



KRAJ

ODDZIAŁ ZAMKNIĘTY

Przestawienie systemu opieki zdrowotnej na walkę z koronawirusem sprawiło, że pacjenci z innymi chorobami znaleźli się na dalekim marginesie.

MACIEJ MÜLLER

WSZPITALNEJ DYŻURCE DZWONI TELEFON. Dyspozytor pogotowia: – Mamy w karetce pacjenta z silnym bólem w klatce piersiowej, jedziemy do was.

Lekarka: – Nie mamy wolnych łóżek.
Dyspozytor: – Mnie to nie interesuje, to wasz problem.

Rozmawiam z dr Justyną, internistką, która podobnych sytuacji przeżyła

w ostatnim roku dziesiątki. Zgadza się porozmawiać anonimowo, obawia się podpaść dyrekcji.

Co robi, kiedy pogotowie przywozi pacjenta do izby przyjęć jej szpitala? – Jeśli

Szpital Bródnowski, Warszawa,
styczeń 2021 r.



FILIP BŁAŻEJOWSKI / FORUM

jego stan na to pozwala, to będzie czekał, aż zwolni się łóżko. A jeśli chodzi o stany niezagrożające życiu, np. napadowe miganie przedsionków, to pomagamy mu na izbie i wypisujemy. Wielu takich pacjentów, których dwa-trzy lata temu z pewnością położylibyśmy na oddziale, dzisiaj zaopatrujemy w leki i odsyłamy do domu. Ze świadomością, że za kilka dni mogą wrócić w gorszym stanie. I tak się często dzieje.

Pusty magazyn

Dr Justyna pracuje w niewielkim szpitalu powiatowym w 20-tysięcznym mieście w Wielkopolsce. Dwie najbliższe placówki zamieniono na covidowe. W jej szpitalu wojewoda kazał natomiast utworzyć oddział covidowy. – Zajął całą

internę. Musieliśmy więc poważnie się ściętnąć. Interna trafiła na sale ortopedii, oddziału mniejszego i gorzej wyposażonego. Ortopedia wylądowała z kolei na chirurgii i zaopatruje tylko najpoważniejsze urazy. No a chirurdzy w rezultacie też mają mniej łóżek. Nie mamy OIOM-u, bo jest covidowy. Dlatego bywa, że pacjenci po ostrej operacji leżą na respiratorze na chirurgii – mówi lekarka. – Co gorsza, nie mamy możliwości odpowiedniego monitorowania czynności życiowych pacjentów niecovidowych, bo zwykle oddziały pozabawiono większości sprzętu.

– Personelu jest tyle samo, co dawniej, a karetki wożą do nas teraz pacjentów z trzech powiatów – opowiada dr Justyna. – Mamy więc trzy razy więcej pacjentów i mniej niż połowę dotychczasowych

możliwości. Dwie pielęgniarki przypadają na 45 pacjentów, których trzeba nakarmić, podać wodę, zmienić pieluchy. I nie chodzi o to, że nie jesteśmy w stanie pracować więcej i ciężiej, każdy już dawno zakasał rękawy. Sama przepracowałam w ostatnim miesiącu 330 godzin. Chodzi o to, że nie ma już nawet gdzie pacjentów przyjąć, zdiagnozować i leczyć.

W magazynie szpitalnym dawno skończyły się zapasowe łóżka. Zastawiono nimi nawet korytarze. – Wygląda to strasznie – mówi – ale czasem lepsza taka prowizorka niż odesłanie do domu niepewnego pacjenta.

Płacz

Dr Justyna woli dyżurować na oddziale covidowym niż zwykłym. – To praca wyczerpująca fizycznie, psychicznie i emocjonalnie, ale ma jedną, niezaprzeczalną zaletę. Nie przywożą więcej pacjentów, niż jest wolnych miejsc.

Za trwający od miesiąca chaos obwinia zarządzających systemem. – Jednostki administracyjne, które nas nadzorują, nie przygotowały żadnych wytycznych, w jaki sposób mamy postępować z pacjentami, u których nie potwierdzono zakażenia koronawirusem, ale którzy wymagają pilnej hospitalizacji. Nikt nam nie powiedział, czy powinniśmy wypisywać niedoleczonych, czy możemy nie przyjmować wymagających przyjęcia albo wreszcie czy przyjmować chorych i kłaść ich na podłodze na kocach, o ile sobie te koce przywożą. Obecnie w Wielkopolsce na pacjentów z COVID-19 czeka siedemset wolnych miejsc. Utworzono dla nich call center, które pomaga ustalić, w którym szpitalu jest wolne miejsce. Niecovidowi nie mają tego szczęścia. Czy ktoś obliczył, ile łóżek zabrano innym pacjentom? I pomyślał, że ta sytuacja gwarantuje zgony z powodu innych schorzeń?

Lekarka przyznaje, że często zaraz po przyjściu do pracy chce jej się płakać. – Jestem wykończona psychicznie codziennym podejmowaniem decyzji, kogo przyjmując, a kogo odesłać. Pamiętam rozpaczliwe telefony od rodzin pacjentów hematologicznych, potrzebujących przetoczenia krwi. Mówili, że dzwoniли już po pięciu-sześciu szpitalach i wszędzie →

→ usłyszeli, że nie ma miejsc. Serce pęka, chcielibyśmy pomóc, bo po to jesteśmy, ale mamy związane ręce. Z kolei pacjentów leżących na oddziałach staramy się wypisywać najszybciej, jak się da. W normalnych czasach poleżeliby kilka dni dłużej na obserwacji. Teraz takich nie do końca doleczonych musimy wypisać, bo na łóżko czekają następni. Boję się, ponieważ za takie decyzje biorę pełną odpowiedzialność. A kiedy opadnie kurz po pandemii i zdarzy się pozew, nikt nie będzie pamiętał, że sytuacja była krytyczna, brakowało miejsc, środków i ludzi.

Termin anulowany

Zabiegi planowe ograniczono na samym początku pandemii, 16 marca 2020 r. Miało to przekonujące uzasadnienie: nieznana była skala zagrożenia niesionego przez SARS-CoV-2, a szpitale są wypełniane zakażeniami – należało więc ograniczyć liczbę hospitalizowanych. W miarę jak powstawały oddziały i szpitale covidowe, wyczerpywały się rezerwy anestezjologów. Jako specjaliści intensywnej terapii są uwiązani przy chorujących na COVID-19, podtrzymując ich przy życiu. A bez anestezjologa nie może być mowy o żadnej operacji.

Kolejki stały w miejscu, czekający od dawna na operację stracili terminy. W nieco tylko lepszej sytuacji byli chorzy na nowotwory, na ogół traktowani priorytetowo. Podobnie działo się na niższych stopniach systemu opieki zdrowotnej: czasowo niedostępne stały się nawet gabinety podstawowej opieki zdrowotnej. Wypracowany kompromis w postaci teleporad nie zaspokoił potrzeb. Eksperci alarmowali: pacjenci tak boją się zakażenia, że rezygnują z wizyty u lekarza, nawet jeśli jest ona możliwa.

Skutki widać w liczbach. W 2019 r. na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielono 87,4 mln porad. Rok później: 71,1 mln, czyli prawie jedną piątą mniej. W drugim kwartale, kiedy trwał lockdown, udzielono aż o 7 mln świadczeń mniej niż w analogicznym okresie 2019 r. Problem jest tym poważniejszy, że pogorszyło się coś, co od dawna działało fatalnie: kolejki do specjalistów od lat rosły, np. do kardiologa na NFZ, i to w trybie pilnym, na rok przed pandemią czekało się średnio 19 dni. Łukę tylko w ograniczonym stopniu jest w stanie wypełnić medycyna prywatna – nie każdego stać na kilkaset złotych za wizytę, nie każdy

pracodawca zapewnia pracownikom abonentament.

Radykalne ograniczenie świadczeń będzie miało dla zdrowia publicznego skutki poważne i długotrwałe. Niewykryty w porę nowotwór może już się nie nadawać do leczenia. Nieuregulowana lekami cukrzyca zagraża życiu.

Według jednego z raportów Ministerstwa Zdrowia wśród osób, które w przeszłości leczyły się na choroby przewlekłe, w zeszłym roku najwięcej zmarło tych z chorobami krążenia (wzrost o 17 proc. względem 2019 r.), cukrzycą (16 proc.), chorobami neurologicznymi (14,5 proc.); w przypadku nowotworów wskaźnik ten wynosi 4,7 proc. W 2020 r. zmarło prawie 70 tys. osób więcej niż w 2019. Za zgony nadmiarowe tylko w 43 proc. przypadków odpowiada koronawirus, cała reszta była związana z innymi chorobami.

Zostań w domu

W marcu Fundacja My Pacjenci opublikowała wyniki badania na reprezentatywnej próbie tysiąca osób. Okazało się, że ponad cztery piąte pacjentów, którzy w czasie pandemii korzystali z opieki medycznej, doświadczyło odwołania lub przełożenia na inny termin zaplanowanej wizyty u lekarza. Nieco ponad połowę badanych umożliwiono kontakt z lekarzem wyłącznie przez telefon lub internet, natomiast jedna trzecia ankietowanych zgłosiła, że nie sposób było dozwonić się do przychodni lub że wizyty zostały wstrzymane. 75 proc. ocenia, że w okresie pandemii dostęp do lekarza w sprawach niezwiązanych z infekcją SARS-CoV-2 jest utrudniony.

Prawie 60 proc. badanych za priorytet polityki zdrowotnej uznało zmniejszenie kolejek, a 55 proc. – umożliwienie wizyty osobistej w gabinecie. Przy tym 16 proc. pacjentów zastrzegło, że „powaga sytuacji” jest dla nich zrozumiała i w spokoju czekają w kolejce na wizytę czy zabieg. Zdaniem prezesa Fundacji My Pacjenci Magdaleny Kołodziej to bardzo niepokojące zjawisko. „Od początku pandemii apelujemy do pacjentów, by nie lekceważyli żadnych objawów, nie przerywali leczenia i zgłaszali się na badania kontrolne czy profilaktyczne, o ile tylko są one możliwe do przeprowadzenia – napisała w komentarzu do raportu. – Mamy poczucie, że pandemia, hasło »zostań w domu«, obawy przed zakażeniem usypiają pa-

cientów, którzy zwlekają z udaniem się do lekarza”.

Na alarm biją też inne stowarzyszenia pacjentów. Np. znana z wielu akcji na rzecz chorych na nowotwory Fundacja Alivia zachęca do podpisywania petycji do rządu. „Wciąż co trzeci chory na raka ma odwoływane terapie i badania – czytamy w apelu. – Prawie 70 proc. z nich nie uzyskało pełnej informacji, gdzie i kiedy będą dalej leczeni. Konieczne jest pilne wdrożenie procedur koordynacji opieki nad chorymi i monitoringu ciągłości ich leczenia”.

Czas na wagę złota

Dr hab. Jakub Podolec pracuje na Oddziale Klinicznym Kardiologii Interwencyjnej Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II. To placówka referencyjna, która leczy największą liczbę pacjentów z zawałem w całym województwie małopolskim. Kardiolog wspomina początek pierwszego lockdownu, kiedy ograniczono zabiegi planowe. – Od marca do maja 2020 r. operowaliśmy ponad 20 proc. mniej zawałów typu STEMI, a zawałów bez uniesienia odcinka ST o 44 proc. mniej. Liczba pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, czyli tych, którzy mogli być planowo operowani, spadła aż o 74 proc. Jeśli porównać rok 2020 do 2019, liczba wszystkich procedur inwazyjnych spadła u nas w szpitalu o ok. 26 proc.

Oczywiście nie znaczy to, że zawałów było mniej. Po prostu do szpitali nie trafiali ci, co powinni trafić.

Kardiolog wyjaśnia, że rozróżnia się – w uproszczeniu – dwa rodzaje zawałów serca: z i bez uniesienia odcinka ST w EKG (tzw. STEMI i NSTEMI). – Oba są bezpośrednim zagrożeniem zdrowia i życia pacjentów, a zarazem mogą być w równym stopniu niebezpieczne. Ten rodzaj zawału, w którym dochodzi do całkowitego zamknięcia tętnicy, wymaga natychmiastowej reakcji ze strony pacjenta (wezwania pogotowia) oraz możliwie najszybszej interwencji w ramach Pracowni Kardiologii Interwencyjnej, czyli udrożnienia, tzw. angioplastyki tętnicy wieńcowej – tłumaczy dr Podolec. – Im szybciej otworzymy tętnicę, tym większa szansa, że tkanka mięśnia serca nie obumrze, a pacjent będzie normalnie funkcjonował. Każda minuta jest więc na wagę złota. Tymczasem od marca 2020 r., co wiemy z analizy naukowej opracowa-

nej przez 163 polskie pracownice kardiologii interwencyjnej, czas od pierwszego kontaktu pacjenta z personelem medycznym do interwencji wydłużył się średnio z 99 do 122 minut.

W czerwcu kardiologzy ze Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II zaobserwowali „odbicie”. – Lawinowo wzrosła liczba zabiegów związanych z zawałami, w szczególności STEMI: nawet o 78 proc. więcej niż wcześniej – mówi dr Podolec. – Jestem przekonany, że operowaliśmy wówczas ludzi, którzy w normalnych okolicznościach zgłosiliby się do szpitala znacznie wcześniej. Ale podczas pandemii bali się zadzwonić na pogotowie czy skontaktować z kardiologiem. Poza tym utrudniony był przecież dostęp do szpitali.

Z relacji krakowskiego kardiologa wynika, jak bardzo na stan pacjentów wpłynęły utrudnienia w dostępie do leczenia. – W ubiegłym roku liczba nie wszystkich procedur inwazyjnych spadała. Np. wzrosła w naszym szpitalu o 58 proc. liczba zabiegów BAV (walwuloplastyki balonowej zastawki aortalnej) u chorych z ciężkim zwężeniem zastawki aortalnej. Co ważne, u wielu pacjentów procedura ta była wykonywana w algorytmie ratowania życia – zaznacza dr Podolec. – To najprawdopodobniej efekt wcześniejszego ograniczenia zabiegów planowych. Ich liczba spadła w najgorszym okresie aż o 70 proc. W rezultacie zabiegi stały się bardziej skomplikowane i ryzykowne, wymagające np. sięgania po zaawansowane procedury obrazowe, jak techniki ultrasonografii wewnątrznaczyniowej, zabiegi rotablacji [przewiercania się przez zwężoną tętnicę – MM] i wiele innych.

Zarządzanie apelem

W marcu 2021 r., kiedy wzbierała trzecia fala zakażeń koronawirusem, NFZ wydał komunikat, w którym zalecił ponowne ograniczenie świadczeń planowych. Taki sposób administrowania systemem dziwi byłego szefa Funduszu Tadeusza Jędrzejczyka, obecnie dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego. – Apel nie może być narzędziem do zarządzania szpitalami, do tego służą zmiany w sposobie rozliczania świadczeń – tłumaczy.

Pod koniec kwietnia minister zdrowia Adam Niedzielski ogłosił, „Od 4 maja wycofujemy ograniczenia dotyczące zabiegów planowych”. A kilka dni później do-

Co trzeci chory na raka ma odwoływane terapie i badania.

Prawie 70 proc. z nich nie uzyskało pełnej informacji, gdzie i kiedy będą dalej leczeni.

dał: „Trzeba dokonać zwrotu, który przekieruje wysiłek z walki z covidem na powrót do normalności”.

Według Tadeusza Jędrzejczyka droga do normalności jest bardzo daleka. – Wciąż mamy hospitalizowanych prawie 20 tysięcy pacjentów z potwierdzonym COVID-19, a wszystkich przyjmowanych pacjentów planowych i pilnych trzeba testować na koronawirusa – podkreśla urzędnik. – Nie można więc uznać, że placówki mogą działać normalnie. Taki stan, o ile nie zaskoczą nas nowe mutacje, potrwa przynajmniej do końca półrocza, a raczej do końca lata. Z pewnością zamiast kolejnych apeli dyrektorzy szpitali woleliby usłyszeć, w jaki sposób planować pracę na kolejny rok.

Czy 4 maja stanowi cezurę w działaniu polskiej ochrony zdrowia? – To nie była jakaś magiczna data, ponieważ zmiany są realizowane cały czas – dodaje Tadeusz Jędrzejczyk. – Np. mały szpital w Sopocie wygasza właśnie oddział covidowy, przekazując pacjentów do innych placówek lub wypisując do domu. Ale potrzebuje czasu na ponowne uruchomienie oddziału geriatry. Z kolei duży szpital Copernicus w Gdańsku cały czas działał planowo, jednak w pewnych obszarach musiał zmniejszyć liczbę zabiegów, ponieważ oddelegował pracowników do dwustulóżkowego szpitala tymczasowego.

Według Jędrzejczyka długotrwale ograniczony dostęp do opieki medycznej sprawił, że w przypadku wielu zaniedbanych chorób niewiele już będzie można zrobić. A ostatnie decyzje systemowe nie pomogą pacjentom. – Rząd pod osłoną pandemii wprowadził scentralizowane rozwiązania, które nie ułatwią elastycznego

zarządzania kontraktami i alokacji zasobów tam, gdzie są najbardziej potrzebne. Jak zwykle bywa w takich sytuacjach, wysiłek zostanie skoncentrowany nie na rozwiązaniu problemu, tylko na wskazaniu kozła ofiarnego. Łatwo się domyślić, że będą to zarządy szpitali.

Jeszcze będzie normalnie

Są też jaskółki nadziei. – Do gabinetów kardiologicznych pacjenci zgłaszają się obecnie chętniej niż rok temu, bez bojaźni charakterystycznej dla tamtego czasu – zauważa dr hab. Jakub Podolec. – Są świadomi, że wprowadzenie zakażenia koronawirusem jest niebezpieczne, ale życiu w równym stopniu zagrażają choroby współistniejące. Poza tym wielu z nich jest już zaszczepionych. Powrót pacjentów do gabinetów, możliwość regularnych kontroli ich stanu zdrowia to jeden z najistotniejszych efektów masowych szczepień. I jednoznacznych rekomendacji lekarzy w całym kraju, aby nie czekać do chwil, w których pomoc nadejdzie zbyt późno lub będzie niemożliwa.

Kardiolog ma nadzieję, że ponowne zwiększenie liczby zabiegów planowych ograniczy liczbę najcięższych zawałów, powodujących poważne powikłania, jak zatrzymanie krążenia, niewydolność serca, i związanych z olbrzymim ryzykiem zgonu. – Nie będziemy przeprowadzać tylu skrajnie skomplikowanych zabiegów w ostrej fazie zawału. W skali Polski mówimy tu o dziesiątkach tysięcy osób, którym uda się pomóc wcześniej. To będzie pierwszy sygnał, że wracamy do normalności.

Dr Justyna ze szpitala powiatowego w Wielkopolsce na razie nie widzi wyraźnych zmian. – Owszem, zakażeń jest wyraźnie mniej, ale do likwidacji naszego oddziału covidowego i uwolnienia OIOM-u daleko. Nie było i nie będzie żadnego gwałtownego przeskoku do normalności.

© © MACIEJ MÜLLER



ZUZA LAMŻA wyjaśni
Grzegorzowi Chlaście, po co
nam koty (tekst na s. 58)

w środę 12 maja o godz. 7.30.

Audycję można także odsłuchać w podkastach na stronie internetowej radia.

Warszawa 101 FM | Ostrów Maz. 87,6 FM

Radom 89,1 FM | Ostrołęka 100,8 FM

Płock 101,9 FM | Siedlce 103,4 FM

oraz na Mazowszu i w Warszawie – www.rdc.pl