

# NIE MOŻEMY ZAMKNAĆ SIĘ NA PACJENTÓW

Fot. Sylwia Mierzevska

Rozmowa z Jakubem Kraszewskim, dyrektorem Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku jest jedną z tych placówek, które dobrze poradziły sobie z odmrażaniem działalności w zakresie innych chorób niż COVID-19.

Pandemia to wyjątkowo stresująca sytuacja, ale staramy się opierać na faktach, a nie na emocjach. Przede wszystkim kierujemy się zasadą, że nie ryzykujemy zdrowia naszych pacjentów i wdrażamy takie środki bezpieczeństwa, jakie tylko są do dyspozycji. Dzisiaj uznajemy to za najważniejszy element odmrażania działalności szpitala, bez którego nie zrobimy kroku naprzód. Na Pomorzu mamy dobrze zorganizowane służby sanitarne, jesteśmy z nimi w stałym kontakcie. Ta współpraca jest o tyle ważna, że analizując informacje o sytuacji epidemiologicznej, uzbrajamy się w pewne narzędzia pozwalające na podejmowanie decyzji dotyczących wprowadzanych procedur. Poza tym przywracanie działalności szpitala po lockdownie to wysiłek wielu osób, głównie naszych ordynatorów

i oddziałowych. Podczas pandemii pracy organizacyjnej jest dwa razy więcej niż wcześniej.

**Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło planu odmrażania ochrony zdrowia. Na czym się koncentrowaliście, tworząc go dla szpitala, którym pan kieruje?**

Wydaje mi się, że trudno byłoby ustalić jeden plan dla wszystkich placówek ochrony zdrowia w Polsce, ponieważ ich profile i sytuacja są różne. W naszym szpitalu dość szybko udało się określić główne problemy, jakie generuje epidemia, czyli po pierwsze ograniczona dostępność usług medycznych oraz zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego. Wyprzedzając o jakieś 2 tygodnie rządowe zalecenia, już w pierwszych dniach po ogłoszeniu lockdownu przystąpiliśmy do teleporad. Mamy też sprawnie działający *call center*. Przed pandemią odbieraliśmy 1000–1100 telefonów dziennie, w tej chwili mamy do 2500 połączeń na dobę, a i tak trud-

no się do nas dodzwonić. Olbrzymim wyzwaniem jest też zagwarantowanie bezpieczeństwa epidemiologicznego w szpitalu. Pracownicy w ekspresowym tempie musieli przyswoić sobie nowe zasady działania. Przeszli serię szkoleń, żeby np. właściwie stosować środki ochrony osobistej. Dla pacjentów wprowadziliśmy ankiety w kierunku infekcji SARS-CoV-2 oraz kontrolne pomiary temperatury przy wejściu do szpitala. Dzięki temu, że mamy własne laboratorium wirusologiczne, szybko mogliśmy też wprowadzić testy zgodnie z zaleceniem WHO: testuj, testuj, testuj. Poza tym utrzymujemy takie zasady, jak obsesyjna wręcz dezynfekcja rąk oraz stosowanie maseczek, przyłbic i innych środków ochrony osobistej. Przed epidemią UCK było szpitalem bez barier, czyli opierającym się na bezpośrednim kontakcie personelu z pacjentami. Musieliśmy jednak te bariery zbudować: okienka, przepierzenia i ścianki. Wszystkie te działania w jakiś sposób zabezpieczają nas przed niekontrolowanym pojawieniem się ogniska koronawirusa.

**Według jakiego klucza dobieracie pacjentów, których kierujecie na testy?**

Pierwotnie testowaliśmy pacjentów onkologicznych i hematologicznych. Mieliśmy oddziały buforowe, gdzie trafiali do czasu uzyskania wyniku. Takie rozwiązanie pozwalało na przyjmowanie maksymalnie 100 osób dziennie. To zdecydowanie za mało, więc z czasem dla chorych w lżejszym stanie wprowadziliśmy możliwość testowania w prehospitalizacji – pacjent zgłasza się dzień wcześniej, robimy wywiad i test, podpisuje oświadczenie, że będzie unikał wszelkich sytuacji, które mogłyby go narazić na zakażenie, i wraca do domu. Kiedy następnego dnia mamy już wynik testu, przyjmujemy chorego. Przecwiczenie tego rozwiązania dało nam możliwość otwarcia pozostałych oddziałów. Na oddziały buforowe trafiają już tylko osoby, które nie mogą wrócić do domu ze względu na stan zdrowia albo odległe miejsce zamieszkania. Udało się nam szybko wprowadzić testy na taką skalę, dlatego że rozbudowaliśmy laboratorium. Na początku epidemii robiliśmy 70 badań na dobę, dzisiaj jego możliwości sięgają 1200 badań. Nie potrzebujemy ich aż tyle, ale stanowimy *backup* dla sanepidu w razie krytycznej sytuacji w przyszłości.

**Jakie przyjęliście kryteria kierowania na testy pracowników szpitala?**

Bardzo trudnym wyzwaniem było testowanie personelu. Na początku epidemii 85 proc. wszystkich badań na koronawirusa w województwie pomorskim wykonywali pracownicy medyczni. Ten etap mamy za sobą. Obecnie personel testujemy w uzasadnionych przypadkach, czyli w razie podejrzenia infekcji czy to z powodu kontaktu z zakażonym, czy sytuacji potencjalnego zakażenia albo objawów. Jeśli wynik jest po-

**NIE POTRAFIĘ SOBIE WYOBRAZIĆ,**

**ŻE DOBROSTAN PACJENTÓW BĘDZIE SIĘ POGARZAŁ,**

**BO NIE UDZIELONO IM POMOCY MEDYCZNEJ.**

**SYSTEM NIE MOŻE SIĘ ZAMKNAĆ NA PACJENTÓW.**

**LUDZIE GINĄ TEŻ W WYPADKACH SAMOCHODOWYCH,**

**ALE NIKT NIE ZAKAZUJE**

**PORUSZANIA SIĘ PO DRÓGACH**

zytywny, to taka osoba przechodzi na kwarantannę. Zdarza się, że w czasie zakażenia była w pracy i jest ryzyko ogniska infekcji. Wtedy postępowaniem epidemiologicznym obejmujemy cały oddział. Trudno, nie unikniemy takich sytuacji. Namawiamy naszych lekarzy i pielęgniarki, żeby jak najszybciej zgłaszali się na testy, jeśli mają cień podejrzenia zakażenia. Na początku obserwowaliśmy zjawisko symulacji, kiedy ludzie dopatrywali się u siebie objawów COVID-19, które nie potwierdzały się w badaniu. Dzisiaj zauważamy dysymulację – pacjenci i personel unikają testów, nawet jeśli mają symptomy wskazujące na infekcję. Dlatego musimy postawić na edukację i relacje oparte na zaufaniu, bo inaczej łatwo zniweczyć nasz wysiłek. Znamy już lepiej wirusa, przestaliśmy się go bać, ale każde zakażenie może skutecznie zablokować działalność szpitala.

**W jaki sposób radzicie sobie z pacjentami w stanach nagłych?**

Chorzy trafiający do nas w stanach nagłych stwarzają największe ryzyko zakażenia. Dlatego każdego pacjenta przewożonego na oddział ratunkowy ze statusem czerwonym, którym należy zająć się niezwłocznie, do momentu uzyskania wyniku testu traktujemy jako potencjalnie zakażonego. Takich chorych mamy kilku każdego dnia. Ponadto codziennie przyjmujemy 30–50 innych pacjentów w stanach nagłych, których też badamy. Kiedy okazuje się, że pacjent faktycznie jest zakażony, to ryzyko emisji wirusa na pracowników jest bliskie zeru, ponieważ od pierwszego kontaktu byli zabezpieczeni. Takie postępowanie wprowadziliśmy dość wcześnie i na razie nie widzę możliwości, żeby od tego odejść.

**Pomimo tych wszystkich zabezpieczeń nie zawsze udaje się zapobiec powstaniu ogniska koronawirusa.**

Pierwsze nasze doświadczenia były takie, że wprowadziliśmy do szpitala koronawirusa przez oddział położniczy. Łącznie zakażonych było 14 osób: pacjentów, ich bliskich i personelu. To doświadczenie wiele nas



PAP/Marcin Gadamski

nauczyło, m.in. pokazało, że potrzebujemy szybkich i miarodajnych testów. Wprowadziliśmy też czasowe zawieszenie porodów rodzinnych i ograniczenie odwiedzin. Ta decyzja spowodowała spore reperkusje ze strony organizacji pacjenckich, łącznie z zarzutami o łamanie praw pacjenta. Mimo wszystko najważniejsze jest, żeby chronić naszych chorych przed zarażeniem, nawet kosztem pewnego niezadowolenia. Zależy nam na reżimie, ponieważ wkładamy bardzo dużo wysiłku w zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego i nie miałyby to sensu, gdyby do szpitala wchodził każdy, w niekontrolowany sposób, przynosząc koronawirusa np. na oddział onkologiczny.

#### Jak często zakażeni pacjenci trafiają do szpitala?

Nie ma dnia, żebyśmy nie diagnozowali pacjenta z koronawirusem. Ponad połowa z nich nie miała żadnych objawów infekcji, a do szpitala zgłosili się z innego powodu. Ale napływ zakażonych pacjentów nie przeraża nas, ponieważ jesteśmy gotowi, żeby się nimi zająć. Najważniejsze, żebyśmy szybko dowiedzieli się o zakażeniu i mogli wprowadzić dodatkowe procedury. Jeśli stan pacjenta na to pozwala, wysyłamy go na kwarantannę. Jeśli ktoś pilnie wymaga interwencji, to albo przekazujemy go do szpitala jednoimiennego lub na oddział zakaźny, albo jest hospitalizowany u nas. Nie potrafię sobie wyobrazić, że dobrostan pacjentów będzie się pogarszał, bo nie udzielono im pomocy medycznej. System nie może zamknąć się na pacjentów. Ludzie giną też w wypadkach samochodowych, ale nikt nie zakazuje poruszania się po drogach. Reżim kontrolny: wywiad, pomiar temperatury oraz testowanie, dają nam rękojmię bezpieczeństwa. Tyle dzisiaj możemy zrobić, żeby zminimalizować ryzyko powstania ogniska wirusa w szpitalu.

#### Jaki był w UCK harmonogram odmrażania kolejnych oddziałów?

Kiedy pojawiło się zagrożenie epidemiologiczne, na 2–3 dni wstrzymaliśmy wszystkie przyjęcia planowe.

**PIERWSZA FALA Z PEWNOŚCIĄ BYŁA**

**WIĘKSZĄ NIESPODZIANKĄ, NIŻ MOŻE BYĆ DRUGA.**

**WIEMY JUŻ, CZEGO MOŻEMY SIĘ SPODZIEWAĆ.**

**BYĆ MOŻE MY, PRZEDSTAWICIELE**

**SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA,**

**WYCIĄGNĘLIŚMY TEŻ PEWNE WNIOSKI**

Następnie przyjmowaliśmy chorych proporcjonalnie do naszych możliwości testowania i obserwowania w kierunku infekcji koronawirusem. W pierwszym miesiącu uruchomiliśmy onkologię, hematologię i transplantologię. Z tygodnia na tydzień rozszerzyliśmy zakres działania o oddziały zabiegowe i internistyczne. Od czerwca w zasadzie wszystkie pracują normalnie. Średni napływ chorych do naszego szpitala jest na poziomie 200–300 dziennie, w tej chwili tych pacjentów napływa 250–280. Bazę szpitala wykorzystujemy mniej więcej w 95 proc.

#### Jak duże są zaległości w procedurach planowych?

Pracę szpitala można zatrzymać jednym zarządzeniem, ale bardzo trudno później nadrobić zaległości. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że w czasie pandemii gromadzenie chorych nie jest bezpieczne, więc musimy działać rozsądnie, a jednocześnie starać się pracować optymalnie. Jeżeli chodzi o zabiegi onkologiczne i hospitalizacje hematologiczne, praktycznie nie mieliśmy przerwy w przyjmowaniu pacjentów i tutaj sytuacja jest najlepsza. Na pozostałych oddziałach zabiegowych wydłużyliśmy czas pracy o sobotę. To jedyna możliwość nadrobienia zaległości. Dzięki temu zwiększyliśmy liczbę przyjęć o 20 proc., co pozwoliło częściowo zniwelować lukę. Potrzebujemy jeszcze kilku – kilkunastu tygodni, żeby w widoczny sposób zmniejszyć zaległości. Możemy założyć, że nam się to uda, pod warunkiem że znowu nie nastąpi gwałtowne zaburzenie pracy szpitala.

#### Czy uda się nadrobić zaległości również w poradniach specjalistycznych?

Nasz szpital prowadzi ponad 70 poradni specjalistycznych. Obsługujemy rocznie ponad pół miliona wizyt na poziomie AOS. Teleporady w pewnym stopniu rozwiązują problemy pacjentów, którzy mają postawioną diagnozę i są pod opieką lekarza. Nie wpływają jednak na sytuację pacjentów zgłaszających się na wizytę po raz pierwszy ani tych, którzy muszą się pojawić na wi-



zycie kontrolnej i przejść badania. Dlatego tam, gdzie tylko było to możliwe, wydłużyliśmy godziny pracy. Niestety te wszystkie działania i tak nie zrekompenzują 2 miesięcy ograniczonej działalności AOS. W tym przypadku zakłóceń, które wystąpiły w marcu i kwietniu, tak szybko nie uda się odrobić. Problemem jest też to, że pacjenci nie przychodzą na umówione wizyty, ponieważ boją się zakażenia. Robimy wszystko, żeby czuli się bezpiecznie, a zakażeń w szpitalu mamy naprawdę niewiele. Oni w końcu do nas trafiają, ale z nieleczoną, ciężką postacią choroby. Już dziś obserwujemy pacjentów, którzy pojawiają się w szpitalu mocno zaniedbani pod względem zdrowotnym.

**W badaniach aż 70 proc. ankietowanych deklaruje problemy z umówieniem się na wizytę lekarską w POZ czy poradni specjalistycznej.**

My też prowadzimy POZ, przerwa w świadczeniach była kilkudniowa, lekarze oprócz teleporad przyjmują chorych w gabinetach. Ale to prawda, że część poradni specjalistycznych i placówek POZ nie wznowiła w pełni swojej działalności, co doskonale widać na SOR-ze. Przez nasz niewielki oddział ratunkowy przepływa 200–250 chorych. Przed epidemią byliśmy maksymalnie obłożeni, gdy obsługiwaliśmy 150 osób. Pacjenci odbijają się od ściany i w końcu idą tam, gdzie muszą zostać przyjęci. Na początku w najbardziej widoczny sposób zwiększyła się liczba najłagodniejszych przypadków – ze statusem zielonym i niebieskim, a teraz coraz więcej zgłasza się pacjentów ze statusem żółtym. Można sobie wyobrazić, jakie spustoszenie powoduje nieleczona kilka miesięcy choroba nowotworowa, stopa cukrzycowa czy choroby naczyniowe i kardiologiczne. Problem dostępu do lekarzy i zapchanych SOR-ów nie rozwiąże się sam, a jeśli w pełni nie wznowimy działalności ochrony zdrowia, to się wielokrotnie.

**Czy uda się wam zrealizować ryczałt do końca roku? Wiele szpitali w Polsce ma z tym problemy.**

Wyścig się nie skończył, bieg trwa. Jeśli stabilna sytuacja się utrzyma, to myślę, że zrealizujemy plan finansowy. W tej chwili mamy problem z niewykonaniem ryczałtu na poziomie 10 proc. Nasz szpital co roku robi nadwykonania na poziomie średnio 5 proc. Gdybyśmy puścili cugle i poszli na całość, moglibyśmy ryczałt przekroczyć nawet o 25 proc. w skali roku. Zakładamy więc, że przy pewnej stabilizacji, którą udało się nam osiągnąć, możliwe jest zrealizowanie prawie całego programu ryczałtowego. Ale trzeba być przygotowanym na różne scenariusze. Zobaczymy, co wydarzy się jesienią, w sezonie grypowym pewnie odnotujemy więcej przypadków koronawirusa. Niewykluczone, że znowu będziemy musieli wprowadzić ograniczenia w przyjęciach pacjentów, co może spowodować pro-

**NIE MA DNIA, ŻEBYŚMY NIE DIAGNOZOWALI  
PACJENTA Z KORONAWIRUSEM.**

**PONAD POŁOWA Z NICH NIE MIAŁA**

**ŻADNYCH OBJAWÓW INFЕКЦИИ,**

**A DO SZPITALA ZGŁOSILI SIĘ Z INNEGO POWODU**

blem z realizacją planu. Ale i tak nam jest łatwiej, bo opieramy się w połowie na ryczałcie. W najtrudniejszej sytuacji są placówki specjalizujące się w procedurach pozaryczałtowych. One najbardziej odczuwają mniejszy napływ chorych.

**Czy konieczność zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego zwiększy koszty działania szpitala?**

Oczywiście, że zwiększy. Myślę, że wszyscy dyrektorzy szpitali te koszty skrupulatnie liczą. Na szczęście niektóre z potrzebnych nam środków ochrony osobistej dostaliśmy w formie darowizny, inne z rezerw krajowych, za testy płaci NFZ. Mimo to pewne zakupy musimy poczynić sami. Udało nam się zgromadzić asortyment, zanim wybuchła panika i wariactwo cenowe, ale używamy tych środków 5–6 razy więcej niż przed epidemią. Z budżetu pokrywamy pomiar temperatury. Myślę, że największe wydatki będą jednak dotyczyły dodatkowych dyżurów personelu. Straty związane z epidemią to też przychody utracone z tytułu np. zabiegów endoplastycznych, których wykonaliśmy znacznie mniej. Tego już nie nadrobimy.

**Początek epidemii zaskoczył, wywołał panikę i chaos w ochronie zdrowia. Czy na wzrost zachorowań jesienią jesteście lepiej przygotowani?**

Nikt, kto prowadzi działalność biznesową i medyczną, nie lubi niespodzianek. Pierwsza fala z pewnością była większą niespodzianką, niż może być druga. Wiemy już, czego możemy się spodziewać. Być może my, przedstawiciele systemu ochrony zdrowia, wyciągnęliśmy też pewne wnioski. Nie chciałbym zakładać huraoptymistycznie, że świetnie poradzimy sobie z pandemią, ale można domniemywać, że będzie łatwiej niż w pierwszej chwili, kiedy byliśmy zaskoczeni i przerażeni. Proszę pamiętać, że pojawiały się wtedy gigantyczne emocje wśród personelu szpitali i pacjentów, wszyscy byli sterroryzowani wiadomością o epidemii. Dzisiaj jesteśmy o wiele spokojniejsi, wiele rzeczy udało się już wypracować, coraz lepiej radzimy sobie z tą sytuacją.

Rozmawiała Monika Stelmach