

Czy zdaliśmy egzamin z pandemii?



Fot. iStockphoto.com

Pandemia koronawirusa trwa na dobre, ale sytuacja epidemiologiczna przestała nas już przerażać. Mamy większą wiedzę o wirusie i skuteczniej leczymy COVID-19. Oczywiście sukcesem byłoby całkowite wyeradykowanie patogenu, ale na to zdaniem specjalistów jeszcze musimy poczekać. Po pół roku trudnej walki, wielu sukcesach i porażkach przyszedł czas na bilans i odpowiedź na pytanie, co udało się osiągnąć i jakie popełniono błędy.

Kilka miesięcy wystarczyło, żeby przyzwyczać się do obecności koronawirusa. Chcąc nie chcąc, nauczyliśmy się żyć w nowej rzeczywistości, wierząc, że wkrótce wirus odpuści, że pojawi się szczepionka, że odzyskamy wyczekiwaną swobodę. System ochrony zdrowia radzi sobie także coraz lepiej, mniej osób umiera na COVID-19, mamy coraz więcej ozdrowieńców. Czy jednak to wystarczy, by spocząć na laurach, zwłaszcza w perspektywie zbliżającego się sezonu jesienno-zimowego i nasilenia innych infekcji wirusowych?

Ile wiemy o wirusie?

Potwierdziło się to, co wiedzieliśmy od początku: że podstawowe formy zabezpieczenia – maseczka plus gogle czy przyłbica, zachowanie dystansu i higiena rąk

– są kluczowe w hamowaniu transmisji wirusa. Wiemy już na pewno, że koronawirus nie jest wirusem sezonowym i że do jego transmisji dochodzi głównie drogą kropelkowo-aerozolową. Co wiemy jeszcze?

– *W marcu nie wiedzieliśmy o koronawirusie praktycznie nic. Jedynie to, co we wstępnych raportach przekazywali nam Chińczycy, a te dane były dramatyczne – 5-procentowa śmiertelność w Wuban spowodowała globalne przerażenie. Od tego czasu wiele informacji zweryfikowało życie, poznaliśmy mechanizmy odpowiadające za patogenność oraz za zwalczanie tej infekcji w naszym układzie odpornościowym. Obecnie nie mówimy już wyłącznie o odporności humoralnej, czyli przeciwciałach, ale głównie o odporności komórkowej – o pamięci immunologicznej. Poza tym nastąpiła kolosalna zmiana metod leczenia. Pierwsze miesiące to był*



PAP/Bartłomiej Zborowski

dr Paweł Grzesiowski: Jeżeli będziemy mieli 1000 zachorowań dziennie i 100 osób trafi do szpitala, to w ciągu 2 tygodni zablokujemy większość łóżek zakaźnych, a po kilku tygodniach niekontrolowanego wzrostu zabraknie łóżek na intensywnej terapii

tak naprawdę wielki eksperyment, podawanie leków przeciwmalarycznych, leków przeciwko HIV i niesprawdzonych preparatów przeciwko grypie – mówi dr Paweł Grzesiowski, immunolog, prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń.

– Jest to wirus szczególnie niebezpieczny dla pewnej grupy, czyli osób starszych i z wielochorobowością. W warunkach polskich jest to 9,5 mln ludzi. Pozostałe 30 mln, poza incydentalnymi przypadkami, nie zachoruje, a jeśli nawet, to banalnie. Osoby takie mogą jednak przenosić infekcję na pacjentów z obciążeniami. Wiemy też, że do zakażeń dochodzi wszędzie tam, gdzie jest zagęszczenie ludzi, czyli w szpitalach, DPS-ach, zakonach, na weselach, pogrzebach. Nie odnotowaliśmy natomiast większych zakażeń podczas imprez sportowych. Być może dlatego, że odbywają się na otwartych stadionach albo po prostu ludzie są młodszy i choroba nie objawia się u nich klinicznie. Mamy też nowe metody leczenia – lepsze, choć nie idealne. Zdecydowanie zmniejszyła się liczba osób, które dobiegają do stanu bardzo ciężkiego i muszą być kierowane na reanimację. Ministerstwo Zdrowia przekazuje już w miarę wiarygodne dane. Testujemy teraz tylko pacjentów objawowych, a nie jak wcześniej, kiedy łączyliśmy wyniki bezobjawowych z objawowymi. Minusem tej sytuacji jest to, że nadal ludzie się zakażają i chorują, przy czym niektórzy bardzo ciężko, co prowadzi do zgonów. Plusem natomiast jest to, że im więcej osób jest zakażonych bezobjawowo, tym ryzyko transmisji wirusa i zakażenia jest mniejsze, ponieważ stanowią one pewien blok w jego szerzeniu. Jednak na jak długo? Tego nie wiadomo – komentuje prof. Krzysztof Simon, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Naczelnym epidemiologiem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu prof. Jarosław Drobniak uważa, że udało nam się dokładnie ocenić okres inkubacji, dlatego możliwa była zgoda, żeby kwarantanna u osób bez objawów i izolowanych kończyła się po 10 dniach, a nie tak jak do tej pory po 14. Wynika to z obserwacji, że prawdopodobnie u osób zakażonych wirusem buduje się przez pierwsze 5–7 dni. Poza tym mamy już większą pewność, że wirus nie jest groźny dla dzieci, a im dziecko młodsze, tym mniejsze ryzyko zakażenia.

Na jakim etapie epidemii jesteśmy?

Niestety specjaliści nie mają wątpliwości, że ciągle znajdujemy się na początku epidemii. Przed nami jesz-

cze długa droga i dopóki nie pojawi się skuteczny lek oraz szczepionka, musimy być czujni.

– Jesteśmy cały czas na tym samym etapie. Niektórzy mówią, że może jesteśmy przed drugą falą, ja natomiast uważam, że w Polsce nie było i nie będzie drugiej fali. Raczej będziemy mieli ślizganie się na tej samej fali z drobnymi wahaniami – raz w górę, raz w dół. Początkowo epidemia posuwała się krocząco, potem się ustabilizowała przez kilka, kilkanaście tygodni na poziomie 300 zachorowań, by następnie przez nieodpowiedzialne wypowiedzi różnych polityków, które wzbudziły przeświadczenie wśród społeczeństwa, że epidemia się skończyła, doszło do drugiego etapu – 900 zachorowań i wzrost utrzymuje się na tym samym poziomie. Myślę, że na razie sytuacja jest stabilna, ale oczywiście nadal musimy być bardzo ostrożni – komentuje prof. Jarosław Drobniak.

– Badania lokalne przeprowadzone w Warszawie, Krakowie czy w Gdańsku wykazują, że obecność przeciwciał w wybranych populacjach wynosi 3–5 proc. Oznacza to, że z jednej strony jesteśmy absolutnie na samym początku epidemii, a z drugiej niedoszacowanie rzeczywistej liczby przypadków jest 20–30-krotne. Patrząc na krzywą zachorowań, niezależnie od liczby wykonywanych testów, mamy jednak co najmniej 10 razy mniej wykrytych przypadków niż kraje Europy Zachodniej, co zresztą widać po liczbie zgonów na milion mieszkańców, których też jest 10 razy mniej. Cały czas obserwujemy pozytywne efekty głębokiego lockdownu, który był w marcu i kwietniu, kiedy ludzie zamknęli się w domach i przestali się komunikować. Epidemie mają to do siebie, że jeśli na początku zmniejszy się „masę krytyczną” pierwszych chorych, to potem na długi czas fala epidemiczna pozostaje wytluszczona. Ale nie na zawsze. Zagrożeniem jest dla nas to, że w związku z relatywnie dobrą sytuacją ludzie zaczynają wątpić w pandemię. Być może łatwiej byłoby o dyscyplinę – przepraszam, że tak mówię sarkastycznie – gdyby w marcu przygniotło nas jak Włochów. Wtedy nikt nie bagatelizowałby wirusa i nie robił demonstracji antyepidemicznych – ostrzega dr Paweł Grzesiowski.

– Wszelkie badania populacyjne określające, ile osób ma przeciwciała, są bardzo niedokładne. Typowy pacjent z COVID-19 ma objawy chorobowe, wirus dość szybko zanika, w 10–15 dni, a potem pojawiają się przeciwciała, które nie wiadomo, jak długo będą trwały. Zdarzają się jednak różne sytuacje. Czasem pacjent ma dodatni wynik testu PCR, objawy kliniczne, a przeciwciała się u niego nie pojawiają. Mamy również osoby, które mają objawy kliniczne,

prof. Krzysztof Simon: *Pojawiały się głosy, że maski nie są potrzebne, a cała epidemia to „spisek i ściema”. Tymczasem wszyscy musimy pamiętać o wspólnym interesie społecznym, o tym, że mamy obowiązek chronić wiele milionów ludzi i blokować szerzenie się wirusa*



Fot. Termedia

wynik PCR jest ujemny, a przeciwciała wychodzą dodatnio. Są też sytuacje, kiedy objawy kliniczne wskazują na infekcję COVID-19, wynik PCR jest ujemny i nie ma przeciwciał. Jak widać, możliwości interpretacyjnych i przypadków jest bardzo wiele – mówi prof. Krzysztof Simon.

Czy szpitale radzą sobie z pandemią?

Epidemia koronawirusa była zaskoczeniem. Zwłaszcza dla zupełnie do niej nieprzygotowanej ochrony zdrowia. Początkowo w szpitalach brakowało wszystkiego: środków ochrony osobistej, specjalistycznego sprzętu ratującego życie, procedur związanych z przyjmowaniem pacjentów i zapewnieniem bezpieczeństwa zarówno pacjentom, jak i personelowi medycznemu.

– Każdy szpital wypracował własne procedury związane z ochroną personelu i pacjentów. Jeżeli coś się dzieje i dochodzi do zakażenia, najczęściej jest to błąd ludzki, błędne założenie, że jeśli nie mieliśmy przypadków, prawdopodobnie wirus nas nie dotyczy. Poziom bezpieczeństwa zależy od tego, czy szpitale przeprowadzają testy w ramach przyjęć planowych, czy mają możliwość izolacji przez kilka, kilkanaście godzin pacjentów, którzy są przyjmowani na ostry dyżur i wymagają natychmiastowego wykonania procedur medycznych. Jeśli te możliwości są, poziom bezpieczeństwa jest większy. Nie jesteśmy jednak w stanie wykluczyć, że trafimy na pacjenta bez objawów zakażonego koronawirusem. Również częstsze testowanie personelu pozwala na wylapanie ryzykownych sytuacji. W moim szpitalu każdy pacjent przyjmowany planowo jest badany, więc istnieje duże prawdopodobieństwo stwierdzenia, czy jest zakażony. Podobnie z personelem, który jest okresowo testowany – relacjonuje prof. Jarosław Drobniak.

– W marcu czy kwietniu szpitalom brakowało praktycznie wszystkiego, bo przecież nikt, nie tylko w Polsce, nie robił zapasów środków ochrony indywidualnej czy środków do dezynfekcji. Myślę, że na tle innych państw nie wypadliśmy lepiej ani gorzej. W pierwszych tygodniach zakażenia dotyczyły ok. 20 proc. pracowników medycznych. Szybkie wprowadzenie głębokiego lockdownu spowodowało ograniczenie liczby zachorowań, dzięki czemu nie mieliśmy zalewu ciężko chorych w szpitalach, bo gdyby do tego doszło, to byłaby rzeczywistość tragedia. Na lockdownie bardzo dużo skorzystaliśmy, mieliśmy mało pacjentów w szpitalach, w związku z tym jakoś przetrwaliśmy okres braku środków ochrony. W szpitalach, w których ja pracuję, cały czas jesteśmy w maseczkach, natomiast wiem, że w innych placówkach nie zawsze się tego przestrzega – komentuje dr Paweł Grzesiowski.

Profesor Krzysztof Simon uważa, że w każdym szpitalu powinien być taki filtr – pododdział, na którym testowano by przyjmowanych pacjentów. – Tylko w ciągu ostatnich dwóch dni przenieśliśmy z jednego szpitala 17 osób z powodu lekceważenia podstawowych zasad bezpieczeństwa personelu i wpuszczania osób z objawami z personelu na oddział internistyczny, a właściwie geriatryczny. Doprowadziło to do dramatycznej sytuacji, w konsekwencji już dwie osoby nie żyją. A dziś z tego samego szpitalnego ogniska kolejne pięć – mówi.

Gotowi na wzrost zachorowań?

Największy niepokój budzi niekontrolowany wzrost zakażeń wynikający z rozluźniania zaostżeń sanitarnych i coraz większego lekceważenia zaleceń epidemiologów przez społeczeństwo. Może to doprowadzić do dramatycznej sytuacji, w której na oddziałach intensywnej terapii zabraknie wolnych łóżek.

– Jeśli dojdzie do wzrostu zakażeń, może nastąpić ograniczenie dostępu do lecznictwa stacjonarnego w związku z brakiem w szpitalach izolatek z prawdziwego zdarzenia, które mają służyć, podciśnienie, węzły sanitarne itd. Jeśli dodatkowo nie uda się przesłać wszystkich pacjentów na obszarze POZ i na SOR-ach w kontekście rozróżnienia koronawirusa od innych infekcji górnych dróg oddechowych czy generalnie infekcji wirusowych, będziemy mieli wzrost zachorowań, a pacjenci zostaną skierowani na SOR-y, które będą przepełnione – przestrzega prof. Jarosław Drobniak.

– Drugą falę epidemii będziemy oglądać dopiero za rok, może dwa. Natomiast pierwsza fala powraca, wystarczy zobaczyć, co się dzieje w tej chwili we Francji, w Czechach, Hiszpanii, Izraelu. Pamiętajmy, że epidemia rządzi się swoimi prawami i druga fala przychodzi po tym, jak zarazi się co najmniej 30–50 proc. populacji, przy czym w większości krajów jest to średnio 10 proc., a maksymalnie 20 proc. Jeżeli będziemy mieli 1000 zachorowań dziennie i 100 osób trafi do szpitala, to w ciągu 2 tygodni zablokujemy większość łóżek zakaźnych, a po kilku tygodniach niekontrolowanego wzrostu zabraknie łóżek na intensywnej terapii. Dlatego cały czas musimy spowalniać pierwszą falę, żeby wirus nie dotarł do populacji ryzyka, żeby ludzie nie umierali w oczekiwaniu na podłączenie do tlenu, tak jak to było w Chinach czy we Włoszech – mówi dr Paweł Grzesiowski.

– Przy obecnej skali zachorowań jakoś funkcjonujemy, jeśli jednak nastąpi gwałtowny wzrost, możemy mieć duży problem. Nadal nie mamy przecież dobrych leków ani



Fot. Termedia

prof. Jarosław Drobnik: Epidemia pokazała skalę niedofinansowania, niedobory kadrowe, problemy decyzyjne, brak strategicznego sposobu zarządzania. To, że system ochrony zdrowia w ogóle funkcjonuje, jest wynikiem wysiłku osób, które operacyjnie nim zarządzają i które w nim pracują

szczepionki. Warto wspomnieć, że początkowe objawy grypy i COVID-19 są nie do odróżnienia. I tu pojawia się zadanie dla lekarzy rodzinnych, którzy powinni kierować do szpitala na podstawie konsultacji telefonicznej tylko te osoby, u których objawy z dużym prawdopodobieństwem wskazują na COVID-19, bo inaczej szpitale nie wytrzymają takiego obciążenia – dodaje prof. Krzysztof Simon. Pozostali pacjenci muszą być jednak osobiście zbadani przez lekarzy POZ, gdyż przyczyn tylko gorączki czy tylko duszności, czy tylko kaszlu są tysiące, a niestety przypadki kierowania do izb przyjęć szpitali zakaźnych bez badania są notoryczne.

Czy wirus stał się łagodniejszy?

W Polsce potwierdzono 75 134 przypadki koronawirusa, 61 548 osób wyzdrowiało, zmarło 2227 (stan z 15 września). W kwietniu odnotowano 611 zgonów na COVID-19, natomiast w pierwszych dwóch tygodniach września zmarły 24 osoby. Spadek śmiertelności jest widoczny.

– Ewolucja epidemii zawsze przebiega w taki sposób, że najpierw jest pierwszy strzał, który wyłapuje najstarszych, następnie ludzie uczą się, jak należy się chronić. Ponieważ na początku nie wiedzieliśmy, jaka jest siła oddziaływania wirusa, jakie są drogi jego transmisji, kogo lubi wybierać, trudno było chronić bardziej narażone grupy pacjentów, co przekładało się na więcej zgonów. Dziś wiemy już, jak leczyć osoby w stanie zagrożenia życia. Mamy postęp w zakresie opieki nad nimi. Jest wiele czynników wpływających na to, że sytuacja się stabilizuje, choć pewnie jeszcze przed nami wiele tygodni, może nawet miesięcy – uważa prof. Jarosław Drobnik.

– Badania mutacji wskazują, że SARS-CoV-2 relatywnie wolno mutuje. Odkryto mutację D614G potwierdzającą, że łatwiej przenosi się on między ludźmi, czyli mamy większą zakaźność, ale z pewnością nie można powiedzieć, że wirus złagodniał. Na tym polega cały urok epidemiologii, że jeżeli się nie bierze pod uwagę czynników demograficznych, to może się wydawać, że epidemia łagodnieje. Jeśli jednak policzymy śmiertelność w poszczególnych grupach wiekowych, to okaże się, że nic się nie zmieniło – nadal największa procentowo jest umieralność w grupie osób po 60. roku życia. Jednak w tej chwili one nie stanowią już większości chorych, lecz ludzie młodzi, chorujący bezobjawowo lub skąpoobjawowo, którzy nie umierają. Można powiedzieć, że rozcieńczamy śmiertelność, ale faktycznie jej nie zmniejszamy. Bez wątpie-

nia poprawiają się wyniki leczenia, mamy remdesiwir i deksametazon, które zwiększyły efektywność terapii co najmniej o 30 proc. – mówi dr Paweł Grzesiowski.

– Są badania wskazujące, że mutacji jest mało, chociaż na pewno jest to zupełnie inny szczep niż na początku roku. Generalnie mamy więcej zakażonych, ale zdecydowanie mniej przypadków ciężkiego przebiegu, poza pacjentami z grupy ryzyka. Nie wiem, co będzie dalej, kiedy dojdzie do nałożenia się COVID-19 i grypy. To nie jest dobry scenariusz dla osób z obniżoną odpornością na sezon jesienno-zimowy. Mam jednak nadzieję, że chociaż część społeczeństwa się zaszczepi i że będą szczepionki. Niestety docierają do mnie niepokojące informacje, że szczepionek znowu będzie niewiele, bo jak zwykle spóźniliśmy się z zamówieniami – dodaje prof. Krzysztof Simon.

Czy rząd zdał egzamin?

Zdaniem prof. Jarosława Drobnika państwo zdało egzamin, zwłaszcza w pierwszym okresie epidemii. – Oczywiście przy pewnych mankamentach, takich jak choćby brak wystarczającej ilości środków ochrony osobistej. Za słuszną decyzję uważam wprowadzenie lockdownu, który był konieczny dla oceny sytuacji i wyciągnięcia wniosków. Niektóre późniejsze decyzje uważam natomiast za mocno niespójne i nie do końca logiczne. Byłem na przykład zdania, że po zdjęciu lockdownu dzieci powinny trafić do szkoły nie od września, ale z końcem maja – początkiem czerwca. Poziom zachorowań nie był wtedy taki duży i nawet jeśli doszłoby do jego wzrostu, zbliżał się koniec roku szkolnego, okres wakacji i ten czas nie zostałby zaprzepaszczone. Poza tym wybory i interes polityczny sprawiły, że umówiono ludziom, że epidemia przestaje być groźna i nie musimy się jej bać. Wielu polityków wypowiadało się wówczas bardzo nieodpowiedzialnie, a ludzie tylko na to czekali. Również dopuszczenie wesel nie było logiczne. Wiadomo, że dochodzi tam do specyficznych kontaktów między ludźmi, przez co ryzyko zakażeń jest duże. Z kolei ograniczanie lotów samolotem uważam za bezsensowne, dlatego że ich organizacja jest bardzo bezpieczna. Za błąd uważam też wejście w rozproszony model w lecznictwie stacjonarnym, co w moim odczuciu się zemści – ocenia ekspert.

– Porównam strategię rządu do sztafety. Kiedy zaczął się COVID-19, wydawało się, że pałeczkę w Ministerstwie Zdrowia trzyma osoba, która jest doświadczona i dobrze biegnie. Do maja ta ekipa utrzymywała tempo, potem nagle

osłabła i zgubiła pateczkę. Tak naprawdę od maja do lipca nic się nie działo, a bieg zamienił się w jakiś spacer bez maseczek, bo wszystkie siły i środki zaangażowano w wybory. Potem, w sierpniu pateczka została przekazana nowemu zawodnikowi i zaczęło się znów przyspieszenie. Ten zawodnik z całą energią biegnie do przodu, nie do końca wie, który tor jest właściwy, ale wreszcie coś się dzieje. Nie znaczy to, że decyzje nie są pozbawione wad. Lepsze jest jednak takie działanie niż żadne. Jeśli się jest otwartym na opinie ekspertów, każdy błąd można naprawić. Pewnie kiedyś historia rozliczy tych, którzy podłączyli pandemię pod politykę, a Ministerstwo Zdrowia zamienili w ministerstwo wyborów, które starało się nas przekonać, że wirusa już nie ma – komentuje dr Paweł Grzesiowski.

– Opowiadanie ludziom, że jest ileś tysięcy zakaźników, tysiące łóżek na oddziałach zakaźnych, to było niepotrzebne opowiadanie nieprawdy. Zapomniano dodać, że są one w starych obiektach z jednym podejściem do tlenu w sali, do tego gdy w czteroosobowej sali leży osoba z podejrzeniem COVID-19, to nie można tam położyć nikogo więcej do czasu wyjaśnienia jej statusu epidemiologicznego. W związku z tym liczbę 3 tys. łóżek, o których mówiono, trzeba zmniejszyć o połowę albo o dwie trzecie. A liczba czynnych zakaźników to realnie sześćset kilkadziesiąt osób. Już pod koniec działalności pana Szumowskiego w różnych jego wypowiedziach słyszeliśmy, że jesteśmy prymusem, zwyciężyliśmy w Europie wirusa. To trochę przypominało cyrk. Pojawiały się też głosy, że maski nie są potrzebne, a cała epidemia to „spisek i ściema”. Tymczasem wszyscy musimy pamiętać o wspólnym interesie społecznym, o tym, że mamy obowiązek chronić wiele milionów ludzi i blokować szerzenie się wirusa. Kiedyś ludzie nie mieli takich wątpliwości jak dziś, czy nosić maseczki. Widziałem takie ogłoszenie z 1918 r. z Krakowa, które mi przysłał znajomy profesor. Było tam napisane, że jest epidemia grypy, że należy używać maski, myć ręce i utrzymywać dystans. Nikomu wtedy nie przyszło do głowy mówić, że ktoś narusza czyjąś intymność – opowiada prof. Krzysztof Simon.

Czy mamy kryzys systemu ochrony zdrowia?

– Do tej pory dominowała filozofia, że jakoś to będzie, oni jakoś sobie poradzą. A jeśli nie będą sobie radzili, to zawsze można ich szantażować etyką, moralnością, misją. I tak do tej pory to funkcjonowało. Natomiast epidemia pokazała skalę niedofinansowania, niedobory kadrowe, problemy decyzyjne, brak strategicznego sposobu zarządzania. To, że ten system w ogóle funkcjonuje, jest wynikiem wysiłku osób, które operacyjnie nim zarządzają i które w nim pracują. Zaczynając od sprzątaczk, a kończąc na profesorze i dyrektorze szpitala – komentuje prof. Jarosław Drobnik.

– Kryzys mamy od lat, tylko jesteśmy w różnych jego fazach. Brakuje lekarzy, pielęgniarek, pieniędzy – wszystkiego. Dodatkowo epidemia spowodowała koszmarnie straty w systemie, nie wykonano setek tysięcy zabiegów, hospitalizacji, ludzie przerwali leczenie. Wiele szpitali zawiesiło na kilka miesięcy planową działalność. Myślę, że w tej chwili

„Epidemia koronawirusa była zaskoczeniem. Zwłaszcza dla zupełnie do niej nieprzygotowanej ochrony zdrowia. Początkowo w szpitalach brakowało wszystkiego: środków ochrony osobistej, specjalistycznego sprzętu ratującego życie, procedur związanych z przyjmowaniem pacjentów i zapewnieniem bezpieczeństwa zarówno pacjentom, jak i personelowi medycznemu”

w ochronie zdrowia jest większy dół niż kiedykolwiek. Dodatkowo ogromnym problemem jest utrata zaufania pacjentów do POZ i szpitali. Co z tego, że lekarz POZ wystawia kartę DILO – szybkiej diagnostyki nowotworowej, skoro pacjent boi się zgłosić do szpitala? Niektórzy lekarze ograniczają się do teleporad, ale przejście na elektroniczną formę kontaktu z pacjentem spowodowało, że na lekarzy rodzinnych wylała się fala hejtu, choć wielu z nich pracuje dobrze. Myślę, że mamy ogromny kryzys i jest gorzej niż kiedykolwiek – mówi dr Paweł Grzesiowski.

Zdaniem prof. Krzysztofa Simona sanepid jest na granicy wydolności, podobnie jak zakaźnictwo: – Na świecie żyje 7 mld ludzi, za chwilę będzie ich 8 mld. Takie zagęszczenie sprzyja szerzeniu się epidemii. Pojawiają się też dziwne choroby, których nie znamy. Musi wobec tego nastąpić dofinansowanie ochrony zdrowia, istnieje pilna potrzeba budowy nowych oddziałów lub modernizacji już istniejących dla narastającej liczby chorych przewlekłe, także zakaźnie – ich jest coraz więcej. Konieczne wydaje się ściągnięcie personelu także z zagranicy, a u nas decydenci jakby tego nie widzieli. Wydaje się dziesiątki milionów na testy, które można wyrzucić do kanatu. A my tu we Wrocławiu potrzebujemy 20–30 mln zł, aby rozbudować obiekty zakaźne, ewentualnie rezerwowe w czasie epidemii, i sprawa się ciągnie od 5 lat. Najważniejsze jest chyba życie doczesne ludzi, a potem może pomniki. Rozumiem Narodowe Święto Niepodległości, ale co miesiąc jakieś marsze? Po co to komu potrzebne? Może najpierw żywym zapewnimy godziwe życie, leczenie, a potem z całym szacunkiem dla zmarłych, zajmijmy się innymi problemami.

Agata Misiurewicz-Gabi