

Przygotowania organizacyjne do walki z pandemią COVID-19 na przykładzie szpitala uniwersyteckiego w Wielkiej Brytanii

Tomasz Torlinski

Department of Anaesthetics and Critical Care, Queen Elizabeth Hospital Birmingham, University Hospitals Birmingham NHS FT, UK

Odpowiadając na wspaniałą inicjatywę prof. Janusza Andresa i Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, chciałbym się podzielić naszymi doświadczeniami z przygotowań do walki, jak i samej walki z pandemią koronawirusa COVID-19 z perspektywy Wielkiej Brytanii.

Obecnie (stan na 03.04.2020 r.) w Wielkiej Brytanii liczba zdiagnozowanych chorych z COVID-19 przekroczyła 38 tysięcy, a w samej Anglii i Walii liczba chorych z COVID-19 na oddziałach intensywnej terapii przekroczyła 2200 [1]. Pokazuje to skalę problemu, z którym musimy się zmierzyć.

Zespół Szpitali Uniwersyteckich w Birmingham (UHB NHS FT) jest jedną z największych organizacji szpitalnych na terenie Wielkiej Brytanii, zapewniającą specjalistyczną opiekę zdrowotną w regionie West Midlands, a w szczególności w samym Birmingham, które jest drugim miastem co do wielkości w Anglii. Największym szpitalem w naszej organizacji jest Queen Elizabeth Hospital, w którym mam przyjemność pracować. Służy również jako narodowy szpital wojskowy (Royal Centre of Defensive Medicine), z dużym odsetkiem wojskowego personelu medycznego z doświadczeniem z walką z takimi epidemiami, jak np. ta wywołana wirusem Ebola. W czasach pokoju mamy możliwość zapewnienia opieki na oddziale intensywnej terapii prawie 100 pacjentom.

Na podstawie doświadczeń włoskich od początku było oczywiste, że jedyną szansą na zapewnienie intensywnej terapii wszystkim chorym wymagającym wentylacji jest istotne

zwiększenie w całym kraju liczby stanowisk na intensywnej terapii, nawet trzykrotnie. Oczywistym wyzwaniem jest nie tylko zapewnienie odpowiedniej ilości niezbędnego sprzętu, ale również, co nawet ważniejsze, personelu.

W całym kraju na początku marca zostały podjęte decyzje o zaniechaniu zabiegów planowych, co pozwoliło nam na zastosowanie aparatów do znieczulenia jako respiratorów. Ponieważ w Wielkiej Brytanii na każdej sali do znieczulenia są dwa aparaty (jeden na sali przygotowawczej, drugi na sali operacyjnej), w naszej instytucji przesunięcie sprzętu i łóżek na intensywną terapię natychmiast podwoiło liczbę stanowisk z respiratorami. Dokonano również zakupu dodatkowych respiratorów, które mają zostać niedługo dostarczone [2].

NHS England, koordynujący narodową odpowiedź na pandemię, wydał również rozporządzenie na temat standardów intensywnej terapii w czasie pandemii. Zakłada ono, iż w razie potrojenia liczby stanowisk intensywnej terapii jeden zespół lekarzy różnych specjalności, kierowany przez doświadczonego specjalistę intensywnej terapii, będzie zajmował się „sektorem” z 60 wentylowanymi chorymi [3]. W związku z tym podjęliśmy działania, by zwiększyć liczbę personelu dostępnego do pracy na intensywnej terapii. Szkolenie dodatkowego personelu przebiegało u nas dwutorowo: 1) szkolenie lekarzy i pielęgniarek, którzy mieli pewne doświadczenie na intensywnej terapii lub dyscyplinach pokrewnych, do pra-

Anestezjologia Intensywna Terapija
2020; 52, 3: 259–260

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Dr. Tomasz Torlinski, Department of Anaesthetics and Critical Care, Queen Elizabeth Hospital Birmingham, University Hospitals Birmingham NHS FT, UK, e-mail: tomasz.torlinski1@nhs.net

cy bezpośrednio przy łóżku chorego, oraz 2) stworzenie zespołów specjalistycznych wykonujących wyłącznie określone procedury, by odciążać lekarzy i pielęgniarki pracujące na OIT.

Szkolenie personelu, które mam przyjemność organizować, na początku dotyczyło anesteziologów niepracujących rutynowo na intensywnej terapii (a takich jest większość) oraz pielęgniarek anesteziologicznych i operacyjnych. Pozwoliło to w ciągu kilku dni podwoić liczbę dostępnego specjalistycznego personelu. Rozpoczęliśmy również szkolenie lekarzy z innych dyscyplin, mających uprzednie doświadczenie z intensywnej terapii ze staży specjalizacyjnych (kardiologia, neurochirurgia, pulmonologia, choroby wewnętrzne itd.), do ponownej pracy na oddziale w charakterze młodszego asystenta (SHO).

Z kolei pozostali lekarze, niemający żadnego doświadczenia w pracy na intensywnej terapii, zostali poproszeni o odciążenie personelu OIT i stworzenie zespołów wspomagających, wykonujących tracheostomie, zakładających centralne dostępy dożylnie czy też przekładających co najmniej kilkunastu chorych dziennie, by wentylować ich w pozycji na brzuchu.

Stworzyliśmy również dwa dodatkowe całodobowe zespoły specjalistyczne CAT i CIT (odpowiednio COVID Assessment Team i COVID Intubating Team), w skład których wchodzi doświadczeni specjaliści w anesteziologii i intensywnej terapii [3]. Zespół CAT przyjmuje zgłoszenia na konsultację, by ocenić i zakwalifikować chorych zgodnie z narodowymi wytycznymi, a zespół CIT zajmuje się wyłącznie intubacjami pacjentów skierowanych na intensywną terapię, z zachowaniem pełnych środków ostrożności. Chorzy przyjeżdżają na OIT już zain-tubowani.

W odróżnieniu od innych krajów, gdzie stworzono szpitale jednoimienne zakaźne, w Wielkiej Brytanii od początku była podjęta decyzja, że obciążenie pracą we wszystkich szpitalach, w tym na wszystkich OIT, musi być w miarę równomierne. Ma to zapobiec sytuacji, w której chorzy kwalifikowali-

by się do leczenia, a w danej jednostce nie byłoby dla nich miejsca. W naszej sytuacji jest to koordynowane na poziomie strategicznym całego zespołu czterech szpitali klinicznych, umożliwiając codzienne przesyłanie czy to chorych, czy to personelu pomiędzy jednostkami, by zapewnić niezbędną przepustowość systemu [3].

W związku z przesunięciem wielu lekarzy z ich codziennych miejsc pracy do pracy przy chorych z COVID-19 uczelnie medyczne w całym kraju podjęły decyzję, by studenci ostatniego roku medycyny, którzy już spełnili kryteria wystarczające do uzyskania dyplomu, uzyskali takie uprawnienia w trybie natychmiastowym. W ciągu następnych kilku dni nowi absolwenci uzyskują prawa wykonywania zawodu. Pozwoli to w kilka następnych tygodni zdecydowanie zwiększyć liczbę młodych lekarzy na oddziałach, by zmniejszyć nagłe niedobory kadrowe.

Pandemia nie skończy się za tydzień czy dwa, dlatego kolejną rzeczą, na którą położyliśmy bezwzględny nacisk, było bezpieczeństwo i dobrostan personelu, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i grupowym. Dotyczy to zapewnienia właściwych środków ochrony osobistej, wytycznych skutecznego i jednocześnie bezpiecznego leczenia chorych, jak i wsparcia duchowego.

Oprócz samego zapewnienia środków ochrony osobistej, kluczowe jest ich prawidłowe użytkowanie. W przeciwnym razie może to paradoksalnie nawet zwiększyć ryzyko zakażenia. W tym celu przy każdej stacji, gdzie zakłada i zdejmuje się ubiór ochronny, ulokowano osoby nadzorujące, których jedynym zadaniem jest pilnowanie, by ten proces zachodził powoli, pojedynczo i dokładnie według procedur. Na początku i na końcu zmian liczba tych osób jest zwiększana, by zapewnić przepustowość posterunków.

Z doświadczeń poprzednich epidemii było wiadomo, że utrzymanie 24-godzinnej systemu dyżurowego przy pracy w środkach ochrony osobistej (PPE) jest nierealne i należy wdrożyć 12-godzinny system zmianowy.

Ponieważ praca w nowych warunkach jest bardzo fizycznie wyczerpująca i stresująca, stworzyliśmy poza oddziałem dodatkowy „cichy” pokój do odpoczynku, by można było choć na chwilę odetchnąć, unikając rozgardiaszu panującego w dyżurkach.

Obecnie większość bezpośredniej opieki medycznej na COVID-OIT jest zapewniona przez nie-intensywiistów. W związku z tym opieka i leczenie medyczne zostały ściśle oparte na protokołach i wytycznych towarzystw naukowych, NHS England i zaleceniach Surviving Sepsis Guidelines for COVID-19, które są dostępne również w języku polskim. Ciągła obecność w każdym sektorze OIT specjaliści intensywnej terapii pozwala rozwiązać wątpliwości naszych nowych współpracowników [2].

Nowy protokół resuscytacji został w całości oparty na wytycznych RC UK, uwzględniając rekomendację, iż reanimację chorego z podejrzeniem COVID-19 można rozpocząć tylko po założeniu środków ochrony osobistej. Wymagało to natychmiastowego przeszkolenia personelu całego szpitala, by rozwiązać wątpliwości, które się natychmiast pojawiły [5].

Wyżej opisane działania pozwoliły nam aktualnie zapewnić w miarę bezproblemowe funkcjonowanie oddziału w pełnych warunkach pandemii już przez ponad dwa tygodnie, choć wiemy, że to dopiero początek drogi.

PODZIĘKOWANIA

1. Źródła finansowania: brak.
2. Konflikt interesów: brak.

PIŚMIENNICTWO

1. <https://www.icnarc.org/About/Latest-News/2020/04/03/Report-On-2204-Patients-Critically-Ill-With-Covid-19> (Accessed: 6.04.2020).
2. <https://icmanaesthesiacovid-19.org/clinical-guidance> (Accessed: 6.04.2020).
3. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0087-specialty-guide-critical-care-standard-operating-procedure-and-coronavirus-v1-28-march.pdf> (Accessed: 6.04.2020).
4. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159> (Accessed: 6.04.2020).
5. <https://www.resus.org.uk/media/statements/resuscitation-council-uk-statements-on-covid-19-coronavirus-cpr-and-resuscitation/covid-healthcare-resources/> (Accessed: 6.04.2020).