



Sprawozdanie poświęteczne

Od czasu, kiedy epidemia z hukiem zwała się nam na głowy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obraduje niemal codziennie. Odbywamy telekonferencje. Zawsze jest kworum. Najczęściej frekwencja przed komputerami jest stuprocentowa. Możemy więc bez kłopotu realizować swoje regulaminowe uprawnienia i obowiązki. Gdy spotykamy się w szerszym gronie, wraz z zaproszonymi gośćmi, ekspertami lub działaczami samorządowymi z innych organów, nazywamy to posiedzeniami sztabu kryzysowego. To oczywiste, bo zajmujemy się kryzysem, oceną sytuacji w systemie ochrony zdrowia i apelujemy w nieskończoność do władz naszego państwa o podjęcie takich działań, które wedle naszej wiedzy i doświadczenia powinny zostać przeprowadzone. W imię skutecznej walki z zagrożeniem epidemicznym, to po pierwsze, a po drugie, co w obecnym stanie rzeczy może ważniejsze, o przyszłości systemu. O szansach na utrzymanie przynajmniej jego przedepidemicznej, cóż że słabej i niewydolnej integralności.

Nasze wysiłki przynoszą ograniczone efekty. Na razie więc pełnimy przedmiotową, instrumentalną rolę żołnierzy na linii frontu, podporządkowani woli strategów z najwyższego dowództwa. Cóż tam drobne straty, kiedy państwo walczy o wielkie zwycięstwo. Zobaczmy jakie ono okaże się wielkie. Ale rola Kasandry też jest ważna i satysfakcjonująca, bo widać, że wiele naszych przewidywań i napomnień sprawdza się.

Nasze władze chyba same przestraszyły się własnego radykalizmu, postawiły na szybko i bezwzględną opresję administracyjną w egzekwowaniu swoich epidemiologicznych koncepcji. Jakakolwiek forma komunikacji, uzgadniania stanowisk, pozyskiwania partnerów do współpracy i szukania wsparcia w środowiskach profesjonalnych, wydaje się, że z definicji i od początku została odrzucona. Można to zrozumieć, jak wojna to wojna. Wojna to nie czas na dyskusje. Pierwszym ruchem w batalii jest zaprowadzenie cenzury – zaliczyliśmy i to. Całą jednak odpowiedzialność bierze na siebie państwo. Jak nam napisał pewien urzędnik z rządowego sztabu kryzysowego - streszczę to po swojemu: rząd nie ma teraz głowy, czasu ani potrzeby prowadzenia dialogu i uzgadniania czegokolwiek ze stroną społeczną. Korporacja zawodowa lekarzy jest dla tego urzędasza stroną społeczną. Ustroje się zmieniają, formacje polityczne zmieniają się jedna po drugiej, a podstawowy schemat rządzenia państwem pozostaje ten sam. Skoro mam władzę, to tylko moja wyobraźnia polityczna, administracyjna czy legislacyjna określa ramy i horyzont mojego działania. Żadni tam eksperci, praktycy i profesjonaliści nie są mi do realizacji mojej sprawy koniecznie potrzebni. Przyjdzie czas na podsumowania i rozliczenia, gdy kryzys już minie i przekonamy się co, po tym pożarze, z medycyny polskiej jeszcze pozostało.

Prezydium dało sobie 3 dni wolnego: sobota, Niedziela i Poniedziałek Wielkanocne. Na odpoczynek i refleksję o tym co już za nami i o przyszłości, bo ona będzie zdaje się równie trudna jak sama walka z wirusem. W trakcie ostatniego, Wielkopiątkowego Prezydium jedna ze spraw wywołała bardzo emocjonalną dyskusję. Chcę ją teraz zrelacjonować.

To sprawa zaskakująco dużego odsetka zakażonych pracowników ochrony zdrowia i towarzyszące temu podejrzenie, że to ci pracownicy są rozsądnikami epidemii. Dotarł do nas komunikat z Głównego Inspektoratu Sanitarnego, w którym na wykresie o strukturze zakażeń SARS-CoV-2 przypadki zakażeń nazwane jako „z kontaktu w szpitalu” obejmują 30,1% wszystkich zachorowań. Niby logiczne, prawda? Szpitale to miejsca wyjątkowe, w których legalnie nie przestrzega się zakazów imprez masowych, 2m odległości pomiędzy ludźmi i nie odgradza się od nich ludzi z

zakażeniem, tylko specjalnie się ich tam pakuje. Wniosku, aby zamknąć szpitale i inne placówki medyczne, tak jak zamknięto sklepy, restauracje, kina itd. nie da się logicznie wyciągnąć, chociaż praktycznie w znacznej mierze do tego doszło.

Jeśli jednak dobrze rozumiem, to zakażenia „z kontaktu w szpitalu” mogą mieć cztery postaci: [1] lekarz zakaża się od chorego na COVID pacjenta, bo źle jest chroniony i źle sam siebie chroni, [2] chory lekarz zaraża dotychczas zdrowego pacjenta leczonego z innych, poza COVID-owych przyczyn, bo nie wie że jest zakażony oraz nie przestrzega mimo wszystko reguł ostrożności, [3] lekarz niezakażony przenosi zakażenie z chorego pacjenta na niezakażonego, bo nie ma wiedzy, nie zna procedur, nie stosuje się do nich, nie ma wyobraźni i jest „nonszalancki” (to jest „wariant Kraski”), [4] dotychczas niezakażony pacjent zakaża się od zakażonego, bo ich status nie został na czas rozpoznany i nie zostali na czas oddzieleni od siebie, aby nie dopuścić do przeniesienia zakażenia.

To oburzający i bałamutny dokument. Niemądry i trudny do zrozumienia, bo nie znamy metodologii jego powstania, a nie mamy też możliwości poznania statystyki zdarzeń, która posłużyła do jego opracowania, bo płaszczyzna komunikacji została zlikwidowana. Nie znamy danych z tzw. wywiadu epidemiologicznego wyjaśniającego, skąd się wzięły Konkretnie przypadki zakażenia. Wrzuca on do jednego worka zupełnie różne sytuacje kliniczne i epidemiologiczne, gdzie paleta środków zapobiegawczych i odpowiedzialności za przeniesienie zakażenia przedstawia się zupełnie odmiennie. Za to przedstawia się publicznie taką oto interpretację: pacjent był „zdrowy na wirusa”, poszedł do szpitala, tam go zarazili i teraz ma dwie choroby, a nie jedną. Kto go zakażył? – oczywiście lekarze. Czyli medialnie eksploatowany jest głównie punkt 3-ci. Decydenci, organizatorzy ochrony zdrowia, administracja i różni mądrale zawiną się, i gdy przyjdzie do ocen i rozliczeń znikną w pobliskich krzakach. Trzeba się było chronić i chronić pacjentów (nie było środków ochrony), trzeba było przestrzegać procedur (nie było procedur), trzeba było działać na podstawie wyników testów (nie było testów) ale trzeba było.

Pomijając te dylematy z nieznanej przyszłości, uważamy, że przyjęta została wadliwa zasada strategii walki z wirusem. Jesteśmy zdania, że podstawową zasadą tej strategii powinien być nasilony, obowiązkowy, szybki i często powtarzany (w rytmie okresów wylegania się choroby) screening wirusologiczny pracowników ochrony zdrowia. Apelujemy o to dalej, ponieważ w dalszym ciągu do Naczelnej i okręgowych izb lekarskich napływają skargi lekarzy, że nie mogą doprosić się sprawdzenia swojego stanu przy pomocy genetycznego badania wirusologicznego. Takie sytuacje zdarzają się w dalszym ciągu, pomimo coraz łatwiejszego dostępu do tych badań.

Nasze apele o standardy, które w równym stopniu obliowałyby organizatorów kryzysowej służby zdrowia i fachowy personel medyczny, o środki ochrony osobistej o testy, testy, testy, o to aby szybciej oddzielać chorych od zdrowych, pozostały nie tylko bez merytorycznej troski i namysłu, ale bez jakiegokolwiek reakcji.

Życie uczy, że gdy opadać będzie stres bojowy związany z walką z wirusem zacznie się czas rozliczeń. Dowiadujemy się także, że w prokuraturze jest już 5 spraw o odszkodowania z tytułu zakażenia wirusem. Wiemy o tym z mediów, czyli prokuratorzy udzielili wywiadów. Skończy się szybko czas oklasków dla bohaterów, zacznie się polowanie na czarownice. Bądźmy czujni siostry i bracia. Te sprawy będą bardzo trudne.

Krzysztof Madej, Wiceprezes NRL

