



ZBYT

PROCOVIDOWA

OCHRONA

ZDROWIA

PAP/Łeszek Szymański

Rozmowa z prof. Bolesławem Samolińskim, kierownikiem Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i przewodniczącym zespołu ekspertów Continue Curatio.

Jest pan przewodniczącym zespołu ekspertów Continue Curatio, w którego skład wchodzi prof. Marek Brzosko, prof. Leszek Czupryniak, prof. Zbigniew Gaciong, prof. Marcin Grabowski, prof. Teresa Jackowska, prof. Jacek Jassem, prof. Anna Kostera-Pruszczyk, dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. Andrzej Matyja, prof. Grzegorz Opolski, prof. Grażyna Rydzewska, dr Michał Sutkowski, prof. Jacek P. Szaflik, dr hab. Jarosław Woron. Czym zajmuje się ta grupa wybitnych specjalistów, jakie rekomendacje wydała?

Continue Curatio to zespół, który uważa, że system opieki zdrowotnej nie może być zamknięty dla pacjentów niecovidowych. Nasze hasło brzmi: „Choroby nie czekają na koniec pandemii. Walcz o zdrowie”. Pan-

demia COVID-19 doprowadziła do pogorszenia opieki nad chorymi niezakażonymi SARS-CoV-2. O ile wdrożone standardy profilaktyki zakaźnej oraz opieki nad chorymi na COVID-19 spowolniły pandemię, o tyle system nadzoru nad zdrowiem pozostałych Polaków znacznie się pogorszył. Część przychodni podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz oddziałów szpitalnych przestała prawidłowo funkcjonować i znacznie ograniczyła liczbę świadczonych usług medycznych. Nie opracowano jednoznacznych wytycznych dotyczących organizacji opieki, szczególnie w odniesieniu do innych zagrażających życiu chorób. Wiele osób w obawie przed COVID-19 zaniechało diagnostyki i leczenia chorób przewlekłych lub przerwało terapię. Z powodu kilku-

miesięcznego zawieszenia wielu świadczeń medycznych czas oczekiwania na ich wykonanie niepokojąco się wydłużył, a pacjenci są zagubieni i pozostawieni bez opieki. Sytuacja ta w najbliższej i dalszej przyszłości może zagrozić bezpieczeństwu zdrowotnemu naszego społeczeństwa, przede wszystkim ludzi w wieku podeszłym, bo to oni częściej niż inni korzystają z pomocy i są bardziej wymagający – cierpią na wielochorobowość i choroby cywilizacyjne.

Jednym z głównych postulatów Continue Curatio jest rozwijanie teleporadnictwa i teleopieki z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów i wytycznych przygotowanych dla dziesięciu specjalności, uwzględniających odpowiedni monitoring stanu chorych. Oczywiście jest, że telewizyta nie może być realizowana w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy niezbędne jest przeprowadzenie jakiegokolwiek elementu badania przedmiotowego, u noworodków i dzieci poniżej 12. tygodnia życia z objawami niepokojącymi rodziców oraz kiedy stan pacjenta w opinii lekarza prowadzącego wymaga osobistej wizyty w gabinecie. Mimo to twierdzimy, że dalszy rozwój teleporad i innych świadczeń teleinformatycznych jest konieczny. Przygotowaliśmy wytyczne dla dziesięciu specjalności, które zostały opublikowane na stronie internetowej Continue Curatio [choroby.nieczekaja.mypacjenci.org/rekomendacje.html – przyp. red.]. Sugerujemy na przykład, kiedy telewizyta nie może być zastosowana przy schorzeniach diabetologicznych – m.in. w przypadku nowo wykrytej cukrzycy typu 1, cukrzycy typu 2 oraz cukrzycy ciążowej, inicjacji insulinoaterapii oraz terapii pompowej, użytkowania systemu ciągłego monitorowania glikemii, a także przy leczeniu ostrych powikłań cukrzycy. W naszych rekomendacjach wymieniamy punkt po punkcie, kiedy pomoc może mieć formę telewizyty, a kiedy jest to niewskazane.

Czy rozmawiał pan z ministrem zdrowia na temat tych rekomendacji?

Minister zdrowia Adam Niedzielski zapoznał się z nimi. Wiem, że ze strony kierownictwa resortu jest duże zainteresowanie popularyzowaniem naszych rekomendacji. Ministerstwo ceni fakt, że są to propozycje ekspertów.

Czy pana zdaniem telemedycyna to sposób na zażegnanie kryzysu w ochronie zdrowia?

To jeden z elementów, które mogą poprawić sytuację. Niektórzy powiedzieliby, że najważniejszy – ja twierdzę, że... to zależy. W przypadku telemedycyny ważne jest to, z jaką populacją ma do czynienia lekarz i jakiej specjalności dotyczy problem pacjenta. Oczywiście jest, że inaczej będzie u laryngologa, u kardiologa, a inaczej u onkologa. Dlatego stworzyliśmy rekomendacje, o których mówiłem. Poza tym, wykorzystując telemedycynę, wiele problemów można rozwiązać na

LICZBA ZGONÓW W PORÓWNIANIU

Z OKRESEM PRZED PANDEMIĄ

ZWIĘKSZYŁA SIĘ MNIEJ WIĘCEJ O 30 PROC.

ŁĄCZNA LICZBA ZGONÓW

W PAŹDZIERNIKU 2020 R. WYNIOSŁA 49 132

poziomie przedszpitalnym, a to ważne, bo dzięki temu chorzy nie muszą lądować na przeciążonych szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie jest również ryzyko kontaktu z osobami zakażonymi koronawirusem. Dzięki telemedycynie można maksymalnie skutecznie rozdzielić system na dwie części – dla pacjentów z COVID-19 i bez COVID-19. To rozsądne, bo jeśli na przykład w jednej placówce będziemy leczyć te dwie grupy, to w obszarze diagnostyki obrazowej ich ścieżki będą się przecinały, paraliżując pracę pracowni radiologicznej lub ultrasonograficznej i zwiększając ryzyko transmisji zakażenia między pacjentami a personelem i między personelem a pacjentami.

Z pana słów wnioskuję, że jest pan za tworzeniem szpitali tymczasowych, aby nie mieszać pacjentów zakażonych i niezakażonych.

Tak – i niepokoi mnie to, co słyszałem. Z tego, co wiem, jeden z najbardziej specjalistycznych szpitali, czyli Centralny Szpital Kliniczny przy ulicy Banacha w Warszawie, ma być przekształcony w szpital covidowy. Warto przypomnieć, że to jest placówka, w której przeszczepia się wątroby, nerki, operuje mózg, przeprowadza zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, wykonuje wysokospecjalistyczne świadczenia dla pacjentów neurologicznych, laryngologicznych. Tam przeprowadza się poważne i unikatowe zabiegi. Jeśli zamkniemy ten szpital dla pacjentów, to gdzie otrzymają pomoc? Nie przejmie ich żaden szpital powiatowy. Czy nie szkoda zaprzestać wykonywania wysokospecjalistycznych procedur w szpitalach klinicznych na potrzeby jednoimiennej podstawowej opieki zdrowotnej nad pacjentem z COVID-19?

Jak zatem powinien być teraz skonstruowany system szpitalnictwa?

Tak jak wspominałem, dobrze byłoby, gdybyśmy mieli systemy covidowy i niecovidowy dokładnie rozdzielone. Część covidową należy podzielić na podstawową opiekę nad pacjentami bez powikłań i opiekę nad chorymi z powikłaniami, gdzie potrzebna jest pomoc specjalistów z oddziałów kardiologicznych, gastroenterologicznych, neurologicznych itp. Część niecovidowa



PAP/Tomasz Gzell

powinna pomagać tak jak do tej pory, ponieważ i tak mamy kolejki pacjentów czekających latami na rozwiązanie ich problemów zdrowotnych.

Na początku listopada rozmawiałem z prof. Juliuszem Jakubaszka, anesteziologiem i specjalistą medycyny ratunkowej, członkiem zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej oraz byłym konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej. Skrytykował tworzenie szpitali tymczasowych, mówiąc: „Zaczynają powstawać i dobrze wyglądają w telewizji, nic poza tym. W telewizji pojawiają się urzędnicy, przedstawiciele partii rządzącej, którzy pokazują, że coś się dzieje, że coś robią, a anektują stadiony i hotele”. Jak pan się do tych słów odniesie?

Domyślałem się, że chodziło o to, że szpitale tymczasowe nie są w pełni wykorzystywane ze względu na warunki dotyczące przyjmowania chorych. Zgadzam się z profesorem, że możliwość dotarcia do tych placówek powinna być uproszczona i muszą one być bardziej otwarte na pacjentów covidowych. Z tego,

DOBRZE BYŁOBY,

GDYBYŚMY MIELI

SYSTEMY COVIDOWY I NIECOVIDOWY

DOKŁADNIE ROZDZIELONE

co wiem, kryterium przyjęcia do szpitala na Stadionie Narodowym jest takie, że pacjent ma być sprawny, czyli samodzielnie się poruszać, ma nie mieć gorączki i chorób współistniejących. Śmiało mogę powiedzieć, że taki chory może pozostać w domu. Wolałbym, żeby ten szpital był otwarty na tych, których próbujemy dowieźć do placówek opieki zdrowotnej, gdzie karetki czekają godzinami na wolne miejsce, żeby można było chorego przyjąć, podłączyć do tlenu czy do respiratora. Myślę, że w tym celu szpitale dodatkowe – covidowe są tworzone i jako pracownik ochrony zdrowia, jako lekarz, wyobrażam sobie, że właśnie tam powinno odbywać się leczenie chorych, którzy potrzebują hospitalizacji z powodu COVID-19. Pacjentów, którzy są samodzielni, sprawni, bez wielochorobowości, pozostałbym w domu pod opieką lekarzy POZ. Oczywiście oni muszą zostać poinformowani, w jakiej sytuacji powinni zgłosić się do systemu ponownie. Zwykle w drugim tygodniu choroby, kiedy stan zdrowia zaczyna się pogarszać, zaczynają się duszności – to jest sygnał, by pacjent ponownie został zdiagnozowany w ochronie zdrowia i być może nawet hospitalizowany. To znaczy, że choroba dotknęła tkanki płucnej i zaczęła zagrażać jego bezpieczeństwu.

Podczas konferencji prasowej zorganizowanej w Ministerstwie Zdrowia powiedział pan: „Generalny wniosek jest taki, żebyśmy zaczęli pracować tak jak przed okresem epidemii na rzecz tych chorych, którzy wymagają opieki, a nie są zarażeni koronawirusem”. Czy rzeczywiście jest tak źle?

Liczba zgonów w porównaniu z okresem przed pandemią zwiększyła się mniej więcej o 30 proc. Łączna liczba zgonów w październiku 2020 r. wyniosła 49 132. Wzrostu nie można uzasadnić zgonami spowodowanymi koronawirusem – przyczyna jest inna. Dopatrujemy się jej w tym, że system ochrony zdrowia stał się zbyt procovidowy, a zbyt mało propacjencki, biorąc pod uwagę inne schorzenia, a te – podkreślę ponownie – wciąż istnieją. Nie jest tak, że Polacy przestali chorować na nadciśnienie, na zawały mięśnia sercowego, na choroby wrzodową itd. Pamiętajmy o tym.

Rozmawiał Krystian Lurka

Więcej o Continue Curatio na stronie internetowej: chorobyinieczekaja.mypacjenci.org.