

22.11.2020, 07:01 Warszawa (PAP)

Gen. Gielerak: warunkiem wygaszenia epidemii jest sprawny system identyfikacji zakażonych (wywiad)

Warunkiem wygaszenia epidemii bez konieczności użycia rozwiązania ostatecznego, jakim jest "kwarantanna narodowa" jest sprawny i powszechny system identyfikacji osób zakażonych – stwierdził w wywiadzie dla PAP dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie gen. Grzegorz Gielerak.

Szef WIM, nazywanego potocznie szpitalem przy Szaserów, zwraca uwagę, że notowany w ostatnich dniach spadek liczby zakażonych, przy mniejszej niż to wcześniej miało miejsce liczbie wykonywanych testów, nie jest jedynie efektem mniejszej liczby zleceń lekarzy POZ, jak twierdzą niektórzy. Generał stawia tezę, że jest to także wynik kalkulacji, której dokonują chorzy i coraz powszechniejszego procederu unikania wykonywania badań przez osoby mające typowe objawy zakażenia koronawirusem z zamiarem uchronienia się przed konsekwencjami administracyjnymi rejestracji w bazie danych inspekcji sanitarnej.

Dyrektor WIM podkreśla, że potwierdzana każdego dnia wynikami testów RT-PCR liczbę zakażonych w przedziale 20-25 tys., w rzeczywistości odpowiada 100 tys. osób zakażających się każdego dnia. Stan ten – jak zauważa prof. Gielerak - od kilku tygodni poważnie rzuca na wydolność systemu ochrony zdrowia, której pierwszym objawem wyczerpania może być notowana relatywnie wysoka, także w stosunku do liczby zakażonych, śmiertelność.

W wywiadzie dla PAP szef WIM zapowiada m.in., że przyjęcie pierwszego pacjenta do szpitala tymczasowego w lokalizacji "Okęcie" jest planowane na koniec listopada, zaś uruchomienie szpitala modułowego w lokalizacji "Szaserów" nastąpi w połowie stycznia 2021 roku.

PAP: Wojskowy Instytut Medyczny odpowiada za jednego z tymczasowych szpitali w Warszawie. Gdzie i kiedy powstanie, na jakim etapie są prace?

G.G.: Inwestycja będzie przebiegać w dwóch etapach, co wynika z przyjętego priorytetu, którym jest możliwie najszybsze uruchomienie nowych miejsc opieki nad chorymi z COVID-19. W pierwszym etapie, w perspektywie najbliższych 7-10 dni powstanie szpital tymczasowy w lokalizacji "Okęcie".

Jednocześnie prowadzona jest inwestycja, której celem jest sformowanie w terminie 8-9 tygodni szpitala modułowego w lokalizacji "Szaserów" jako kompletnego i dojrzałego rozwiązania technologiczno-użytkowego dedykowanego podejmowaniu zaawansowanych interwencji medycznych w sytuacjach kryzysowych, w tym zagrożeń epidemicznych takich jak obecny koronakryzys. Szpital modułowy będzie następcą szpitala tymczasowego, co w

praktyce oznacza przejęcie jego zadań.

PAP: Dlaczego wybór padł na 1. Bazę Lotnictwa Transportowego?

G.G. Zdecydowały o tym możliwość ograniczenia do niezbędnego minimum kosztów stałych funkcjonowania placówki, a także infrastruktura pozwalająca, oczywiście po odpowiednim dostosowaniu, stworzyć warunki do skutecznego i bezpiecznego leczenia chorych z COVID-19. Od początku inwestycja jest realizowana z wykorzystaniem doświadczeń jakie zdobyliśmy podczas misji zagranicznych WIM w rejonach dotkniętych pandemią. Uzupełnienie tej wiedzy o własne doświadczenia, pomysły poprawiające funkcjonalność placówki realizowane od wiosny tego roku we współpracy z profesjonalnym biurem projektowym zdecydowały, że proponowany przez WIM model funkcjonalno-użytkowy szpitala tymczasowego jest rozwiązaniem głęboko przemyślanym i na swój sposób rewolucyjnym.

PAP: Ilu pacjentów będzie mogło w nim liczyć na opiekę?

G.G.: Zgodnie z wytycznymi szpital jest przewidziany dla 250 chorych, w tym 30 miejsc intensywnej terapii. Od początku chcemy skupić się na leczeniu chorych wymagających tlenoterapii i oddechu wspomaganego, tj. grupy pacjentów, których los w największym stopniu jest uzależniony od sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym dostępności do stanowisk respiratorowych.

Specyfika leczenia chorych z COVID-19 jasno pokazuje, że największe wyzwanie terapeutyczne stanowią chorzy niewydolni oddechowo, którzy często wymagają stosowania oddechu wspomaganego nawet przez kilka tygodni, co siłą rzeczy powoduje, że miejsc udzielania tego rodzaju świadczeń zaczyna w pewnym momencie brakować. Jeśli więc chcemy uniknąć sytuacji z jakimi spotkaliśmy się w Lombardii – przypomnę jednym z najbogatszych regionów Europy z doskonale zorganizowanym i wyposażonym system ochrony zdrowia, gdzie każdego dnia lekarze stawali przed dylematem, którego pacjenta odłączyć od respiratora, dając w ten sposób szansę na życie innemu - musimy posiadać odpowiednie do tego zaplecze medyczne.

Osobiście jestem zwolennikiem przypisania szpitalom tymczasowym głównie funkcji jednostek terapii respiratorowej (70 proc. spośród 60-100 łóżek) z niewielką liczbą miejsc przeznaczonych dla pacjentów wymagających tlenoterapii, w tym nieinwazyjnych procedur oddechu wspomaganego, czyli tzw. przed- i porespiratorowych w miejsce dziś obowiązującej kwalifikacji, tj. pacjentów przed- i poszpitalnych.

PAP: No właśnie, WIM ma doświadczenia własne dotyczące walki z COVID-19 opieki nad pacjentami, a także doświadczenia zebrane za granicą. Co one pokazują?

G.G.: Nasze doświadczenia z misji włoskiej oraz w USA szczegółowo przedstawiliśmy w przygotowanych raportach oraz wielu webinarjach. Zwłaszcza misję w Lombardii można uznać za szczególnie pożyteczną i wybitnie wręcz praktyczną.

Doświadczenia dotyczące organizacji opieki nad chorymi z COVID-19 prowadzonej zarówno w

warunkach ambulatoryjnych jak i szpitalnych, podobnie jak pozyskane procedury diagnostyczne i terapeutyczne stanowiły doskonały materiał do opracowania i wdrożenia standardów postępowania w kraju.

Z perspektywy czasu widać jak wiedza, doświadczenie oraz praktyczne dokonania Włochów okazały się wartościowe w procesie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec pacjentów zakażonych koronawirusem. Wiele z nich, jak np. protokół oceny wyników badań radiologicznych płuc czy praktyka prowadzenia opieki nad chorym pozostającym w izolacji domowej z powodzeniem dziś jeszcze mogą służyć jako standard postępowania klinicznego. Wiedza ta, podobnie jak pojawiające się z upływem czasu doświadczenia własne spowodowały, że także w WIM nasze postępowanie zostało podporządkowane stale aktualizowanym procedurom opierającym się na najnowszej wiedzy oraz narzędziach diagnostycznych. Rozbudowana diagnostyka laboratoryjna i molekularna, ale także włączenie do rutynowego postępowania diagnostycznego tomografii komputerowej klatki piersiowej pozwoliły poprawić jakość i bezpieczeństwo opieki nad chorymi.

Osobnym problemem jest skuteczny sposób prowadzenia terapii chorych. Mierzenie się z wyzwaniem jakim jest hamowanie replikacji koronawirusa w ostrej, początkowej fazie choroby, podobnie jak rozpoznanie i skuteczne przeciwdziałanie wygórowanej odpowiedzi immunologicznej z jej klinicznymi skutkami w postaci cytotoksycznego zapalenia płuc czy powikłań zakrzepowo-zatorowych stanowi namiastkę skali problemów związanych z prowadzeniem skutecznej terapii. Dobór właściwych leków, ordynowanych w należyty sposób na odpowiednim etapie choroby, połączony z opieką uwzględniającą także stosowanie procedur z zakresu intensywnej terapii są jednymi z najważniejszych działań jakie korzystnie mogą zmienić bieg zdarzeń związanych z epidemią, w tym przede wszystkim zmniejszyć śmiertelność chorych.

PAP: Szpitalem ma pokierować kpt. Jacek Siewiera, przybliżmy krótko jego sylwetkę.

G.G.: Anestezjolog, oficer i prawnik Wojskowego Instytutu Medycznego od marca 2020 roku aktywnie zaangażowany w zwalczanie pandemii SARS-CoV-2. Dowodził misjami medycznymi WIM w Lombardii oraz Stanach Zjednoczonych, za co został wyróżniony podczas wizyty w Białym Domu przez Prezydenta USA. Na co dzień pełni obowiązki kierownika Kliniki Medycyny Hiperbarycznej WIM, łącząc je z pracą naukową w dziedzinie strategii i innowacji na Uniwersytecie Oksfordzkim.

PAP: Co znajdzie się na wyposażeniu szpitala tymczasowego WIM, jacy pacjenci będą mogli tam trafić. Jak będzie wyglądało jego "zaplecze" m.in. czy będzie diagnostyka laboratoryjna, sprzęt inny niż zapewniający wsparcie oddechowe?

G.G.: W kwietniu br. opracowaliśmy w WIM koncepcję oraz kompletny projekt inwestycyjny szpitala modułowego na 60 stanowisk intensywnej terapii oraz 25 łóżek nieinwazyjnej tlenoterapii wraz z pełną infrastrukturą diagnostyczną i logistyczną. Projekt skupia w sobie najlepsze rozwiązania techniczne i organizacyjne z jakimi personel WIM zetknął się podczas misji we Włoszech, uzupełnione dodatkowo o doświadczenia własne. Dzięki temu powstanie

placówka realizująca dwa najważniejsze cele: prowadzenie intensywnej terapii pacjentów z COVID-19 w warunkach najwyższego poziomu bezpieczeństwa epidemicznego personelu medycznego. Budowany w WIM szpital ma jednocześnie pełnić funkcję referencyjnego ośrodka szkoleniowego dla kadry medycznej kierowanej następnie do pracy w innych szpitalach tymczasowych.

PAP: Ile osób personelu będzie pracowało w "wim-owym" tymczasowym szpitalu? Trwa nabór personelu? Są chętni? Podpowiedzmy, gdzie można się zgłaszać. Kogo szukacie – oprócz oczywiście pielęgniarek, lekarzy, ratowników, salowych, potrzebujecie techników informatyków, rejestratorek, kierowców, techników radiologii. Jaki będzie transfer kadr z Szaserów?

G.G: Przy pełnym obłożeniu szpitala tymczasowego prowadzenie opieki nad 250 pacjentami wymaga nieco ponad 500 osób kadry medycznej, pomocniczej i administracyjnej, stąd prowadzimy intensywny nabór kandydatów do pracy, także poprzez portal <https://szpitaltymczasowy.wim.mil.pl>. Liderzy poszczególnych zespołów oraz procesów (ok. 30 osób) będą rekrutowani spośród etatowych pracowników WIM, co już na starcie zapewni wdrożenie w nowym szpitalu pożądaných standardów wiedzy i jakości.

Okazuje się, co bardzo cieszy, że nasza koncepcja organizacji szpitala tymczasowego spotkała się z dużym zainteresowaniem środowiska medycznego. Trzy dni po uruchomieniu naboru swój akces do pracy w naszej jednostce zgłosiło ponad 200 pracowników medycznych. Teraz, zgodnie z zapowiedzią, rozpoczynamy indywidualne spotkania z każdym zainteresowanym. Oczywiście wciąż czekamy na kolejnych chętnych.

PAP: Już na początku epidemii postulował Pan generał tworzenie szpitali tymczasowych. Obecna formuła będzie realizacją tamtej koncepcji czy coś zostało państwu narzucone wytycznymi z MZ?

G.G.: Podstawową jednostką organizacyjną jest 15 łóżkowy OIT, który może być powielany do łącznej liczby 60-100 łóżek. Przy czym 70 proc. stanowią stanowiska respiratorowe, natomiast kolejne 30 proc. to łóżka terapii tlenowej, dzielone równo dla pacjentów przed i po terapii respiratorowej. Uzupełnieniem niezbędnego wyposażenia będą wstawiane moduły – kontenery – diagnostyki radiologicznej (CT i rtg). laboratoryjnej, dekontaminacji. Budowany w ten sposób szpital jest rozwiązaniem tańszym, tym niemniej będącym kompromisem pomiędzy szybkością wykonania (ok. 7-10 dni) i kosztami a jakością i bezpieczeństwem realizowanych w jego obszarze zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych.

PAP: Kiedy pierwszy pacjent trafi "do Was" na Okęcie?

G.G.: Przyjęcie pierwszego pacjenta do szpitala tymczasowego w lokalizacji "Okęcie" jest planowane na koniec listopada. Natomiast uruchomienie szpitala modułowego w lokalizacji "Szaserów" nastąpi w połowie stycznia 2021 roku.

PAP: WIM a COVID-19. Jak zmieniło się funkcjonowanie placówki. Czy oprócz leczenia,

prowadzone są np. projekty badawcze dotyczące koronawirusa?

G.G.: Podobnie jak w przypadku każdego podmiotu leczniczego epidemia znacząco zmieniła funkcjonowanie WIM. To nie tylko kwestia konieczności stosowania nowych procedur podnoszących bezpieczeństwo epidemiczne personelu i pacjentów, ale także wiele zmian organizacyjnych spowodowanych wydzieleniem obszarów leczenia chorych z COVID-19.

Aktualnie jesteśmy w stanie jednocześnie poddać leczeniu 180 chorych zakażonych, w tym 17 wymagających oddechu wspomaganego. Jednocześnie udzielamy świadczeń medycznych pozostałym, zgłaszającym się do WIM chorym, a o skali naszego zaangażowania najlepiej świadczy fakt, że do końca roku zrealizujemy roczną wartość kontraktu na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z płatnikiem.

Pacjenci z urazami wielonarządowymi trafiający do funkcjonującego w instytucie centrum urazowego, chorzy z ostrymi zespołami wieńcowymi, udarami mózgu, podobnie jak pacjenci onkologiczni są dla nas takim samym priorytetem jak chorzy z COVID-19.

Aby ograniczyć wpływ pandemii na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w WIM już w maju, po 8 tygodniowym częściowym lockdownie, rozpoczęliśmy przywracanie działalności szpitala w pełnym zakresie. Wielokrotnie podejmowaliśmy również akcje informacyjne skierowane do pacjentów zachęcając ich do korzystania z usług placówki w każdej sytuacji, kiedy tylko uznają to za konieczne.

Skala i rodzaj powikłań jakie obserwujemy od kilku miesięcy wśród zgłaszających się do szpitala chorych wyraźnie pokazują jak poważnym problemem czegoś co mieści się w szeroko rozumianym pojęciu zdrowia Polaków jest unikanie kontaktu ze służbą zdrowia. Brak specjalistycznego nadzoru, zwłaszcza w zakresie chorób przewlekłych, pozbawia chorych szans na szybki powrót do zdrowia, zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań, w tym także zagrażających życiu. To bardzo niebezpieczny trend, który jak najszybciej powinien zostać przerwany przez szeroko zakrojoną akcję informacyjną skierowaną do społeczeństwa, ale także możliwie jak najszybsze otwarcie podmiotów leczniczych dla pacjentów nie-COVID-19. Do tego jednak potrzebna jest precyzyjna strategia walki z epidemią, która pozwoli m.in. sprawnie i efektywnie zarządzać najbardziej wrażliwym – trudno dostępnym zasobem systemu jakim bez wątplenia są dziś kadry medyczne.

Oczywiście jako placówka naukowo-badawcza podejmujemy także inicjatywy mające na celu poznanie klinicznych aspektów przebiegu COVID-19 w drodze identyfikacji czynników, które wiążą się z poprawą, względnie rzutują na pogorszenie rokowania chorych. Nie wystarczy bowiem widzieć, jak ludzie chorują, jak umierają. Trzeba problemy nazwać i zmierzyć – posługiwać się przy tym miernikami i wskaźnikami pozwalającymi zobiektywizować decyzje diagnostyczne i terapeutyczne.

Prowadzimy również badanie kliniczne pierwszej fazy nad aktywną cza?steczką – trójpirofosforanem mioinozytolu (ITPP) – posiadającą zdolność zwiększania uwalniania tlenu przez hemoglobiny? poprawiając w ten sposób utlenowanie tkanek, co może

przeciwdziałać skutkom powikłań związanych z niewydolnością oddechową w przebiegu COVID-19.

PAP: Jaka jest pana profesora diagnoza aktualnej sytuacji epidemicznej? Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy? Jakiego kroki należałoby wykonać?

PAP: Mamy niebezpiecznie dużą, potwierdzaną każdego dnia wynikami testów RT-PCR wykonywanych głównie u osób objawowych i to tych, którzy mając objawy, chcą się przetestować, liczbę zakażonych zawierającą się w przedziale 20-25 tys., co w rzeczywistości odpowiada 100 tys. osób zakażających się każdego dnia. Stan ten od kilku tygodni poważnie rzutuje na wydolność systemu ochrony zdrowia, której pierwszym objawem wyczerpania może być notowana relatywnie wysoka, także w stosunku do liczby zakażonych, śmiertelność. To bardzo niepokojąca sytuacja biorąc pod uwagę, że zgodnie z kalendarzem wirusowych epidemii okresu jesienno-zimowego realnie jesteśmy jeszcze przed szczytem zachorowań.

Stąd myśląc o korekcie obecnego kursu uważam, że w pierwszej kolejności powinniśmy przystąpić do opracowania oraz upowszechnienia do stosowania standardu diagnostyczno-terapeutycznego określającego sposób prowadzenia opieki nad chorymi. Czas trwania choroby oraz towarzyszące objawy wyznaczają wąskie okna możliwości prowadzenia skutecznego leczenia. Wiremia to faza choroby właściwa do podania leku przeciwwirusowego i swoistych przeciwciał. Jej ustąpienie i przejście choroby w etap burzy cytokinowej jest z kolei wskazaniem do rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego. Z tego powodu tak ważne jest skrupulatne monitorowanie ewolucji zakażenia koronawirusem i adekwatne do okoliczności reagowanie. Tylko bliska współpraca personelu medycznego opiekującego się chorymi realizowana w oparciu o jednolite standardy postępowania zarówno na etapie leczenia ambulatoryjnego, jak i specjalistycznego prowadzonego w szpitalach i oddziałach zakaźnych daje szansę uniknięcia bezpowrotnej utraty dostępnych w leczeniu COVID-19 możliwości terapeutycznych przyczyniając się wprost do zmniejszenia śmiertelności.

Po drugie, warunkiem wygaszenia epidemii bez konieczności użycia rozwiązania ostatecznego jakim jest „kwarantanna narodowa” jest sprawny, powszechny system identyfikacji osób zakażonych.

Notowany w ostatnich dniach spadek liczby zakażonych przy mniejszej niż to wcześniej miało miejsce liczbie wykonywanych testów jest okolicznością, która powinna zainspirować do pogłębionej refleksji nad przyczynami zjawiska. Czy rzeczywiście mamy do czynienia wyłącznie z efektem mniejszej liczby zleceń lekarzy POZ spowodowanym ubywającą liczbą zakażonych? Obserwacja zachowań pacjentów wskazuje, że równie istotną w tym rolę odgrywa coraz powszechniejszy proceder unikania wykonywania badań przez osoby mające typowe objawy zakażenia koronawirusem z zamiarem uchronienia się przed konsekwencjami administracyjnymi rejestracji w bazie danych inspekcji sanitarnej.

Powszechność identyfikacji osób zakażonych, także bezobjawowych np. z kontaktu, holistyczna opieka medyczna nad zarejestrowanymi zakażonymi oraz maksymalne uproszczenie i usprawnienie procedur urzędowych są instrumentami do tego, aby nasza

wiedza o skali zakażeń w jak największym stopniu odwzorowywała otaczającą rzeczywistość.

Po trzecie, nowe sposoby finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez płatnika dotyczą dziś niemal wyłącznie chorych z COVID-19. Praktyka funkcjonowania podmiotów leczniczych w dobie epidemii pokazała, że zachowanie możliwości leczenia pozostałych pacjentów wymaga większej elastyczności w zarządzaniu środkami finansowymi w poszczególnych pozycjach planu finansowego NFZ. Kredytowanie procedur wysokokosztowych przez podmioty lecznicze powodowane odroczonymi o wiele miesięcy terminami refundacji okazało się dla wielu szpitali barierą nie do pokonania w warunkach pojawienia się dodatkowych kosztów związanych z koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa epidemicznego pacjentów i personelu medycznego. Stąd maksymalne skrócenie terminów płatności za wykonane procedury na pewno wydatnie poprawi możliwości udzielania wysokokosztowych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym procedur onkologicznych przez podmioty lecznicze. (PAP)

Autor: Katarzyna Lechowicz-Dyl

ktl/ robs/

 Copyright

Materiały redakcyjne, fotografie, grafy i pliki wideo pochodzące z serwisów informacyjnych PAP stanowią element baz danych, których producentem i wydawcą jest Polska Agencja Prasowa S.A. z siedzibą w Warszawie i chronione są przepisami ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych oraz ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o ochronie baz danych. Z zastrzeżeniem przewidzianych przez przepisy prawa wyjątków, w szczególności dozwolonego użytku osobistego, ich wykorzystanie dozwolone jest jedynie po zawarciu umowy licencyjnej. PAP S.A. zastrzega, iż dalsze rozpowszechnianie materiałów, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt. b) ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych, jest zabronione.