



Fot. PAP/StefaCwiżazi/Marcin Kmiecinski

## STAŁO SIĘ, COVID-19 ZAWITAŁ DO WSZYSTKICH SZPITALI

Rozmowa z prof. Robertem Flisiakiem, kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz prezesem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

**Ile lat się pan uczył, aby zostać specjalistą chorób zakaźnych? Jak objął pan kierownictwo Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku? Ile pracy kosztowało pana to, żeby stanąć na czele Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych?**

Policzmy – 6 lat studiów, 3 lata specjalizacji z interny, 3 lata z chorób zakaźnych, czyli 12 lat na podstawowe wykształcenie zawodowe. Potem odbywałem staże naukowe, w tym czasie doktorat, praca naukowa realizowana równoległe z pracą lekarza, co pozwoliło

na uzyskanie stopnia doktora habilitowanego, a potem tytułu profesora. Po 22 latach od ukończenia studiów objęcie kierownictwa kliniki i dodatkowo funkcji – kolejno – prodziekana, dziekana i prorektora w uczelni. Następnie wybór na prezesa Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, a potem *Central European Hepatologic Collaboration*. Widocznie nie straciłem zaufania środowiska, bo wybrało mnie na prezesa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. W tym czasie uzbierał się dorobek naukowy dający wskaźnik Hirscha 40.

**CO BYM ZROBIŁ, GDYBYM BYŁ MINISTREM?**

**OCZYWIŚCIE JEST TO FIKCYJNA MOŻLIWOŚĆ,**

**BO NIKT NIE NOMINOWAŁBY CZŁOWIEKA,**

**KTÓRY MÓWI, CO MYŚLI,**

**I STARA SIĘ POSTĘPOWAĆ ZGODNIE ZE SWOJĄ WIEDZĄ**

Co pan czuje, kiedy ktoś bez doświadczenia i wykształcenia, kto nie był nigdy na oddziale zakaźnym, a wiedzę czerpie z wątpliwych grup na Facebooku, mówi, że nie ma pandemii, bagatelizuje koronawirusa, nie chce się zabezpieczać albo określa się jako wolnościowiec i twierdzi, że maseczki go ograniczają, że czuje się zniewolony i zaszczuty?

Zacznę od wolnościowców – moglibyśmy sięgnąć do różnych definicji państwa, które mówią o tym, że nakaz używania maseczek to forma przymusu wobec jednostki dla dobra wspólnego i tym podobne. Ale myślę, że najlepiej odpowiedzieć przykładem – czerwone światło na przejściu dla pieszych też ogranicza wolność, a jednak warto zwracać na nie uwagę. Co prawda można je zignorować, ale co potem? Jeśli przykład nie zadziała, odesłałbym taką osobę do mnie na oddział. Wracając do odczuć – powinienem to zignorować, jednak takie zachowanie powoduje coraz większe szkody. Ostatnio doszedłem do wniosku, że zamiast krytykować autorów takich wypowiedzi, robiąc im w ten sposób „reklamę”, po prostu zapraszam do szpitala, aby się przekonali, o co w tym wszystkim chodzi, jak pracuje się na oddziale. Aby zobaczyli na własne oczy i zmienili zdanie. Zaproponowałbym wolontariat chętnym sceptykom procovidowym, bo antycovidowcem to jestem ja i wszyscy leczący pacjentów z tą niby bląhą – pod względem podstawowych objawów, ale koszmarną chorobą paraliżującą nasz system opieki zdrowotnej.

Czy ktoś się odważył?

Nie.

Ile osób z pozytywnym wynikiem testu w kierunku koronawirusa było w pana placówce?

To były już setki, o ile nie tysiące, bo przecież chodzi nie tylko o pacjentów hospitalizowanych, ale także tych, którzy przewinęli się przez izbę przyjęć, uzyskali poradę. Wybaczy pan, nie mamy czasu na prowadzenie statystyk – leczymy, walczymy o życie chorych. I proszę nie dopytywać – wystarczy, że Ministerstwo Zdrowia wymusza na szpitalach wprowadzanie danych do rejestru, z którego samo nie korzysta i nie pozwala innym. Leczenie oczywiście było możliwe tylko dzięki często niewyobrażalnie trudnej pracy i zaangażowaniu lekarzy,

pielęgniarek, salowych, sanitariuszy z naszych oddziałów zakaźnych i intensywnej terapii, a także radiologów i diagnostów laboratoryjnych. Jak trudna jest ta praca? Tego się nie da opisać. Każdy ma inny poziom wytrzymałości. Trudniej było znieść napięcie na początku pandemii, pomimo – jak wiemy z perspektywy – znacznie mniejszych obciążeń niż teraz. To jest narastające wypalenie zawodowe wynikające z konieczności zajmowania się jedną grupą chorych i świadomością pozostawienia bez diagnostyki i leczenia pacjentów, którymi zajmowaliśmy się dotychczas. Jednocześnie frustracja spowodowana niedocenianiem naszej pracy przez innych medyków i polityków, bo po początkowym wsparciu teraz jesteśmy traktowani jak czarne owce, które chcą przerzucić „zarazę” na inne specjalności. To co my odczuwaliśmy przez ponad pół roku, inni zaczynają dopiero dostrzegać. Najgorsza jest jednak bezsilność i niepewność, jak długo potrwa „stan obłędzenia”.

**Jak pan ocenia przygotowanie swojej placówki do pandemii – na początku, w maju, czerwcu i dziś? Co było największym problemem?**

Wiosną była niedostateczna wiedza o chorobie i wynikający z tego nadmierny lęk przed zakażeniem, a do tego brak wystarczających zabezpieczeń. Potem przyszło lato, mieliśmy zabezpieczenia, dyrekcja wyrażała zrozumienie dla naszych potrzeb, oswoiliśmy się z COVID-19. Chorych było mało, więc zaczęliśmy otwierać się na innych pacjentów, ruszyły zawieszony programy lekowe. A wtedy zupełnie bez powodu i uzasadnienia Ministerstwo Zdrowia zakazało zbliżać się do innych pacjentów niż z COVID-19. Przez 2 miesiące walczyliśmy o „odmrożenie” nas dla dobra zaniedbanych pacjentów z chorobami przewlekłymi. Gdy udało się uzyskać poluzowanie restrykcji, nastąpił wzrost liczby zachorowań, co zablokowało nas całkowicie. Potem przyszedł czas na serię nieprzemysłanych wersji strategii jesiennych, z których jedna nakazywała lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej kierować każdego „dodatniego” pacjenta na oddział zakaźny. Ktoś zapomniał w urzędniczej beztrosce, że specjalistów chorób zakaźnych pracujących na oddziałach zakaźnych jest w Polsce 367, a wspomaga ich 42 emerytów i 80 rezydentów. Dziś, gdy COVID-19 jest wszędzie...

**Na początku kwietnia pisał pan w „Menedżerze Zdrowia”, że COVID-19 zawita wkrótce do każdego szpitala.**

I tak się stało. Oczywiście są tacy, którzy uważają, że ich to nie dotyczy. Wielu lekarzy, a co ważniejsze – dyrektorów szpitali uznało jednak, że nikt za nich nie rozwiąże problemu COVID-19. Sami organizują oddziały obserwacyjne, które tak naprawdę powinny być powstawać już wiosną. Najszybciej zdały sobie z tego sprawę ośrodki w tzw. terenie, gdzie nie ma zaplecza w postaci

oddziałów zakaźnych, ale w związku z tym, że nieliczne oddziały zakaźne są już zapelnione, wkrótce ta świadomość dotrze także do pozostałych.

**Jakie decyzje sugerowałby pan ministrowi zdrowia w zakresie szpitalnictwa? Co mogłoby poprawić sytuację?**

Od marca powtarzam, że jedynym rozwiązaniem jest stworzenie w każdym szpitalu oddziału obserwacyjnego – proporcjonalnej wielkości do reszty placówki. Na ten oddział trafialiby pacjenci z dodatnim wynikiem testu, ale tacy, których podstawową chorobą jest coś innego niż COVID-19, na przykład POChP, niewydolność krążenia, podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego, złamanie nogi, utrata przytomności. Byliby pod opieką specjalistów od swojej choroby zasadniczej, ale mieliby też zapewnioną izolację. To jest jedyny sposób, aby zmniejszyć zagrożenia dla pozostałych dziedzin medycyny w realizacji świadczeń. Polacy nie mają zapewnionej optymalnej opieki medycznej. Oddziały zakaźne są zablokowane. Padają instalacje tlenowe. Proszę sobie wyobrazić sytuację, kiedy kilkudziesięciu pacjentów nagle pozbawianych jest tlenu – tlenu, od którego zależy ich życie.

**Co poza tymi oddziałami? Załóżmy, że jest pan ministrem zdrowia. Jaka byłaby pierwsza i najważniejsza decyzja?**

Oczywiście jest to fikcyjna możliwość, bo nikt nie nominowałby człowieka, który mówi, co myśli, i stara się postępować zgodnie ze swoją wiedzą. Ale gdyby tak się zdarzyło, to podjąłbym decyzję właśnie o usankcjonowaniu i dofinansowaniu oddziałów obserwacyjnych tam, gdzie już powstały, a także otwarciu ich w pozostałych placówkach. A kolejna decyzja? To absolutny zakaz stosowania słynnych testów antygenowych zakupionych na początku pandemii, które ostatnio rozesłano do SOR-ów i które z pewnością stały się przyczyną powstania wielu ognisk szpitalnych.

**Aż tak źle ocenia pan wykonywanie testów antygenowych?**

Należy odróżnić testy pierwszej generacji kupione przez Ministerstwo Zdrowia, które nie nadają się do niczego, od testów antygenowych nowej generacji, które właśnie się pojawiły i mają zupełnie inną jakość. Pierwsze skonstruowano na początku pandemii, pracowano nad nimi w styczniu i lutym, od tego czasu minęły dwie epoki w diagnostyce laboratoryjnej. Jakość testów genetycznych się polepszyła. Niestety, nas zmusza się do wiary w te, które od początku były mało czułe. Znane są już wyniki oceny tych testów przeprowadzonej przez Państwowy Zakład Higieny – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Okazało się, że czułość

testów antygenowych w poszczególnych ośrodkach wynosiła od 0 do ok. 60 proc. To mniej niż prawdopodobieństwo wyrzucenia orla podczas rzutu monetą. Oznacza to, że możemy fałszywie ujemnych pacjentów badanych tym testem na SOR-ze kierować na oddziały szpitalne, rozniecając nowe ogniska zakażeń w szpitalu.

**Powiedział pan, że zakaźników jest 367. Ta liczba jest szokująco mała. Co zrobić, aby w miarę możliwości było ich szybciej więcej?**

Obawiam się, że wpisanie na listę dziedzin priorytetowych może nie wystarczyć. Poza zachętami finansowymi konieczna jest zmiana sposobu finansowania oddziałów zakaźnych, aby umożliwić poprawę warunków pracy. Nie może być tak, że oddziały te funkcjonują bez zabezpieczenia w sprzęt ochronny i nadrabia się to dopiero w stanie epidemii. Praca na oddziale oddalonym od innych, bez zabezpieczenia w intensywną terapię jest niezwykle stresująca i na pewno odstrasza, a takie są realia wielu oddziałów zakaźnych.

**OD MARCA POWTARZAM,**

**ŻE JEDYNYM ROZWIĄZANIEM JEST**

**STWORZENIE W KAŻDYM SZPITALU**

**ODDZIAŁU OBSERWACYJNEGO –**

**PROPORCJONALNEJ WIELKOŚCI DO RESZTY PLACÓWKI**

Obrazowo sytuację przedstawił dr Jerzy Friediger, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Zeromskiego w Krakowie, członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. W rozmowie z „Dziennikiem Polskim” powiedział: „W Polsce od lat zamykane są oddziały zakaźne. Okazały się deficytowe, gdyż przez wiele miesięcy w roku stały niemal puste. A one były przecież trochę jak straż pożarna. Czy ktoś wyobraża sobie, że likwiduje się straż, bo gdzieś od dawna nie wybuchł pożar? Przecież to absurd. A w Małopolsce zlikwidowano zdecydowaną większość oddziałów zakaźnych, w Krakowie został tylko u nas i w klinice uniwersyteckiej”. Czy rzeczywiście jest tak źle?

Niestety, jest jeszcze gorzej, gdyż są województwa, w których pozostawiono po dwa, trzy małe oddziały obsadzone przez nielicznych lekarzy specjalistów, często w wieku emerytalnym. Oznacza to, że wkrótce stracą możliwość finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia, bo nie spełnią wymogów kontraktowych. Finansowanie oddziałów zakaźnych jest dokładnie takie samo jak wszystkich innych, a więc muszą zarabiać, nie wydając środków na szkolenia i jednorazowy sprzęt ochronny, który się przeterminowuje, gdy nie jest potrzebny.

*Rozmawiał Krystian Lurka*