



Fot. istockphoto.com

Jak przeszliśmy przez pandemię?

Od marca zmagamy się z COVID-19. Odpowiadając na tytułowe pytanie, nie można stwierdzić, że jest to czas, w którym „przeszliśmy przez pandemię” – ona nadal trwa i to we wszystkich regionach Polski. Mimo to już możemy spojrzeć na problem przez pryzmat krajowego systemu opieki zdrowotnej. Przykład koronawirusa pokazał, że sektor chorób zakaźnych to nadal istotny obszar medycyny, który będzie wymagał celowanych rozwiązań systemowych w czasach po epidemii.

System opieki zdrowotnej w naszym kraju jest zorientowany na działania krótkoterminowe i doraźne. Tymczasem ostatnie dekady pokazały, że co kilka lat świat zamiera w przerażeniu na wiadomość o pojawieniu się nowej, groźnej epidemii, która zbiera śmiertelne żniwo. Było tak w przypadku MERS, ptasiej grypy, potem tzw. świńskiej grypy A/H1N1, a ostatnio – choroby wywołanej przez wirusy ebola i zika. Nie wyciągnęliśmy wniosków z tych epidemii światowych, które szczęśliwie w Polsce nie wywołały większych strat zdrowotnych. Nie planujemy rozwiązań służących

walce z wysoce niebezpieczną chorobą w okresach pomiędzy epidemiami.

Na początku roku nikt się nie spodziewał, że wirus zaatakuje świat w takiej skali. Nie mówiono, że infekcja do nas nie dotrze, ale prawdziwy strach zapanował, gdy zobaczyliśmy, co się działo w Chinach. Kiedy infekcja SARS-CoV-2 pojawiła się we Włoszech, wszyscy już wiedzieli, że do nas też przyjdzie i trzeba się do tego przygotować. W ślad za innymi krajami Polska zastosowała lockdown, który w tamtym czasie był jedyną słuszną decyzją, bo w przypadku szerzącej

się epidemii przerwanie drogi transmisji wirusa jest najskuteczniejszą metodą walki z zakażeniem. Dość sprawnie zorganizowano transport i sprowadzono do kraju polskich obywateli z wielu rejonów świata, gdzie zastała ich pandemia. Od 4 marca wprowadzono w całej Polsce stan epidemiczny. Było to nowe rozwiązanie, którego nie znaliśmy. Trzeba było przeorganizować praktycznie wszystkie sektory opieki zdrowotnej, chociaż nie było na to czasu, bo do placówek medycznych zaczęły napływać niespotykane dotąd liczby pacjentów z ewidentnymi cechami COVID-19 lub przestraszonych możliwością zakażenia. Do walki z wirusem wyznaczono największe, wielospecjalistyczne szpitale wojewódzkie i szpital MSWiA jako centralny podmiot do przyjmowania chorych. Przekształcono je w szpitale jednoimienne, a Ministerstwo Zdrowia zleciło im zwalczanie COVID-19. To oznaczało, że dotychczasowe świadczenia zdrowotne, jakie w tych szpitalach realizowano, wstrzymano lub w znacznym stopniu zmniejszono. We wczesnym etapie epidemii trudno było o sprawne koordynowanie działań. O środki ochrony osobistej szpitale i poradnie musiały zadbać same, choć nie przyznano im na to specjalnych funduszy. Dopiero później, gdy samorządy uruchomiły fundusze europejskie, zaczęto kupować maski, fartuchy barierowe, sprzęt medyczny, respiratory itp. Śledząc aktywność w tym zakresie Mazowieckiego Urzędu Marszałkowskiego, muszę powiedzieć, że obecnie realizacja zamówień, zakupów oraz rozdzielanie sprzętu i środków ochrony odbywa się sprawnie. Dystrybucja odpowiedniego asortymentu do szpitali w województwie mazowieckim przebiega wzorowo i adekwatnie do potrzeb.

Początek epidemii to także czas niedostatku w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. Już wówczas było oczywiste, że potrzebne są centralne zakupy testów diagnostycznych, doposażenie istniejących laboratoriów oraz organizowanie nowych, o standardach wysokiego stopnia bezpieczeństwa. W tamtym czasie było ich w kraju bardzo mało. Zapanował chaos wokół testów i praktycznie nikt tego nie koordynował. Ekspertsi podkreślali, że jedyną wiarygodną metodą diagnozowania, zgodnie z rekomendacjami WHO i CDC, jest test genetyczny wykonywany techniką RT-PCR (ang. *real-time polymerase chain reaction*). Poza laboratorium w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny i kilkoma pracownikami z wysokiej klasy diagnostami praktycznie kraj nie dysponował wówczas żadną inną bazą. Podziwu godne są dokonania branży laboratoryjnej, która w ciągu 6 miesięcy rozwinęła się tak intensywnie, że obecnie jest w stanie wykonywać 30–50 tys. testów na dobę. Wymagało to dużych inwestycji, zakupu dodatkowego sprzętu, włączenia do diagnostyki sektora prywatnego, no i oczywiście centralnego zakupu testów. Chybnym pomysłem był zakup testów wykrywających przeciwciała anty-SARS w klasie IgG i IgM, choć eksperci

„We wczesnym etapie epidemii trudno było o sprawne koordynowanie działań. O środki ochrony osobistej szpitale i poradnie musiały zadbać same, choć nie przyznano im na to specjalnych funduszy”

wyraźnie podkreślali, że przeciwciała w przypadkach masowych zakażeń służą przede wszystkim do oceny epidemiologicznej i wskazują, czy osoba bez objawów faktycznie przebyła zakażenie SARS-CoV-2 i wytworzyła przeciwciała neutralizujące. Tego typu testy nie identyfikują ostrego zakażenia, zwłaszcza we wczesnej fazie, więc nie mają znaczenia diagnostycznego. Dodatkowy kłopot miały laboratoria, które nie były wyposażone w odpowiednie analizatory do badania przeciwciał, a testy pochodzenia koreańskiego dawały nierozstrzygujące wyniki, więc i tak musiały być potwierdzone badaniem RT-PCR.

Zachłysłeniśmy się teleporadami

Na przełomie maja i czerwca epidemia zaczęła nieznacznie przygasać, by ze zdwojoną siłą uderzyć na początku lipca. Szczególnie widoczne było to na Śląsku i w Małopolsce. Niektórzy analitycy zdrowia wiążą ten fakt ze zniesieniem przez rząd niektórych restrykcji sanitarnych, dopuszczeniem imprez publicznych, a także z wyjazdami wakacyjnymi i przesileniem odruchów społecznych u ludzi spragnionych normalnego życia.

Półroczna przerwa w regularnym funkcjonowaniu ochrony zdrowia spowodowana epidemią już teraz pokazała negatywne oblicze systemu. Zachłysłeniśmy się teleporadami i telewizytami po długim okresie stagnacji procesu elektronizacji w opiece medycznej. Tymczasem przestoje w pracy oddziałów szpitalnych, które realizowały własne świadczenia zdrowotne, wykazały dysfunkcję systemu, której ofiarą będzie niezdiagnozowany lub źle zdiagnozowany przez telefon pacjent. Chorzy skarżą się, że w wyniku pandemii nie mogą uzyskać porady specjalisty, że przesunęli się w kolejce oczekujących na operację i nowatorskie terapie. Pacjentów z innymi problemami niż COVID-19 zepchnięto na margines. Dla osób z chorobami przewlekłymi na razie nie ma żadnego planu. Przeniesienie chorego z problemem innym niż COVID-19 z jednego szpitala do innego graniczy z cudem. Nikt nie chce przyjmować nikogo, tłumacząc się brakiem wolnych łóżek oraz

„Lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni od pół roku funkcjonują w warunkach nienormalnych”



Fot. iStockphoto.com

„Tylko przy sprawnej koordynacji, dobrych decyzjach i zaangażowaniu pracowników medycznych we wszystkich sektorach będziemy mogli w sposób niespazmatyczny diagnozować i leczyć chorych i krok po kroku zmierzać do redukcji nowych zakażeń”

restrykcjami sanitarnymi, a także utratą pewnej części personelu, który podlega obowiązkowej kwarantannie lub izolacji domowej. Ta sytuacja wymaga pilnych rozwiązań centralnych.

Pracownikom medycznym podczas walki z COVID-19 dokucza jeszcze jedna rzecz – brak horyzontu epidemii. Ten horyzont to nie tylko zmniejszająca się liczba nowych przypadków. Widzimy, że Wielka Brytania, Niemcy, Włochy i inne kraje bardzo intensywnie przygotowują się do sytuacji, która może się pojawić jesienią. U nas takich intensywnych działań na razie nie widać. Mam na myśli regulacje i rozporządzenia wykonawcze dopasowane do sytuacji epidemiologicznej, które pozwolą nam jeszcze sprawniej, bez wysiłku organizacyjnego i kadrowego stawić czoło temu, co nas czeka. Tylko przy sprawnej koordynacji, dobrych

decyzjach i zaangażowaniu pracowników medycznych we wszystkich sektorach będziemy mogli w sposób niespazmatyczny diagnozować i leczyć chorych i krok po kroku zmierzać do redukcji nowych zakażeń. A mniej ludzi zakażonych to mniejsza transmisja wirusa w środowisku, dzięki czemu epidemia zacznie samoistnie wygasać. Nowy minister zdrowia ma plan zarządzania ryzykiem, liczenia kosztów, zysków i strat – na tej podstawie będzie opierał swoje decyzje. Podpisał niedoskonały dokument dotyczący zmiany uwarunkowań izolacji pacjenta z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 i uznał lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej za kluczowe ogniwo walki z epidemią. Nie można oceniać tych decyzji, dopóki nie zaczną funkcjonować w codziennej praktyce.

Ludzkie sprawy

Są jeszcze sprawy, które nie mieszczą się w żadnych ramach systemowych. To tzw. ludzkie sprawy. Lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni od pół roku funkcjonują w sytuacji nienormalnej. Muszą się codziennie poruszać w nietypowych warunkach, szczelnie odizolowani od świata zewnętrznego, ubrani w kombinezony, przyłbice i dwie pary rękawic. Muszą stawiać czoło zjawiskom niepospolitym. W tej sferze mieści się zarówno podziw dla ich odwagi i ciężkiej pracy, jak i samotność w odosobnieniu, lęk o najbliższych, bezsilność przy umieraniu chorych, którym nie można pomóc, i złość na anormalne życie. Oceny społeczne też bywają różne. Jedni stoją na balkonie i klaszczą, a inni przyklejają kartkę na drzwiach, że tutaj mieszka zakażona pielęgniarka. Frustrację medyków początkowo nasilała świadomość braku skutecznych leków na SARS-CoV-2, tak samo jak nieudane próby leczenia chlorochiną. Na szczęście w połowie lipca sytuacja się nieco poprawiła, gdy Europejska Agencja Leków zarejestrowała lek o przeciwwirusowym mechanizmie działania i dopuściła do stosowania u ludzi we wskazaniu klinicznym – COVID-19. Optymistycznie wyglądają badania nad izolacją przeciwciał odpornościowych pobieranych od ozdrowieńców i podawanych chorym w celach leczniczych. Prace nad szczepionką przeciwko SARS-CoV-2 trwają i są zaawansowane – prowadzi się próby na ludziach. Pomimo że Komisja Europejska toczy rozmowy w sprawie produkcji i zakupu szczepionek, to mało prawdopodobna wydaje się realizacja masowych szczepień jeszcze tej jesieni. Jako lekarz chorób zakaźnych, na podstawie doświadczeń z innymi infekcjami wirusowymi, większe nadzieje wiązałabym z lekami przeciwwirusowymi. Mamy przykład HIV czy HCV, gdzie wprowadzenie skutecznego leczenia ludzi zakażonych znacznie zredukowało liczbę nowych przypadków, a strategię długoterminowe zakładają eliminację tych zakażeń do 2030 r. W przypadku COVID-19 takiego horyzontu nie widać.

dr Grażyna Cholewińska
konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych