywają, i to naprawdę. Stało się jasne, że do braku czasu dołączył brak wszystkiego. Słyszymy, że nikt nie spodziewał się epidemii. Doradca prezydenta i doradca szefa BBN dr hab. Andrzej Zybertowicz powiedział, że biuro informowało rząd o nadchodzącej epidemii, ale liczba różnych zagrożeń identyfikowanych przez biuro i komunikowanych rządowi oraz prezydentowi ma charakter wręcz lawinowy. Nie wiadomo, jak z tego korzystać. Epidemia mogła być w tej sytuacji i była jego zdaniem zaskoczeniem, a ostrzeżenia utknęły wśród innych niespełnionych zagrożeń. Jest więc kłopot z hierarchizacją problemów, ustalaniem priorytetów. Jest kłopot z poczuciem rzeczywistości, z poczuciem odpowiedzialności, z polityką.

Deklaracje dotyczące dialogu pomieszczone z zapewnieniami o chęci wysłuchania partnerów ze strony liderów na poziomie centralnym są absolutnie niewiarygodne wobec zignorowania kluczowych dokumentów i rekomendacji w tej dziedzinie. Przypominam, że swego czasu ówczesne Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji sformułowało druzgocącą krytykę metod konsultacyjnych na poziomie centralnym, co nie straciło aktualności: „ważne organizacje nie biorą udziału w formalnym procesie konsultacji, bo uważają to za nieskuteczne, a na skutek tego staje się on jeszcze mniej celowy”. Sformułowane w odpowiedzi „Siedem zasad konsultacji” nikogo nie interesowały i nie interesują. Późniejsze zastąpienie Komisji Trójstronnej Radą Dialogu Społecznego było w świetle znanych relacji uczestników niewiarygodnym aktem fasadowym. Dialog, konsultacje, konsensus, kompromis – to się miesza, choć każdy z tych terminów oznacza coś zupełnie innego i bardzo ważnego. Nie chodzi też o łaskę czy gest kurtuazyjny, lecz o poszukiwanie dobrych rozwiązań. Widomym znakiem niskiej kultury dialogu były nie tak dawne negocjacje ministra zdrowia z rezydentami oraz podchody wokół 6 proc. dla ochrony zdrowia.

Kompetentnych liderów i autorytetów nie brakuje – nie ma form i doświadczeń współpracy

Wiadomo, że oficjalne instytucje dialogu mają się źle i nie wypracowały efektywnych form działania. Przygotowanie kryzysowe jest prawie żadne. Nie zapewniliśmy sobie również niezwykle ważnego zasobu, wręcz krytycznego. Jest nim zdolność przekształcenia indywidualnych kompetencji w kompetencję społeczną – wypracowane formy współpracy formalnych i nieformalnych liderów systemu oraz jego autorytetów w ramach państwowych form instytucjonalnych, ale też poza nimi i niezależnie od nich.

Ta zdolność współpracy powinna być ćwiczoną od dawna kołem ratunkowym, obok zapasu respiratorów i maseczek. Czy mamy to koło?

Wiktor Górecki