

COVIDOWY CAŁUN

Wszystko wskazuje na to, że ofiar walki z koronawirusem będzie znacznie więcej niż samego wirusa. Potwierdzają to specjaliści, których „Menedżer Zdrowia” pyta, jakie straty w dobie pandemii ponoszą ich dziedziny – prezentujemy opisy tego, co dzieje się w psychiatrii, kardiologii, onkologii, anestezjologii, reumatologii, neurologii, diabetologii i pulmonologii. Obraz przedstawiany przez ekspertów jest fatalny. Wprost przyznają, że system jest zbyt skoncentrowany na koronawirusie, a pacjenci nie-covidowi są za-

gubieni, przerażeni, unikają kontaktu z ochroną zdrowia i w efekcie za późno zgłaszają się po pomoc niezwiązaną z COVID-19. Co gorsza, specjaliści zapowiadają kolejną falę – być może groźniejszą niż wirusa SARS-CoV-2 – związaną z chorobami, których leczenie zostało odroczone. Mówią też o przerwanych projektach, które mogły pomóc potrzebującym Polakom. Całą tę sytuację onkolog prof. Cezary Szczylik określił jako covidowy całun, który unieruchomił inne, niezakaźne dziedziny medycyny.

Prof. Janusz Heitzman

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, pełnomocnik ministra zdrowia do spraw psychiatrii sądowej



PAP/Łeżek Szymański

Podczas pandemii pomoc psychiatryczna jest udzielana w inny sposób – to zrozumiałe. Osoby w stanie kryzysu psychicznego lub w dekomensacji psychotycznej, gdy nie ma bezwzględnej konieczności wizyty bezpośredniej, mogą liczyć na pomoc w formie teleporady. Na początku lekarze – i system w ogóle – nie byli przygotowani do tego, żeby udzielać porad psychiatrycznych w taki sposób, ale z czasem to za-

częło się sprawdzać. Co więcej, zdarza się, że kontakt telefoniczny dla niektórych pacjentów jest o wiele lepszy, wygodniejszy niż dotychczasowy – bezpośredni, związany z rejestrowaniem się w poradni zdrowia psychicznego, z oczekiwaniem na termin, na przyjęcie przez lekarza, psychologa, przesiadywaniem w poczekalniach itd. Niektórzy pacjenci chwalą sobie kontakty telefoniczne, bo wiedzą, że o konkretnej godzinie i w określonym dniu specjalista do nich zadzwoni i będą mieć okazję do porozmawiania. Większość pacjentów, zwłaszcza psychotycznych, czuje się w pewien sposób dowartościowana, bo nie są petentami – to przedstawiciel systemu ochrony zdrowia się nimi interesuje. Coraz częstsze i sprawniejsze korzystanie z telemedycyny to pozytywny skutek pandemii.

Jakie są negatywne? Koronawirus spowodował zaostrzenie niektó-

rych objawów u pacjentów – zaczęły narastać zaburzenia lękowe i związane z reakcjami depresyjnymi. To odpowiedź na sytuację trudną, zagrożenie życia i zdrowia, na niepokój społeczny i brak poczucia bezpieczeństwa, na co pacjenci, zwłaszcza ci, u których obraz choroby koncentrował się na śledzeniu swojego zdrowia, nie tylko psychicznego, lecz także somatycznego, zwracali szczególną uwagę. Kontrolowanie stanu zdrowia związane było z tym, że rządowe komunikaty docierające do chorujących psychicznie są przez nich odbierane w sposób o wiele bardziej dramatyczny. Pacjenci są wrażliwi na wszelkiego rodzaju niejasności w komunikacie, które zagrażają ich poczuciu wewnętrznego bezpieczeństwa. W sytuacji pandemicznego zagrożenia więcej uwagi poświęcają na śledzenie tego, o czym mówi się w telewizji, radiu i w prasie. Zastanawiają się przy tym, gdzie

powinni się zgłosić w przypadku przeziębienia, czy mogą i czy powinni zrobić sobie test na SARS-CoV-2, czy poradnia będzie otwarta, czy mogą się w ogóle zgłaszać do lekarzy. Ten brak poczucia bezpieczeństwa medycznego, organizacyjnego i informacyjnego u potrzebujących powodował i powoduje, że do podstawowych objawów psychozy mogą dołączać się nasilone reakcje o charakterze lękowym i depresyjnym. Niewątpliwie zwiększyła się populacja osób potrzebujących wsparcia ze względu na psychospołeczne konsekwencje pandemii.

Kłopotem dla psychiatrii jest też to, że podstawowa opieka zdrowotna ograniczyła przyjmowanie pacjentów głównie do tych, którzy mają objawy związane z COVID-19 lub zagrażające stany somatyczne. Ci chorzy, którzy przed pandemią podczas wizyty powiedzieliby, że nie mogą spać, że się boją, że od-

czuwają lęki, mają problem z dostępem do lekarza rodzinnego. Szukają wsparcia w poradniach zdrowia psychicznego proponujących im wspomniane porady przez telefon.

Pojawił się również problem z trudnością albo brakiem możliwości rozliczania przez NFZ tzw. oddziału dziennego prowadzonego zdalnie. Nie można rozliczać spotkań prowadzonych za pośrednictwem oprogramowania Zoom czy Skype'a, podczas których specjaliści rozmawiają ze swoimi pacjentami w grupie, a sama przynależność do niej ma w sobie walor terapeutyczny.

W opiece psychiatrycznej niesamowicie boleśnie ujawnił się też – jak go nazywam – kryzys humanitarny. Dotyczy to pacjentów przewlekle chorych psychiatrycznie, uwięzionych w domach pomocy społecznej (DPS) dla osób starszych z problemami o charakterze za-

burzeń poznawczych, w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL). Kryzys polega przede wszystkim na tym, że opieka specjalistyczna nie mogła dotrzeć do potrzebujących – co więcej, nie dlatego, że jej nie było, ale z powodu braku możliwości, aby pracownicy ochrony zdrowia tam weszli ze względu na zagrożenie epidemiczne. Funkcjonowanie DPS i ZOL w systemie ochrony zdrowia absolutnie wymaga przedyskutowania. To nie są miejsca gwarantujące bezpieczeństwo. To znaczy, że jeśli zdarzy się coś niepokojącego, chorobowego, to jest o 50 proc. większe ryzyko, że nie przeżyjesz, gdy jesteś w tej przestrzeni, niż gdybyś był poza nią. Możemy się zastanawiać, czy ci, którzy zostali skierowani do DPS i ZOL w dobrej wierze, nie mają poczucia krzywdy i oszustwa – że system i państwo nie odegrały swojej roli, a oni zostali umieszczeni na marginesie ryzyka przeżycia. ■

Prof. Barbara Remberk

Konsultantka krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie



Władysław Czuliak/AG

Obiecujący początek lokalnej zmiany w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży przerwała pandemia COVID-19. Na początku 2020 r. rozpoczęła się długo oczekiwana reforma polegająca na stopniowym zbudowaniu systemu opieki psychiatrycznej dla najmłodszych pacjentów w ich własnym środowisku. Powstały nowe oddziały dzienne oraz funkcjonujące lokalnie centra zdrowia psychicznego oferujące wsparcie

o charakterze środowiskowym – to pierwsze placówki, do których powinny trafiać dzieci i młodzież doświadczające kryzysu psychicznego. Niestety, nie ma możliwości sfinalizowania zmian, tworzenia kolejnych jednostek nowego systemu. Z powodu pandemii COVID-19 reforma psychiatrii dzieci i młodzieży jest wstrzymana. Mam nadzieję, że wraz z powrotem ochrony zdrowia do pełni funkcjonowania Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia wrócą do realizacji planu dla psychiatrii dziecięcej.

Pandemia miała dla psychiatrii dzieci i młodzieży także inne skutki. W czasie, kiedy czynne były szkoły, coraz częściej odnotowywano przypadki wstrzymywania przyjęć na oddziały z powodu wykrycia zakażenia SARS-CoV-2 u pacjentów lub personelu medycznego, co negatywnie odbija się na dostępności oraz ciągłości opieki

psychiatrycznej. Dziś sytuacja nieznacznie się poprawiła, ale mimo to na leczenie psychiatryczne zgłasza się mniej osób – z moich obserwacji wynika, że mniej więcej o 30 proc. To nie znaczy oczywiście, że wyzdrowiały, tylko że ich problemy są ukryte. Wyzwania dnia codziennego sprawiają, że te osoby po prostu spędzają czas w domu i nie otrzymują pomocy. To nie jest tak, że nie ma miejsc dla zgłaszających się pacjentów, tylko oni nie przychodzą, choć powinni. Pojawia się pytanie, co będzie, kiedy wrócimy do normalnego trybu życia. Obawiam się o te dzieci, które powinny korzystać z pomocy psychiatrycznej, a z różnych przyczyn tego nie robią. Dlatego tym bardziej czekamy na ustabilizowanie sytuacji epidemiologicznej na tyle, by wrócono do tworzenia kolejnych placówek systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. ■

Prof. Przemysław Mitkowski

Kierownik Pracowni Elektroterapii Serca Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w I Klinice Kardiologii Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu



PAP/Marek Zakrzewski

Zarówno w marcu, jak i po wzroście liczby zakażeń we wrześniu spadła liczba wykonywanych badań i zabiegów w kardiologii interwencyjnej, elektrofizjologii oraz elektroterapii. Wiosną było to spowodowane brakiem procedur dotyczących postępowania w pandemii, testów wykrywających zakażenie oraz środków ochrony osobistej, jesienią zaś zakażeniami i kwarantanną wśród personelu oraz pojawieniem się na oddziałach nieCOVIDowych pacjentów zakażonych. Obecnie klinika, w której pracuję, przeprowadza nawet nieco więcej zabiegów niż przed pandemią. Po prostu nauczyliśmy się pracować w takich warunkach, jakie są. Wszyscy pacjenci mają wykonywane testy w kierunku SARS-CoV-2, racjonalnie skracamy czas pobytu, aby kontakt z innymi chorymi był jak najkrótszy, choć oczywiście, jeśli stan pacjenta tego wymaga, pozostaje on w szpitalu dłużej. Zdarzają się chorzy, którzy przebyli zawał serca, ale nie zgłosili się od razu, tylko – o zgrozo – po kilku, kilkunastu dniach. Opóźnienie powoduje, że skuteczność terapii nie jest tak duża jak w przypadku niezwłocznego zgłoszenia się do szpitala. Oddziały o innych spe-

cialnościach, w których odroczenie zabiegu nie wpływa bezpośrednio na rokowanie odległe, nie są tak mocno obciążone, dlatego możemy w ramach ryczałtu większy nacisk położyć na pomoc pacjentom kardiologicznym. W związku z tym, jak wspomniałem, istnieje możliwość wykonania większej liczby świadczeń kardiologicznych w tym roku.

Pandemia wymusiła zmianę organizacji pracy oraz stworzenie procedur umożliwiających skuteczne leczenie w czasach COVID-19. Chciałbym jednak najbardziej podkreślić fakt, że jeśli pacjent nie zgłosił się do lekarza, lekarz nie jest w stanie mu w żaden sposób pomóc. Dlatego zarówno lekarze rodzinni, jak i kardiolodzy, do których zgłaszają się pacjenci w trybie teleporady, muszą zdawać sobie sprawę, że nie wszystkie problemy można rozwiązać przez telefon. Objawy zawału czy niewydolności serca są dość charakterystyczne, ale bez osobistej wizyty nie da się wykonać EKG. Liczę na to, że Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej będzie na bieżąco uaktualniać wytyczne dotyczące postępowania z pacjentami kardiologicznymi w sytuacji epidemicznej.

Problemem jest brak refundacji systemu zdalnego monitorowania urządzeń wszczepialnych. Gdyby to narzędzie było do dyspozycji, łatwiej można by decydować o tym, który chory wymaga przyjazdu osobistego, a który nie. Telemedycyna umożliwia zdalne monitorowanie parametrów pracy serca u pacjentów z wszczepionym kardiowerte-rem-defibrylatorem lub układem do stymulacji resynchronizującej serce, szczególnie u osób z niewydolnością serca, starszych oraz u dzieci. Tele-

medycyna jest użyteczna w czasie bez pandemii. W dobie pandemii jest dramatycznie potrzebna, szczególnie w obliczu obaw przed zakażeniem i jego skutkami.

Na początku pandemii lekarze sami odradzali pacjentom wizyty oraz niechętnie kierowali do szpitala. Wówczas nie były jeszcze powszechnie dostępne środki ochronne, takie jak maseczki, rękawiczki i in. Jednak wizyty u kardiologa, przyjęcia do szpitala z powodu zawału czy postępującej niewydolności serca nie można odkładać w nieskończoność lub choćby o wiele miesięcy bądź rok. To stanowczo za długo. Dlatego wszyscy nauczyliśmy się procedur oraz reżimu sanitarnego, aby móc w miarę normalnie i bezpiecznie pracować.

Nadal jednak można zaobserwować obawę pacjentów przed udaniem się po poradę lekarską. Chorzy są skłonni przyjmować postawę wyczekującą, licząc, że ich dolegliwości znikną bez pomocy lekarza. Pandemia trwa bardzo długo i często to już ostatni dzwonek, aby zgłosić się po poradę. Potwierdzono wzrost liczby zgonów w październiku tego roku w porównaniu z październikiem 2019 r. Nie sposób tłumaczyć tego zjawiska jedynie pandemią. Chorzy trafiają do lekarza w dużo bardziej zaawansowanym stadium choroby, w którym skuteczność leczenia jest znacznie ograniczona, bo stan zdrowia nie pozwala na uzyskanie takiego efektu, jaki byłby możliwy, gdyby chory zgłosił się do lekarza wcześniej. Robimy oczywiście wszystko, co możliwe, ale jeśli zawał serca już się dokonał, to jego skutków nie da się w pełni odwrócić. ■

Prof. Grzegorz Opolski

Internista i kardiolog, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



PAP/Bartłomiej Zbarowski

W ostatnich miesiącach walka z pandemią była priorytetem ochrony zdrowia. Nie możemy jednak zapominać, że to choroby układu krążenia są odpowiedzialne za prawie połowę wszystkich zgonów i większość hospitalizacji Polaków.

Obserwujemy ograniczenie dostępu do opieki ambulatoryjnej, rehabilitacji kardiologicznej i leczenia szpitalnego. Wydłużył się czas oczekiwania na zabiegi wykonywane w trybie planowym i przyspieszonym. Nastąpiło zmniejszenie liczby hospitalizacji pacjentów z zawałem serca o mniej więcej 30 proc. Jednocześnie znacznie wydłużył się czas od wystąpienia bólu zawałowego do hospitalizacji, co jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym.

Apelujemy, by osoby z bólem, uciskiem w klatce piersiowej nie zwlekały i niezwłocznie udały się do lekarza. Przypominamy o konieczności zgłaszania się na wizyty kontrolne pacjentów z przewlekłymi chorobami sercowo-naczyniowymi,

takimi jak nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa i zaburzenia rytmu. Mamy doświadczenie wynikające z pandemii, że można niektóre z tych procedur przenieść do systemu opieki ambulatoryjnej lub hospitalizacji jednodniowych.

Konieczna jest lepsza organizacja i koordynacja opieki szpitalnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i POZ.

Ważną i użyteczną rolę odgrywa obecnie teleporada, aczkolwiek najpierw należy przygotować pacjenta do tego typu wizyt. Jest to niezwykle ważne dla podniesienia ich efektywności. ■

Na podstawie materiałów Fundacji My Pacjenci.

Prof. Jacek Jassem

Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym



PAP/Madej Ciemiel

Pandemia COVID-19 sparaliżowała świat. Służba zdrowia we wszystkich krajach stanęła przed ogromnym wyzwaniem – musi walczyć z pandemią, a jednocześnie utrzymać gotowość w odniesieniu do innych chorób. Nadal bardzo wiele osób wymaga specjalistycznej pomocy. Choroby nowotworowe mają szczególny charakter, ponieważ nigdy nie zatrzymują się w rozwoju. Opóźnienie rozpoznania i terapii może mieć negatywne skutki dla

zdrowia pacjenta, a niekiedy oznacza utratę szansy na wyleczenie.

W ostatnich miesiącach znacznie zmniejszyła się liczba chorych zgłaszających się na wizyty do lekarzy onkologów. Paraliżujący strach przed zakażeniem koronawirusem był silniejszy niż głos rozsądku. Niestety, efekty zaniedbań okazały się katastrofalne – zatrważająco wzrosła liczba zaawansowanych nowotworów, szczególnie przewodu pokarmowego i piersi.

Opóźnienie rozpoznawania i leczenia nowotworów niesie nieobliczalne skutki. Choroba nie zaczeka na koniec epidemii. Usprawnienie systemu, który do tej pory działał marnie, jest bezwzględnie koniecznością. Absolutnie niedopuszczalne jest pomijanie chorego zakażonego, który jest w stanie zagrożenia życia i zdrowia z innego powodu niż SARS-CoV-2.

Z powodu pandemii do początku września zmarło w Polsce ok. 1,9 tys.

osób. To tyle, ile z powodu nowotworów umiera zaledwie w ciągu kilku dni. Jeśli zaniedbamy leczenie nowotworów, to będziemy mieli 5–10 tys. więcej zgonów rocznie. Nie są to szacunki wzięte z powietrza, wynikają z rzetelnych badań prowadzonych na świecie.

Służba zdrowia jest zamknięta i niewydolna. Placówki POZ praktycznie zamknęły się już w marcu. Pacjenci, którzy nie mogą się dostać do swojego lekarza w przychodni, szturmują SOR-y. Do nas także dobijają się chorzy, którzy nie dostali się do lekarza pierwszego kontaktu. Zapraszamy ich więc do poradni onkologicznej. Nie jest to jednak normalna sytuacja, żeby chory z bólem głowy czy brzucha przychodził do poradni onkologicznej!

Pewne rzeczy można załatwić przez teleporady, ale jeśli chory ma niepokojące objawy – krwawienie, przedłużającą się chrypkę, długotrwałe zaparcia, bóle czy krwio-

mocz – trzeba go pilnie zbadać. Lekarz udzielający teleporady bierze na siebie dużą odpowiedzialność. Nie zawsze przez telefon można zdiagnozować chorego. Aby nie dopuścić do wzrostu liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych, musimy zrobić dwie rzeczy. Po pierwsze, powiedzieć osobom z niepokojącymi objawami: nie

bójcie się, po kilku miesiącach epidemii wiemy, jak zapewnić wam bezpieczne warunki wizyty u lekarza. Po drugie, otworzyć chorym drzwi do placówek służby zdrowia. Celowe jest wprowadzenie tzw. opieki narządowej. Chorzy na najczęstsze nowotwory (rak piersi, płuca, jelita grubego czy gruczołu krokowego) tułają się po systemie

z plikiem skierowań, trafiając do przypadkowych instytucji i lekarzy. Trzeba stworzyć ośrodki, gdzie „pod jednym dachem” będą mieli kompleksową opiekę fachowców wyspecjalizowanych w leczeniu danego nowotworu. ■

Na podstawie materiałów Fundacji My Pacjenci.

Prof. Krzysztof Kusza

Kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Oddziału Klinicznego Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu (Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego), prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii



Fot. Krzysztof Szatkowski/AG

COVID-19 przynajmniej częściowo obnażył deficyty w naszej dziedzinie medycyny. W pewnym sensie ma to nawet pozytywny wymiar, bo stały się one namacalne, a informacje o nich musiały dotrzeć do osób podejmujących decyzje w zakresie organizacji ochrony zdrowia. Deficyty dotyczą głównie zasobów kadrowych – przede wszystkim pielęgniarek, ale również lekarzy. Nie bez powodu zmieniano rozporządzenie dotyczące standardu pracy w naszej dyscyplinie medycyny podczas pandemii i nadano lekarzom szkolącym się szersze uprawnienia w zakresie samodzielnego działania. W sytuacji zwiększenia się liczby zakażeń wśród personelu medycznego jeszcze bardziej zliberalizowano te przepisy, co tylko potwierdziło niedobory kadrowe w anestezjologii i intensywnej terapii. Myślę, że w końcu, po kilku dekadach instytucjonalnych zmaganiach, znaczenie dla

zdrowia i życia obywateli dobrze zorganizowanej przestrzennej, technologicznie i kadrowo anestezjologii i intensywnej terapii wreszcie zostanie dostrzeżone, a jej zapewnienie będzie uznane za jeden z priorytetów w ochronie zdrowia.

Nawiązując do owej zmiany standardu organizacyjnego – rozumiem rzecz jasna potrzebę takiego działania, które w sytuacji nadzwyczajnej ma wymiar racjonalny. Przygotowanie takich przepisów z wyprzedzeniem nie powinno być kwestionowane, gdyż pozwala na uniknięcie chaosu i przypadkowości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, oczywiście pod warunkiem, że czynimy to na czas pandemii, która dotknęła nas na jesieni srogo. Ich obecność pozwala na organizację pracy w sposób alternatywny, co nie oznacza, że trzeba z nich korzystać, jeśli zasoby kadrowe są wystarczające. Przepisy tego rodzaju ułatwiają w kryzysie dysponowanie doświadczoną kadrą medyczną bardziej racjonalnie, co jest nieporównywalnie lepsze niż rozporządzanie kadrą raczej przypadkową. Mówimy zatem o zarządzaniu ryzykiem w świetle obowiązujących przepisów prawa. W niektórych miejscach w Polsce do takiej sytuacji, czyli zastosowania nowych zasad, prawdopodobnie doszło. Nie ma powodu, aby kwestionować, że osoby szkolące się w anestezjolo-

gii i intensywnej terapii, nawet po drugim roku szkolenia, można bezpiecznie delegować do samodzielnej pracy – przy spełnieniu warunków określonych w przepisach. Warto pamiętać, że kiedyś moje pokolenie właśnie w podobny sposób pracowało, zdając po drugim roku specjalizacji egzamin dopuszczający do znieczulania chorych w określonym stanie fizycznym. Nazywaliśmy to wtedy I stopniem specjalizacji. Obecnie czasu na zdawanie egzaminów tego typu raczej być nie mogło i to chyba dla każdego rozsądnego lekarza jest oczywiste.

Kolejny temat to tworzenie szpitali tymczasowych i przekształcanie oddziałów w covidowe. Legislację okresu pandemii uważam za naturalną – nie można przewidzieć, jak sytuacja się rozwinie, więc ideę tworzenia szpitali tymczasowych czy przekształcania oddziałów uważam z gruntu za słuszną, nawet jeśli jest realizowana „na wszelki wypadek”. Ponad miesiąc temu w naszym szpitalu otworzyliśmy oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla chorych z COVID-19, mamy własne doświadczenia dotyczące dostępu do tych specjalistycznych stanowisk. Generalnie był z tym zagadnieniem przez jakiś czas kłopot, ale teraz sytuacja nieco się poprawiła, współczynnik obłożenia z wartości 1,0 obniżył się do 0,85, ale pandemia przecież się nie skończyła. Dobrze,

że są takie zabezpieczenia, często tworzone z inicjatywy własnej szpitali, tak jak w przypadku mojej instytucji. A jeśli nawet te miejsca, które stworzono dodatkowo, miałyby być nigdy niewykorzystane, to przyczyniają się do większego poczucia bezpieczeństwa obywateli, a tego nie można przeliczać na poniesione koszty. Amerykanie na wiosnę zastosowali podobną taktykę w niektórych stanach. Debata między prezydentem Trumpem a Bidenem odbywała się w Cleveland, w audytorium Cleveland Clinic, a jeszcze kilkanaście dni wcześniej była to powierzchnia dla 800 łóżek szpitalnych z dostępem do tlenu, 140 miejscami intensywnej terapii, z których 40 spełniało kryteria prowadzenia terapii ECMO. Do tego zaplecza przygotowanego „na wszelki wypadek” nigdy nie trafił żaden pacjent. Po prostu stacjonarne struktury medyczne poradziły sobie z napływem chorych z COVID-19. Wspomniany bufor zlikwidowano w ciągu kilku dni i zorganizowano błyskawicznie debatę prezydencką. Pandemia w stanie Ohio ponownie przybiera na sile, zatem być może audytorium znowu stanie się „szpitalem polowym”.

Nie wiemy, jak pod względem liczby zakażeń będzie przebiegała podczas pandemii SARS-CoV-2 zima czy wiosna, więc niech pozostanie to zabezpieczenie w postaci szpitali tymczasowych z możliwo-

ścią uruchomienia odpowiednich zasobów kadrowych we właściwym momencie. Zastrzeżenia mogą dotyczyć raczej czegoś innego, bardziej prozaicznego – że nie ma tam pracy, a są wynagrodzenia, jeśli tak jest w istocie. Znowu gdzie indziej odwrotnie – jest praca, a nie ma wynagrodzeń, jeśli tak jest w istocie. Wtedy zrozumiałe byłyby dyskomfort i frustracja zespołów, które ciężko pracują, a tak naprawdę nie wiedzą, czy i kiedy otrzymają środki. Osobiście jestem pewny – to się na pewno stanie. Wiele osób z personelu medycznego zasługuje na poważne dostrzeżenie roli, jaką odgrywają w systemie ochrony zdrowia. Chorowali i chorują, wielu nie ma w pracy nawet od kilku tygodni z powodu powikłań po COVID-19. Niektórzy z tego powodu zmarli – bez względu na to, czy są asystentami czy profesorami. To są moje koleżanki i koledzy, mnie dotychczas choroba ominęła, choć spędzam na oddziale covidowym kilka godzin dziennie. Ominęła w momencie wypowiedzania tych słów, jutro może być już inaczej.

Pandemia obnażyła deficyt łóżek na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Warto przypomnieć, że 2 proc. łóżek intensywnej terapii w stosunku do wszystkich łóżek szpitalnych to ciągle za mało. Mam nadzieję, że pandemia dowiodła, że trzeba inwestować w anestezjologię i intensywną terapię – 5 proc. stano-

wisk intensywnej terapii, oczywiście wraz z obsadą kadrową, to minimum, do którego musimy dążyć. Zeby osiągnąć ten cel, potrzebujemy co najmniej dekady. Oczywiście są kraje, które mają podobną liczebnie strukturę łóżek szpitalnych jak Polska, w tym także intensywnej terapii, ale mają też oddziały pośrednie, których u nas niestety, pomimo apeli słanych od kilkunastu lat, nadal nie ma. Najlepszym wzorem organizacji w tym zakresie może być Wielka Brytania. Na oddziałach pośrednich monitoruje się czynności życiowe, rozpoznają z wyprzedzeniem stany zagrożenia życia, realizuje zadania w zakresie zaawansowanej opieki pielęgniarskiej i fizjoterapii wraz z nieskomplikowaną terapią wentylacyjną, ale nie jest to jeszcze intensywna terapia, czyli najwyższy stopień leczenia chorych w stanie zagrożenia życia. Oddziały te stanowią ważny bufor między oddziałem podstawowym a tym najwyższej rangi, jakim jest oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Może i z tego po pandemii wyciągniemy wreszcie wnioski.

Mam nadzieję, że kres pandemii będzie w jakiejś formie początkiem korzyści w rozwoju naszej dyscypliny na rzecz naszych obywateli, ale stanie się tak tylko wtedy, gdy będziemy potrafili udowodnić, że warto być przygotowanym na takie wydarzenia jak pandemia SARS-CoV-2 i nieznane nam jeszcze inne. ■

Prof. Maria Majdan

Katedra i Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



Fot. Termedia

Poobijani, ale bez bardzo dużych strat wychodzimy z prawie rocznego okresu walki z pandemią. Mam nadzieję, że wprowadzenie szczepionki pozwoli na uporządkowanie sytuacji i powrót do normalnych warunków udzielania świadczeń w reumatologii.

Pandemia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wpłynęła pośrednio i bezpośrednio na wszystkie dziedziny medycyny, więc i na reumato-

logię. Istotnie zmniejszyła się liczba hospitalizacji z powodu schorzeń reumatycznych, szczególnie pacjentów, którzy powinni mieć przeprowadzony żmudny proces diagnostyki w tym kierunku, zwłaszcza w okresach dużego nasilenia pandemii. Podobnie zmniejszyła się liczba wizyt. Przede wszystkim dlatego, że wiele regionalnych szpitali zostało przekształconych w placówki leczące chorych na COVID-19.

Niewątpliwie trzeba też wziąć pod uwagę, że sami chorzy odkładali wizyty z obawy przed zakażeniem się w szpitalu czy poradni.

Specjalistyczne poradnie reumatologiczne przeszły na tryb zdalny i udzielanie teleporad, zwłaszcza w okresie dużego nasilenia pandemii. Niewątpliwie miało to wpływ na fakt, że obserwowaliśmy chorych, którzy trafiali do kliniki z istotnym zaostrzeniem do tej pory stabilnej choroby. Wynikało to z braku możliwości regularnego monitorowania terapii oraz prawdopodobnie z modyfikacji dotychczas ustalonego leczenia z powodu obawy przed zakażeniem, a czasem też z powodu ograniczenia dostępności leków. W ostatnich tygodniach sytuacja wydaje się normalizować i większa grupa chorych zgłasza się na regularne wizyty.

Wpływ pandemii na reumatologię był uwarunkowany wieloma czynnikami, ale przede wszystkim tym, że duża grupa lekarzy pracujących na referencyjnych oddziałach reumatologicznych, które często również leczą choroby wewnętrzne, została oddelegowana do leczenia chorych na COVID-19. Doprowa-

dziło to do znacznego zmniejszenia liczby łóżek reumatologicznych i możliwości udzielania porad.

Chorzy wymagający hospitalizacji bądź modyfikacji leczenia są przyjmowani na funkcjonujące oddziały reumatologiczne z zachowaniem reżimu sanitarnego. Na przykład w naszej klinice każdy chory przyjmowany planowo, ale też w trybie przyspieszonym, ma wykonywany przed przyjęciem do szpitala szybki test antygenowy w kierunku zakażenia SARS-CoV-2.

W województwie lubelskim przyjmujemy do kliniki pacjentów z zaostrzeniami chorób reumatycznych z ośrodków, które zostały przekształcone w placówki leczące chorych na COVID-19.

Podsumowując, leczenie chorób reumatycznych stało się trudniejsze z kilku powodów:

- utrudnionego dostępu do poradni reumatologicznych – teleporady są przydatne, ale na dłuższą metę nie zastąpią osobistej oceny chorego,
- utrudnionego dostępu do badań diagnostycznych, a przecież bez regularnego monitorowania skuteczności przewlekłego leczenia

oraz potencjalnych działań niepożądanych leków trudno dobrze leczyć chorych,

- obawy chorych przed zakażeniem się w ośrodkach ochrony zdrowia i w związku z tym odkładaniem zaplanowanych wizyt i prawdopodobnie modyfikowaniem terapii na własną rękę.

Wydaje się, że programy lekowe najlepiej przetrwały burzę związaną z pandemią. Realizujemy je zgodnie z planem, rozpoczynamy terapię u chorych wymagających leczenia, wykonywane są planowe wizyty wynikające z programu lekowego. Nie obserwowaliśmy zmniejszenia finansowania programów lekowych.

U części chorych (u których było to możliwe) leczonych wlewami dożylnymi leków biologicznych przeszliśmy na podskórne podawanie leków, ponieważ ograniczyło to potrzebę wizyt w ośrodku leczenia lekami biologicznymi.

Nowym wyzwaniem, przed którym pewnie staniemy w reumatologii, będą późne zespoły pocovidowe, które mogą przypominać w swoim przebiegu choroby reumatyczne i wymagać rozszerzonej diagnostyki reumatologicznej. ■

Prof. Agnieszka Słowik

Kierownik Oddziału Klinicznego Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, kierownik Katedry Neurologii Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum*, konsultant krajowa w dziedzinie neurologii



PAP/Marcin Obara

Na początku pandemii przystosowanie się do nowej sytuacji było trudne. Nie wiedzieliśmy, w jakim stopniu wirus jest zakaźny i jak się

przed nim chronić. Od tego czasu minęło już kilka miesięcy, wiemy o nim więcej i mamy więcej narzędzi, żeby się nie zakazić. Na początku pandemii zaobserwowaliśmy, że do szpitala zgłaszało się znacznie mniej chorych na udar mózgu. Podejrzewamy, co potwierdzają też analizy klinicystów z Niemiec, że osoby z niewielkimi objawami neurologicznymi rezygnowały z hospitalizacji. Obecnie liczba chorych hospitalizowanych i leczonych przyczynowo z przyczyn mózgowych jest porównywalna z tą sprzed pandemii.

Z powodu sytuacji epidemiologicznej oddział kliniczny neurologii

w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie został podzielony na dwie części: neurocovid oraz oddział neurologiczny „czysty”. Wszyscy pacjenci przy przyjęciu do szpitala mają wykonane testy na obecność wirusa SARS-CoV-2, które pozwalają zakwalifikować ich do jednego z tych dwóch oddziałów. W części neurocovidowej opiekujemy się nie tylko pacjentami np. z udarami mózgu, ale też chorymi, którzy mają różnorodne zespoły neurologiczne w przebiegu COVID-19. Na początku pandemii nie spodziewaliśmy się, że tak wiele osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 ma objawy neurologiczne w przebiegu

infekcji: zapalenie nerwów, zapalenie mięśni, objawy zapalenia mózgu, zespoły bólowe i wiele innych. Coraz więcej mówi się też o odległych skutkach neurologicznych. Nie mieliśmy jeszcze takich przypadków, obserwujemy sytuację i zobaczymy, co czeka nas w przyszłości.

Lekarze w specjalistycznych poradniach neurologicznych poza teleporadami przyjmują także pacjentów osobiście. Rygorystyczne stosowanie środków ochrony osobistej pozwala zminimalizować ryzyko zakażenia. Dużo wysiłku włożyliśmy także

w to, żeby realizacja programów lekowych przebiegała bez zakłóceń i mam przekonanie, że nam się udało. Nie dostaję też sygnałów z innych oddziałów neurologii w Polsce, żeby gdzieś programy były zaburzone lub przerwane. Część pacjentów odbywa telewizyty. Jest to bezpieczny sposób komunikacji, ponieważ są to osoby z postawioną diagnozą i zawsze prowadzi ich ten sam lekarz, który doskonale zna przebieg choroby.

Przystosowanie się do tej nowej sytuacji z pewnością wymaga większego zaangażowania personelu,

ale nasi pracownicy rozumieją powagę sytuacji, są też świadomi, że to rozwiązanie tymczasowe. Nie wiemy, jak długo potrwa, ale wszyscy mamy nadzieję, że za jakiś czas sytuacja wróci do normy. Każdy szpital przeorganizował się w zależności od warunków infrastrukturalnych i kadrowych. Trudno powiedzieć, jak jest w innych placówkach. Wydaje mi się, że sporo oddziałów neurologicznych bardzo dobrze poradziło sobie z przeorganizowaniem się na czas pandemii i mimo wszystko przyjmowało pacjentów. ■

Prof. Leszek Czupryniak

Kierownik Kliniki, ordynator Oddziału Klinicznego Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Fot. Termedia

Obecnie system ochrony zdrowia przede wszystkim zajmuje się chorymi, którzy wymagają natychmiastowej pomocy, w ostrych stanach. Niemal w ogóle nie są realizowane przyjęcia planowe do szpitali, na diagnostykę czy w celu poprawy leczenia chorób przewlekłych.

W naszej klinice zawsze obecna była duża grupa pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej, obecnie ich prawie nie ma. I nie wynika to z faktu, że problem stopy cukrzycowej zniknął, po prostu z jednej strony do szpitala trafiają głównie ciężko chorzy, w dużej części osoby z COVID-19, a z drugiej strony pacjenci boją się zgłaszać do szpitala, co też jest zrozumiałe. Ale konsekwencje tego będą znaczące i bardziej widoczne, gdy epidemia wygaśnie – znacznie wzrośnie liczba osób z nieleczonymi w odpowied-

nim czasie chorobami, z powikłaniami cukrzyca, z zaawansowanymi chorobami nowotworowymi. To jest problem, który prowadzi do czegoś, co my nazywamy nieCOVIDowymi ofiarami COVID-19. Ze statystyk wynika, że umiera tygodniowo dwa razy więcej ludzi niż rok temu – wśród nich są także te nieCOVIDowe ofiary.

W praktyce system ochrony zdrowia organizacyjnie w znacznym stopniu się załamał. Oddziały są zamykane, zakażenie się szerzy, zostały ograniczone szpitale jednoimienne, co nie było chyba dobrą decyzją. Lepszym rozwiązaniem jest jednak utrzymywanie szpitali, które są stricte zakażne i hospitalizują pacjentów z COVID-19, oraz równoległe funkcjonowanie szpitali nieCOVIDowych, prowadzących diagnostykę i leczenie osób niezakażonych.

W warszawskim szpitalu przy ulicy Banacha, gdzie pracuję, kilka tygodni temu zostaliśmy zobowiązani przez wojewodę do przygotowania 120 łóżek internistycznych dla chorych zakażonych koronawirusem. Po odwołaniu się dyrekcji zmniejszono ten obowiązek do 60 łóżek, ale to i tak jest bardzo dużo. Każda klinika musi mieć kilka łóżek dla zakażonych, tak więc ryzyko, że to zakażenie się rozniesie, jest bardzo duże, cho-

ciaż w maksymalnym możliwym stopniu przestrzegamy procedur. Mimo to w klinikach pojawiają się ogniska zakażenia, gdyż taki szpital jak nasz nie jest przystosowany ani infrastrukturalnie, ani kadrowo do zajmowania się na taką skalę pacjentami z chorobami zakaźnymi. Poza tym, w tych warunkach, trudno jest prowadzić leczenie pacjentów, którzy nie mają COVID-19. Borykamy się też z ogromnym niedoborem personelu pielęgniarskiego i to jest w tej chwili chyba największy problem organizacyjny wielu szpitali.

Bardzo zmienił się również profil hospitalizowanych pacjentów. Są to w większości ludzie w zaawansowanym wieku, po 80. i 90. roku życia, w średnim lub ciężkim stanie ogólnym, z zapaleniem płuc, które często okazuje się wywołane przez koronawirusa. Znacznie wzrosła liczba zgonów, gdyż części z tych chorych nie udaje się uratować. W praktyce nie ma też mowy o kształceniu studentów przy łóżku pacjenta – ich stan ogólny na to nie pozwala, a ci pacjenci, którzy mogliby być badani przez studentów, zwykle się na to nie zgadzają z obawy przed zakażeniem.

Powrót do normalnej pracy mogą nam umożliwić dopiero szczepionki, i oby udało się jak najszybciej za-

szczepić jak najwięcej osób. Ale też masowe szczepienia będą wymagały zaangażowania odpowiedniej liczby personelu medycznego, który i tak jest dalece niewystarczający.

W przypadku pacjentów z cukrzycą widzimy jeszcze jeden problem. Pandemia nie sprzyja tak potrzebnej im aktywności fizycznej – ludzie dużo przebywają w domach, mało się ruszają. Ostatnio w Niemczech policzono, że przeciętnie obywatel tego kraju w czasie epidemii przytył 4 kg, nie sądzę, byśmy byli pod tym względem gorsi. Ograniczenie aktywności fizycznej, częstsze podjadanie w domu, w konsekwencji przyrost masy ciała – to wszystko prowadzi do wzrostu stężenia glukozy we krwi i pogorszenia wyrównania metabolicznego cukrzycy, a to jest przecież jednoznacznie niekorzystne zjawisko. Bardzo niekorzystnie na poziom

glukozy działa także stres, wymuszona praca zdalna, ograniczenie kontaktów bezpośrednich z innymi osobami – to wszystko nasila depresję, niepokój, uczucie zagrożenia i podnosi glikemię.

Sama cukrzyca nie jest istotnym czynnikiem ryzyka zakażenia koronawirusem. Problem pojawia się, gdy jest ona niewyrównana metabolicznie. U osób z wysokimi wartościami glikemii ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 i zgonu z tego powodu znacznie się zwiększa. Dlatego też w okresie epidemii należy się szczególnie starać, aby pacjenci byli jak najlepiej leczeni, mieli jak najlepsze poziomy glukozy.

Nowym elementem w polskiej medycynie stało się też powszechne stosowanie teleporad. Telemedycyna w diabetologii jest mniej kontrowersyjna niż w innych dziedzinach. Lekarze w poradniach diabetolo-

gicznych znają swoich chorych często od wielu lat. Gdy pacjenta się zna, teleporada może być skuteczną metodą pomocy lekarskiej, gdyż i tą drogą można skutecznie ocenić stan pacjenta. Ponadto w diabetologii w dużym stopniu badanie lekarskie polega na ocenie wyników badań laboratoryjnych i pomiarów glikometru, a to można z powodzeniem robić zdalnie. U pacjentów leczonych z wykorzystaniem pompy insulinowej dane z pompy mogą być przesłane przez chmurę do lekarza i także w tym przypadku można dokonać zdalnie pełnej oceny chorego i jego cukrzycy. Jednak pacjent z nowo zdiagnozowaną cukrzycą powinien być przyjęty normalnie, z bezpośrednim kontaktem. Jako lekarze podkreślamy, że bardzo trudno jest udzielać teleporady pacjentowi, którego nigdy wcześniej nie widzieliśmy. ■

Prof. Paweł Śliwiński

Kierownik II Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc



PAP/Marcin Obara

Pandemia bez wątpienia rozregulowała działanie pneumonologii i całego systemu ochrony zdrowia. Główny akcent położono na leczenie zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Diagnostyka chorób płuc niemal stanęła w miejscu, w tym również diagnostyka raka płuca. Od pół roku ograniczone jest wykonywanie np. spirometrii, a co za tym idzie – rozpoznawanie m.in. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Ci pacjenci

kiedyś zgłoszą się do lekarza, ale już z bardziej zaawansowaną chorobą.

Pamiętajmy też, że nawet jeśli pandemię uda się opanować, to pojawi się nowa grupa pacjentów z powikłaniami po przechorowaniu COVID-19, prawdopodobnie wymagających przewlekłej terapii. COVID-19 ma krótką historię, więc jeszcze nie dysponujemy wiedzą na temat potencjalnych powikłań odległych tej choroby. Ale wiemy przecież, że każde zapalenie płuc – czy to bakteryjne, czy wirusowe – może pozostawić po sobie zmiany włókniste w mięszu płuc. Rozległe zmiany mogą prowadzić do rozwoju przewlekłej niewydolności oddychania. Coraz powszechniejszą praktyką radiologów staje się procentowe opisywanie zajętego mięszu płucnego w przebiegu COVID-19. Są pacjenci, u których ten odsetek sięga 80–90 proc. Ta grupa w ostrym okresie choroby

wymaga tlenoterapii, wspomaganie wentylacji metodą nieinwazyjną lub też intubacji. Prawdopodobnie u wielu z tych pacjentów rozwinie się przewlekła niewydolność oddychania i będą musieli być objęci opieką ośrodków domowego leczenia tlenem, a być może z czasem będą wymagali nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, którą od kilku lat możemy zaoferować również w warunkach domowych. Mówimy tutaj o płucach, które w przebiegu COVID-19 są pierwszym i najczęściej atakowanym narządem, ale pamiętajmy, że nie jedynym. U wielu chorych dochodzi także do niewydolności serca czy nerek. Dzisiaj możemy już powiedzieć, że COVID-19 to choroba wielonarządowa. Proces zapalny rozlewa się na cały organizm i zajmuje różne narządy. Coraz więcej obserwacji wskazuje, że wirus może też powodować zmiany neurologiczne.

Trudno jednoznacznie powiedzieć, w jaki sposób system ochrony zdrowia poradzi sobie z napływem tak dużej liczby pacjentów. Jeszcze przed epidemią były spore problemy z dostaniem się do specjalistów. Prawdopodobnie sobie nie poradzi i część pacjentów, którym można by pomóc, będziemy tracili. Ta tendencja jest widoczna już dzisiaj. Statystyki są nieubłagane – mamy kilkudziesięcioprocentowy wzrost liczby zgonów w ostatnich miesiącach w porównaniu z tym samym okresem ubiegłego roku. Z jednej strony są to pacjenci z COVID-19, a z drugiej także z innymi chorobami – zaniedbanymi i nieleczonymi w ostatnim okresie.

Głównym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia są braki personelu medycznego. Część po-

radni specjalistycznych i oddziałów szpitalnych mogłaby przyjmować więcej pacjentów, ale nie ma możliwości kadrowych. Według OECD w Polsce liczba praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców wynosi 2,4, co jest najniższym wskaźnikiem wśród krajów Unii Europejskiej. Możemy przyjąć, że po opanowaniu pandemii odzyskamy zdolności kadrowe sprzed marca ubiegłego roku, ale na kolejki sprzed pandemii nałoży się nowa rzesza chorych z problemami pociwoidalnymi. Dlatego należy szybko szukać rozwiązań, które pozwolą zasilić kadry medyczne, mając na uwadze, że wykształcenie lekarza trwa co najmniej 10 lat. Dzisiaj boleśnie odczuwamy wieloletnie zaniedbania w tym obszarze. Sytuacja jest patowa. Kolejne rządy niewiele

zrobiły, żeby lekarze nie opuszczali kraju. Znam wielu specjalistów, którzy wyjechali do pracy za granicę nie tylko ze względów finansowych, lecz także z powodu złych warunków pracy w Polsce – stare, nieremontowane budynki, nieodpowiednio wyposażone oddziały, nadmiar chorych przypadających na lekarza. Epidemia ten stan tylko uwypakowała.

Problemy kadrowe są w polskim systemie ochrony zdrowia palącym tematem, ale przecież wymaga on reform na wielu poziomach. Nie możemy go dłużej łączyć, wykonując prowizoryczne ruchy, ponieważ doprowadzi to do katastrofy zdrowotnej. ■

*Opracowali: Marta Kobańska,
Iwona Konarska, Krystian Lurka,
Monika Stelmach*

MENEDŻER ZDROWIA NA FACEBOOKU, TWITTERZE I LINKEDIN

WWW.FACEBOOK.COM/MENEDZERZDROWIA
TWITTER.COM/MENEDZERZDROWIA
LINKEDIN.COM/SHOWCASE/MENEDZERZDROWIA

