

JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO POMOCY UKRAINIE

GRZEGORZ GIELERAK



Fot. iStockphoto.com

Z doświadczeń krajów uwikłanych w konflikty zbrojne – Syrii, Libanu i Ugandy – wynika, że system ochrony zdrowia powinien być przygotowany do elastycznego dopasowania się do większej liczby pacjentów na wypadek konfliktu zbrojnego w państwach sąsiednich i w konsekwencji dużego, stosunkowo szybkiego napływu uchodźców. W tym zakresie dużą rolę odgrywa właściwa koordynacja działań z instytucjami i agendami Organizacji Narodów Zjednoczonych, a także międzynarodowymi i krajowymi organizacjami pozarządowymi – fundacjami, stowarzyszeniami. Celowe jest także skorzystanie z wiedzy i doświadczeń dotyczących warunków i sposobu udzielania pomocy humanitarnej, w tym medycznej, ludności państw objętych konfliktem zbrojnym, jakie zyskaliśmy podczas misji humanitarnych organizowanych przez rząd RP w latach 2016–2018 w Syrii. Uczestniczyli w nich także przedstawiciele Wojskowego Instytutu Medycznego, zbierając szczegółowe informacje. Dzięki tym wizytom i rekonesansom wiemy między innymi, jakie formy opieki i pomocy są najbardziej pożądane, oczekiwane i pozytywnie przyjmowane przez migrantów. To pozwala nie tylko racjonalnie odnieść się do ich sytuacji, lecz także gwarantuje efektywne wykorzystanie zasobów materiałowych i zaangażowania społecznego państwa gospodarza.

Pomoc medyczna w odpowiedzi na zagrożenia zdrowotne towarzyszące masowym migracjom, organizacja edukacji, rynku pracy i ryzyka związane z destrukcją życia społecznego środowiska migrantów to wierzchołek góry lodowej problemów i wyzwań związanych z katastrofą humanitarną spowodowaną wojną, której skutki będzie ponosić także Polska. Jednocześnie należy pamiętać, że realizacja tych zadań będzie prowadzona w warunkach narażenia na oddziaływanie obcej agentury mającej na celu skonfliktowanie migrantów z gospodarzami poprzez prowokowanie antagonizujących obie strony sytuacji, zachowań oraz powstających na ich kanwie obrazów, które następnie z całą mocą i perfidią zostaną wykorzystane w walce propagandowej prowadzonej na arenie międzynarodowej. Dlatego tak ważne jest opracowanie i realizacja z góry zaplanowanej, przemyślanej, angażującej wszystkie dostępne zasoby państwa polityki informacyjnej, narzucającej pożądaną z punktu widzenia bezpieczeństwa oraz dobrego wizerunku Polski i Polaków narrację. Polityki gotowej do skutecznego przeciwstawienia się wszelkim manipulacjom, które jak można się spodziewać, będą prowadzone z zastosowaniem metod i narzędzi podobnych do tych, których powszechnie używano przeciwko państwu i społeczeństwu podczas pandemii.

Istnieje konieczność zapewnienia w pierwszej kolejności opieki na poziomie podstawowym oraz ratunkowym, a dopiero później rozwijanie bardziej zaawansowanych form pomocy medycznej. Realizacja każdego z wymienionych zadań wymaga również systemu monitorującego przybywających uchodźców w celu identyfikacji ich potrzeb, także medycznych. Dzięki temu możliwe bę-

dzie między innymi skierowanie potrzebujących pomocy do właściwych ośrodków medycznych oraz wdrożenie odpowiednich procesów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych, co w dłuższej perspektywie będzie miało pozytywny wpływ zarówno na objętych pomocą, jak i interesy związane z polityką bezpieczeństwa zdrowotnego Polski. Szczegółowa wiedza na ten temat pozwoli również efektywnie zarządzać ograniczonymi zasobami medycznymi, pozytywnie wpływając na ich dostępność, a także podejmować celowe, to jest wprost wynikające z potrzeb zdrowotnych migrantów, działania inwestycyjne i organizacyjne.

Obrażenia wojenne

Jak skutecznie przeciwdziałać skutkom obrażeń wojennych? Jest to proces decyzyjny, który zawsze powinien być skalowany na poziomie państwa. Każdorazowo prowadzony jako operacja połączona jednostek administracji rządowej dysponujących niezbędnymi zasobami i kompetencjami obejmująca działania i procedury rutynowo stosowane oraz udoskonalane na bazie pozyskiwanych doświadczeń. W takich okolicznościach nigdy nie ma miejsca na eksperymenty, jest za to wymóg prowadzenia chłodnej kalkulacji w obszarach spodziewanych korzyści i strat, a wszystko po to, aby te drugie były jak najmniejsze. Przedstawię trzy zasady.

Zasada pierwsza – rozpoznanie charakteru obrażeń oraz warunki podejmowania decyzji terapeutycznych

Najważniejszy etap realizowany przez personel medyczny posiadający największe doświadczenie w leczeniu obrażeń pola walki to segregacja prowadzona jak najszybciej i możliwie jak najbliżej miejsca zdarzenia, z profesjonalną kwalifikacją pod kątem docelowego kierunku ewakuacji medycznej definiowanego potrzebami zdrowotnymi rannych. W tym przypadku następuje identyfikacja potrzeb indywidualnych i systemowych – w jakiej części będziemy mieli do czynienia z typowymi obrażeniami pola walki (postrzałami), a w jakim procencie dominujące będą skutki walk toczonych w warunkach szczególnych, np. w terenie zabudowanym (postrzały, urazy wielonarządowe, oparzenia), oraz kierunkowa kwalifikacja do miejsc leczenia. Podejmowane na tym etapie decyzje mają kluczowe znaczenie zarówno dla jakości oraz skuteczności udzielanej pomocy medycznej, jak i racjonalności wykorzystania zaangażowanych zasobów.

Zasada druga – doświadczenie oraz fachowe kompetencje personelu medycznego

W programach kształcenia przed- oraz podyplomowego nie ma obowiązkowych zajęć na temat zasad postępowania w obrażeniach pola walki. Uzupełnienie wiedzy w tym zakresie ma charakter wyłącznie fakultatywny i jest realizowane w formie kursów

POMOC MEDYCZNA W ODPOWIEDZI

NA ZAGROŻENIA ZDROWOTNE

TOWARZYSZĄCE

MASOWYM MIGRACJOM,

ORGANIZACJA EDUKACJI,

RYNKU PRACY

I RYZYKA ZWIĄZANE

Z DESTRUKCJĄ

ŻYCIA SPOŁECZNEGO

ŚRODOWISKA MIGRANTÓW

TO WIERZCHOŁEK GÓRY LODOWEJ



z medycyny taktycznej prowadzonych dziś głównie przez podmioty wojskowej służby zdrowia. Od ponad dekady jedynym miejscem kompletnego kształcenia w tej dziedzinie w Polsce jest natomiast Wojskowy Instytut Medyczny, co pozwoliło między innymi Siłom Zbrojnym RP przygotować profesjonalne kadry medyczne do zabezpieczenia operacji realizowanych w ramach kontyngentów wojskowych np. w Afganistanie. Wieloletnia praktyka pokazuje, że najważniejsze jest doświadczenie, czyli potwierdzenie umiejętności w realnym działaniu. Z uwagi na ograniczone możliwości nabycia takiego doświadczenia, siłą rzeczy to właśnie medycy wojskowi zarówno w Polsce, jak i w krajach NATO są ekspertami w tej dziedzinie. Nieprzypadkowo więc od drugiej połowy lat 90. ubiegłego wieku wszystkie osoby postrzelone w Warszawie i jej okolicach trafiały właśnie do WIM. Wiedza i doświadczenie zdobyte podczas leczenia tych pacjentów oraz ponad 350 żołnierzy z typowymi obrażeniami pola walki miały istotny wpływ na zmiany w wielu dyscyplinach medycznych. Fast-USG i aparaty do szybkich przetoczeń krwi to tylko niektóre z wojennych doświadczeń z powodzeniem stosowanych w jednostkach systemu ratownictwa medycznego w kraju. Stale doskonalone w warunkach pokoju wnoszą także nową jakość do standardów opieki stosowanych w medycynie polowej.

Medycyna pola walki w kilku kluczowych dla ratowania życia procedurach różni się od cywilnej, a w sytuacji ataku terrorystycznego czy wybuchu poprawne wykonywanie procedur ratownictwa cywilnego

w ich klasycznym układzie ABC może nawet pogorszyć rokowanie osoby porażonej. Nie mniej ważne są umiejętności w zakresie dalszych działań z obszaru medycyny naprawczej, tj. skutecznego zaopatrzenia tkanek i narządów uszkodzonych w wyniku urazu wysokoenergetycznego (postrzału) w sytuacji, gdy widoczne uszkodzenie mechaniczne jest tylko częścią rzeczywistych obrażeń, na które składa się również uraz ciśnieniowy – tzw. jama czasowa. Dodajmy jeszcze, że poszczególne tkanki mają własną, specyficzną odpowiedź na ten rodzaj traumy, co dodatkowo przemawia za koniecznością posiadania odpowiedniego doświadczenia w ich leczeniu, i to na każdym etapie postępowania.

Zasada trzecia – organizacja podążająca w ślad za kluczowymi zasobami

Odnosząc przedstawione argumenty do spodziewanych potrzeb medycznych związanych z pojawieniem się w polskich szpitalach rannych z toczącego się w Ukrainie konfliktu zbrojnego, można wskazać najważniejsze obszary działania, które należy wziąć pod uwagę przy organizacji procesów opieki.

Ważna jest nie tyle liczba placówek, ile ich właściwy dobór ze względu na spodziewane potrzeby definiowane rodzajem problemów zdrowotnych, z jakimi będą się zgłaszać migranci z Ukrainy. Analiza potrzeb, którą już dziś można obiektywnie przeprowadzić, jasno pokazuje, że na pierwszym miejscu znajdują się powszechne zachorowania oraz zdarzenia medyczne



NAJWAŻNIEJSZY ETAP REALIZOWANY PRZEZ PERSONEL

MEDYCZNY POSIADAJĄCY NAJWIĘKSZE DOŚWIADCZENIE

W LECZENIU OBRAŹEN POLA WALKI

TO SEGREGACJA PROWADZONA JAK NAJSZYBCIEJ I MOŻLIWIE

JAK NAJBLIŻEJ MIEJSCA ZDARZENIA, Z PROFESJONALNĄ

KWALIFIKACJĄ POD KĄTEM DOCELOWEGO KIERUNKU EWAKUACJI MEDYCZNEJ

For: istockphoto.com

związane z chorobami przewlekłymi, ściślej rzecz biorąc – dekompensacją ich przebiegu spowodowaną zarówno brakiem leków, jak i okolicznościami, w jakich znalazły się dotknięte kryzysem uchodźczym osoby. Pamiętajmy jednak, że wśród potrzebujących pomocy medycznej będą także ludzie porażeni środkami walki. Dziś już widać wyraźnie, że potrzeby w tym zakresie z upływem czasu będą rosły geometrycznie z powodu pogarszającej się kondycji lokalnej ochrony zdrowia – malejących zasobów oraz ubytków w infrastrukturze, a także ze względu na rosnącą liczbę rannych i skalę obrażeń, co wprost wynika z widocznej od kilku dni eskalacji działań wojskowych prowadzonych przez Rosjan. Ta grupa osób, jak pokazują doświadczenia WIM z pomocy udzielanej rannym podczas walk toczących się w Donbasie w latach 2014–2015, stanowi prawdziwe wyzwanie medyczne, wymagające uprzedniego przygotowania zarówno w zakresie infrastruktury medycznej, jak i kompetencji personelu.

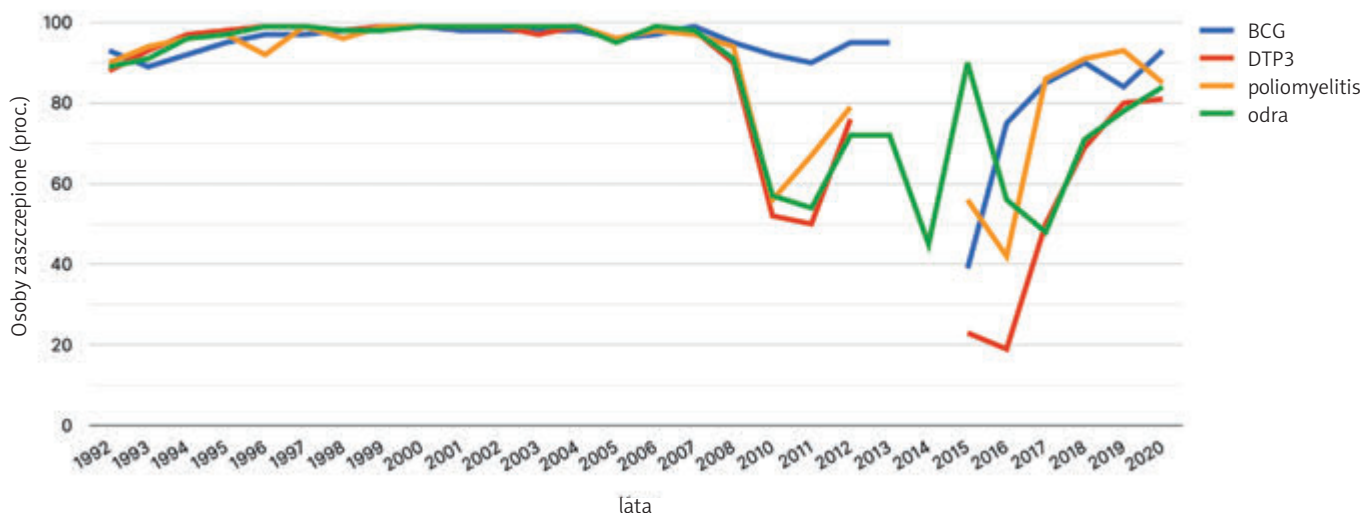
Kluczowe znaczenie dla jakości i skuteczności oferowanej pomocy mają decyzje podjęte podczas wstępnej kwalifikacji do leczenia. Zgodnie z przyjętą pragmatyką zadania tego typu muszą być realizowane bez zbędnego opóźnienia przy udziale personelu lekarskiego posiadającego największe doświadczenie w terapii chorych z obrażeniami pola walki. Wstępna kwalifikacja – segregacja medyczna – powinna być prowadzona możliwie najbliżej miejsca przekazania chorych pod opiekę stronie polskiej. Może się odbywać w przygotowanych w pobliżu granicy punktach opieki medycznej, skąd po

krótkiej ocenie medycznej (kwalifikacji) oraz rejestracji w ogólnopolskim systemie ranni byliby transportowani do wyznaczonych szpitali. Za bardzo niewskazane z medycznego punktu widzenia należy uznać podejmowanie dodatkowych działań transportowych, o ile ich docelowym przeznaczeniem nie jest podniesienie jakości opieki medycznej, np. z poziomu opieki lekarskiej podstawowej do kwalifikowanej.

Osoba dokonująca kwalifikacji powinna również posiadać pełną wiedzę na temat dostępności metod leczenia w poszczególnych placówkach, aby podejmowane decyzje gwarantowały możliwie najlepsze zestrojenie indywidualnych potrzeb medycznych rannych z możliwościami opieki w podmiotach szpitalnych.

Dalsza ewakuacja powinna być prowadzona za pomocą wydzielonych środków transportu medycznego – jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego, w tym Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, zgodnie z decyzjami, jakie zostaną podjęte w trakcie procedur indywidualnej kwalifikacji do leczenia. Wyjściowe ramie ewakuacji nie powinno być dłuższe niż 60–90 minut, z możliwością wydłużenia proponowanego limitu w związku z koniecznością zapewnienia dodatkowych miejsc hospitalizacji lub szczególnych warunków opieki, tj. w ośrodku posiadającym adekwatne do potrzeb rannego możliwości terapii.

Opiekę należy organizować i prowadzić przy zaangażowaniu i nadzorze personelu medycznego mającego doświadczenie w leczeniu obrażeń pola walki, co można osiągnąć poprzez:



Rycina 1. Szacunkowy odsetek osób zaszczepionych BCG, DTP3, przeciwko poliomyelitis i odrze w Ukrainie według WHO

- realizację opieki na bazie podmiotów posiadających doświadczenie w realizacji tego typu zadań (wiodące podmioty lecznicze Ministerstwa Obrony Narodowej),
- delegowanie kompetentnego personelu do wcześniej wyznaczonych placówek jako forma bezpośredniego wsparcia w realizacji procedur medycznych, a także pomoc w podniesieniu umiejętności i kompetencji pracowników szpitala,
- rozpoczęcie programu szkoleń specjalistycznych, budowania dodatkowych umiejętności w dziedzinie zasad udzielania pomocy medycznej chorym z obrażeniami pola walki.

W dalszej perspektywie realizacja wskazanych zamierzeń pozwoli także rozpocząć proces upowszechniania wiedzy i umiejętności w omawianej dziedzinie medycyny, co wprost przełoży się na poprawę zdolności systemu ochrony zdrowia przeciwdziałania skutkom kryzysu spowodowanego działaniami niekonwencjonalnymi i/lub konfliktem zbrojnym – podniesienie poziomu bezpieczeństwa państwa.

Jako miejsce prowadzenia opieki należy wskazać jednostki mające w tym zakresie odpowiednie kompetencje i doświadczenie. Jednocześnie, biorąc pod uwagę podjęte do tej pory decyzje, rekomenduje się przeprowadzenie ponownej weryfikacji szpitali wyznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia do leczenia rannych:

- zmniejszenie początkowej liczby podmiotów zaangażowanych w działanie – z dzisiejszych 120 do maksymalnie 20–30. Realizacja rekomendacji pozwoli lepiej zorganizować opiekę medyczną, gwarantując wyznaczonym szpitalom dostęp do personelu medycznego posiadającego doświadczenie w leczeniu chorych z obrażeniami pola walki. Umożliwi także

prowadzenie bardziej efektywnego zarządzania łóżkami szpitalnymi, minimalizując skutki ich ograniczonej dostępności, co może się zdarzyć w sytuacji napływu dużej liczby rannych,

- uznanie za zasadę, że podstawą kwalifikacji szpitala do uczestnictwa w programie opieki nad rannymi są wysokie kompetencje placówki – możliwość prowadzenia leczenia wielospecjalistycznego, interdyscyplinarnego w dziedzinach medycyny odpowiadających potrzebom zdrowotnym osób z obrażeniami pola walki.

Zagrożenia epidemiologiczne, immunoprofilaktyka

Agresja wojsk Federacji Rosyjskiej na Ukrainę i eskalacja konfliktu zbrojnego spowoduje zwiększony napływ do Polski obywateli narodowości ukraińskiej uciekających przed działaniami wojennymi oraz szukających schronienia i/lub zamierzających się ubiegać o status uchodźcy w naszym kraju. W pierwszych dniach rosyjskiej agresji Polska przyjęła co najmniej 234 tys. Ukraińców. Większość przekraczających w ostatnich dniach granicę na ośmiu przejściach drogowych – w Dorohusku, Korczowej, Hrebennem, Medyce, Budmierzu, Krościenku, Dołhobyczowie i Zosinie – to kobiety i dzieci. Mężczyźni w wieku 18–60 lat w Ukrainie są objęci powszechną mobilizacją.

W latach 2010–2017 w Ukrainie obserwowano dramatyczny spadek wyszczepialności populacji dziecięcej w ramach programu szczepień ochronnych, szczególnie przeciw gruźlicy, błonicy, tężcowi, krztuścowi, poliomyelitis i odrze (ryc. 1).

Załamanie programu szczepień ochronnych doprowadziło do wzrostu zachorowań w latach 2018–2021.

Wysoka zachorowalność dotyczyła zwłaszcza odry (ponad 58 tys. przypadków w 2019 r.). W 2021 r. Ukraina była jedynym krajem w Europie, w którym wystąpiły zachorowania na poliomyelitis i ostre porażenie wiotkie.

W związku z toczącym się konfliktem zbrojnym prawdopodobnie dojdzie do kolejnego załamania programu szczepień i znaczącego wzrostu zachorowań na choroby zakaźne. Działania wojenne oraz pogorszenie jakości życia spowodują zwiększony napływ Ukraińców do Polski, szacowany na kilka milionów ludzi. Wśród nich znajdują się setki tysięcy osób niepoddanych szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, a także chorujących na choroby zakaźne występujące epidemicznie (WZW typ A, salmonelloza). Będzie to wymagało od polskich służb medycznych wzmoczonego nadzoru epidemiologicznego (badania przesiewowe w kierunku występowania chorób infekcyjnych, kontynuacja lub wprowadzenie kalendarza szczepień ochronnych dzieci i młodzieży).

Zgodnie z przepisami sanitarnymi obowiązującymi w Polsce istnieje ustawowy obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym przeciwko chorobom zakaźnym osób przebywających w RP przez co najmniej 3 miesiące. Obowiązkiem szczepień ochronnych są objęte między innymi błonica, gruźlica, krztusiec, poliomyelitis, odra, różyczka, świnka, tężec, WZW typ B, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typ B.

Cudzoziemcy do 19. roku życia przebywający w Polsce dłużej niż 3 miesiące są zobligowani do realizacji obowiązku szczepień ochronnych niezależnie od kraju pochodzenia – muszą być objęci opieką w podmiocie leczniczym posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia profilaktyczne. W związku z prawdopodobnym napływem w najbliższych miesiącach setek tysięcy obywateli narodowości

MEDYCYNĄ POLA WALKI W KILKU

KLUCZOWYCH DLA RATOWANIA ŻYCIA

PROCEDURACH RÓŻNI SIĘ OD CYWILNEJ,

A W SYTUACJI ATAKU TERRORYSTYCZNEGO

CZY WYBUCHU POPRAWNE WYKONYWANIE

PROCEDUR RATOWNICTWA CYWILNEGO

W ICH KLASYCZNYM UKŁADZIE ABC

MOŻE NAWET POGORSZYĆ ROKOWANIE

W LATACH 2010–2017 W UKRAINIE

OBSERWOWANO DRAMATYCZNY SPADEK

WYSZCZEPIALNOŚCI W RAMACH PROGRAMU

SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH, SZCZEGÓLNI

PRZECIW GRUŹLICY, BŁONICY, TĘŻCOWI,

KRZTUŚCOWI, POLIOMYELITIS I ODRZE

ukraińskiej, którzy będą przebywać w Polsce dłużej niż 3 miesiące, należy wprowadzić skonsolidowany system baz danych dla placówek medycznych prowadzących szczepienia.

Ponieważ status epidemiologiczny większości Ukraińców napływających do Polski nie będzie znany (brak dokumentacji medycznej, brak kart szczepień dzieci i młodzieży), procesami diagnostycznym i terapeutycznym, a także planowaną immunoprofilaktyką powinny się zająć placówki medyczne mające możliwości prowadzenia izolacji i kwarantanny oraz masowych szczepień ochronnych poza stałą infrastrukturą szpitalną – na przykład szpitale modułowe.

Odpowiedź państwa na sytuacje kryzysowe. Wnioski z dotychczasowych doświadczeń

Bieg zdarzeń towarzyszących sytuacji kryzysowej, jaką była epidemia SARS-CoV-2, pokazał, jak ważne w zapobieganiu jej skutkom było wypracowanie rekomendacji dotyczących działań przygotowujących polską ochronę zdrowia na poważne – zarówno ze względu na skalę, jak i czas – sytuacje kryzysowe. Wiele z nich, biorąc pod uwagę uniwersalny charakter, z powodzeniem można zastosować w przeciwdziałaniu skutkom kryzysu związanego z konfliktem zbrojnym rozgrywającym się za wschodnią granicą Polski. Rozwiązania w rodzaju tymczasowych ogniw pośrednich systemu ochrony zdrowia wspierających stacjonarny system opieki medycznej (szpitale modułowe) lub szybkiego odvodu medycznego reagowania kryzysowego wsparte powszechnym, dziedzinowym szkoleniem personelu medycznego w leczeniu obrażeń pola walki są przykładem kompletnych i wszechstronnych narzędzi wspierających system bezpieczeństwa państwa. Jako takie niezwłocznie powinny stać się trwałym elementem struktury organizacyjnej krajowego systemu ochrony zdrowia wzmacniającym jego odporność na sytuacje kryzysowe.

Grzegorz Gielera, generał dywizji Wojska Polskiego, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie