

Wybrane wyzwania medyczne, ludzkie i organizacyjne w obliczu pandemii SARS-CoV-2 (na przykładzie Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu)

Szczepan Cofta, Daria Springer, Tomasz Ozorowski, Ewa Baum

Rozprzestrzeniająca się epidemia SARS-CoV-2 oraz powstające ryzyko COVID-19 stanowi istotne wyzwanie dla funkcjonowania szpitali, w tym szpitali klinicznych, a także jest wyzwaniem dla jednostek podejmujących się dzieła tworzenia szpitali tymczasowych. Wyzwanie to związane jest z koniecznością przemodelowania sposobu prowadzenia działalności, jak i przebudowy obowiązujących procedur szpitalnych, jak też zaakceptowania słabości i ograniczeń, jakie stawia przed nami epidemia. Niezwykle istotne stało się zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego szpitali, poprawa funkcjonowania zespołów medycznych i administracyjnych, poprawa komunikacji wewnątrzszpitalnej. Autorzy stanęli przed wyzwaniami, jakimi są reorganizacja szpitala tradycyjnego w kontekście pandemii, organizacja szpitala tymczasowego oraz punktu masowych szczepień oraz umiejętność pogodzenia tak wielowymiarowych wyzwań i aktywności medycznych, by w możliwie najlepszy sposób otoczyć opieką jako Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego pacjentów oraz zapewnić bezpieczeństwo pracowników. Sposoby realizacji tych wyzwań mogą stać się przyczynkiem do tworzenia nowoczesnego modelu funkcjonowania szpitala, w tym także klinicznego.

Świat, który znaleźliśmy

Oczekiwanie na wiosnę, topniejący śnieg, coraz dłuższe dni – tym żyliśmy w końcu zimy 2020 r., zanim zorientowaliśmy się, że pojawił się nowy – nieznanany – przeciwnik. Przychodziliśmy jako medycy szpitalni na nasze oddziały, prowadząc naszych pacjentów, nie będąc świadomymi realnego zagrożenia, czyhającego za granicami kontynentu... Lecz wirus zdobył świat, przekroczył wszystkie jego granice – te na ziemi i te na niebie. Granica kontynentu okazała się drobnostką dla wirusa, który obezwładnił nas na półtora roku. I obezwładnia nas nadal.

Proszę pozwolić opowiedzieć historię, która pisana jest z dnia na dzień... pisana doświadczeniem naszej epoki.

Ile epok, tyle epidemii...

Zjawisko epidemii towarzyszy nam od zawsze. A. Camus w swojej powieści pt. „Dżuma” – obecnie ponownie rozchwytywanej, ale także aktualnej – przypomina: „Na świecie było tyle dżum, co wojen. Mimo to dżumy i wojny zastają ludzi zawsze tak samo zaskoczonych”¹.

Cholera od 1816 r. do wczesnych lat 60. XIX w. zdziesiątkowała mieszkańców Indii, Europy i Ameryki Północnej. Od 1817 r. przez kolejne cztery dekady przyczyniła się w Indiach do śmierci ok. 40 mln ludzi. W Europie i Ameryce Północnej spowodowała zgony ponad 100 tys. osób. Na teren Królestwa Polskiego cholera dotarła w 1831 r., pochłaniając 13 105 ofiar. Wysoka była jej śmiertelność, sięgająca 50% zakażonych.

Wcześniej panowała dżuma, „czarna śmierć”, w latach 1347–1351. Spowodowała ok. 200 mln zgonów na świecie. Charakteryzowała się wysoką śmiertelnością zakażonych – 50–70%. Fale epidemii powracały do XVIII stulecia.

Następnie epidemia ospy prawdziwej, która w XVI w. w Ameryce Północnej i Południowej zabiła ok. 75% całkowitej populacji Meksyku oraz 95% społeczeństwa imperium Inków. Podczas pandemii, które przetoczyły się przez osiemnastowieczną Europę, zmarło blisko 60 mln osób. W Polsce czarna ospa pojawiła się po raz ostatni w 1963 r. we Wrocławiu. Zachorowało wówczas

¹ A. Camus, Dżuma, Warszawa 1999, s. 24.

99 osób, zmarło 7. Pierwsza wynaleziona szczepionka była szczepionką przeciw ospie prawdziwej – opracowana przez *E. Jennera*.

Innym – bliższym nam – wyzwaniem była grypa hiszpanka, w latach 1918–1919. Wirus grypy AH1N1 przyczynił się do wybuchu jednej z największych pandemii na świecie, doprowadzając do zakażenia prawie 500 mln mieszkańców Ziemi. Śmiertelność sięgała 20%. To wielokrotnie więcej niż podczas obecnej pandemii.

Stosunkowo niedawno doświadczyła świat epidemia świńskiej grypy, AH1N1. Pandemia trwała od 11.6.2009 r. do 10.8.2010 r. Objawy przypominały tradycyjną grypę. Wprawdzie przenoszona przez świnie, to jednak udowodniono możliwość przenoszenia z człowieka na człowieka. W maju 2009 r. potwierdzono pierwszy przypadek w Polsce. Ta epidemia jednak na naszym kontynencie nieco nas oszczędziła.

Nieznany przeciwnik

Początek epidemii COVID-19 wydawał się w naszym kraju – pewnie podobnie jak wszędzie – dość banalny i niecharakterystyczny. Pierwszy przypadek COVID-19 w Polsce odnotowano 4.3.2020 r., a 11.3.2020 r. było 27 zakażonych. Sięgając nieco wcześniej, trzeba przypomnieć, że pierwsze zachorowania na nietypowe zapalenia płuc odnotowano w grudniu 2019 r. w mieście Wuhan, chińskiej prowincji Hubei. W dniu 11.2.2020 r. chorobę nazwano COVID-19, a 14.2.2020 r. wywołujący ją patogen otrzymał nazwę wirus SARS-CoV-2. W dniu 5.3.2020 r. wirus został wykryty już w 84 państwach².

Poznajemy się bliżej

Wirus SARS-CoV-2, podobnie jak inne betakoronawirusy, jest patogenem pochodzenia odzwierzęcego, a głównym jego rezerwuarem są nietoperze.

² Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic (23.2.2020), <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html> (dostęp: 11.5.2021 r.); World Health Organization. Mask use in the context of COVID-19 (1.12.2020), [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak) (dostęp: 11.5.2021 r.).

Koronawirus przenosi się drogą kropelkową i kontaktową – do zakażenia może dojść poprzez osiadanie na błonach śluzowych osoby zdrowej aerozoli wytwarzanych podczas kaszlu i kichania osoby chorej. Najskuteczniejszą formą zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażenia jest zachowanie dystansu społecznego oraz zasłanianie nosa i ust, by zminimalizować „wędrówkę” wirusa.

Przebieg kliniczny może być bezobjawowy i w ten sposób przechodzi zakażenie ok. 30% społeczeństwa. Zakażenie skąpo objawowe – możliwa gorączka, katar, osłabienie. Zakażenie objawowe – pełne objawy zakażenia koronawirusem, ale bez potrzeby hospitalizacji (objawy zapalenia płuc, kaszel, gorączka, powikłania sercowo-naczyniowe), a także ostatnie stadium – zakażenie o ciężkim przebiegu, które wymaga hospitalizacji oraz suplementacji tlenu. Na cięższy przebieg zakażenia narażone są osoby starsze, z licznymi chorobami towarzyszącymi (nowotwory, cukrzyca, choroby układu naczyniowego), osoby z obniżoną odpornością oraz cierpiące na choroby układu oddechowego (astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc)³.

Lockdown

Wirus rozprzestrzenił się, było coraz więcej osób zakażonych, a w odpowiedzi na to szpitale przeobrażały się, tak samo i my, w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, podążyliśmy za zmianami. To była lekcja życia. Przekonaaliśmy się, z kim można „iść na barykadę”. Uczyliśmy się wspólnie, jak powinny wyglądać procedury życia szpitalnego, jak przyjmować pacjentów, jak się mają zachowywać pracownicy, zarówno medyczni, jak i administracji. To były swego rodzaju eksperymenty na żywym organizmie. W medycynie istnieje zasada zachowania ostrożności – jeżeli jest wątpliwość odnośnie do jakiegoś wyboru, to zawsze ten wybór musi być związany z zachowaniem ostrożności. Pojawiały się na przykład pytania, czy nosić maseczki i w jakiej mierze chronią one nas i innych. W jakiej mierze zachowanie dystansu społecznego, restrykcje lockdownu mogą zmienić losy pandemii. Pierwsze miesiące były nieustanną nauką, poznawaniem przeciwnika, uczeniem się go, a wszystko to, co nowe, ubrane w strach i lęk, okraszane

³ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – sixth update (9.2.2021), <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings> (dostęp: 11.5.2021 r.).

paniką. Stąd była to dla nas pewnego rodzaju medyczna i organizacyjna przystopka życia, odkrywanie nieznanego. Znowu potwierdziło się przekonanie, że medycyna ma w sobie jeszcze tyle nieodkrytych przestrzeni.

Zmodyfikowaliśmy sposób swego funkcjonowania. Zaistniała sytuacja wymusiła przyspieszony rozwój informatyzacji służby zdrowia, w tym zastosowania technik telemedycznych. Rozeznaliśmy szanse i ograniczenia teleporad – od zachłystnięcia się nimi w pierwszych miesiącach pandemii, po zweryfikowanie ich ograniczeń i ukazanie niedoskonałości na jesieni 2020 r., gdy rozpętała się trzecia fala. Epidemia wymusiła także refleksję o sposobach i bezpieczeństwie zatrudnienia lekarskiego, pielęgniarskiego i innych osób, które musiały się zaangażować w walkę z pandemią.

Nie skapitulowaliśmy

Pomimo tych nowych, ogromnych wyzwań Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego, wszystkie jego oddziały, pracownie diagnostyczne, przychodnie, pracowały normalnie. Nie ucierpiały ani świadczenia sercowo-naczyniowe, ani onkologiczne. To wskazuje przede wszystkim na ogromny potencjał zespołu wspaniałych ludzi, którzy tworzą ten szpital. Na dobrą, twórczą atmosferę. Na możliwości rozwoju. I nawet w tak skrajnie trudnych warunkach, jakie zgotowała nam pandemia koronawirusa, nie skapitulowaliśmy; i gdy inne jednostki zamieniały się w jednoimienne, my przyjmowaliśmy tych, którzy tego potrzebowali, a którzy stracili swoje dotychczasowe miejsce opieki i leczenia. Zostawiliśmy otwarte drzwi do poradni, i choć w początkowym ataku paniki zamknęliśmy oddziały przed odwiedzającymi, szybko otwarliśmy umysły i serca na potrzeby najciężej chorych, na odchodzących... na osamotnienie i lęk naszych pacjentów i – w nowej odsłonie – ale jednak, przywróciliśmy odwiedziny rodzin. Warto pamiętać, że prawo do odwiedzin jest jednym z ważnych uprawnień pacjenta. Może być ograniczone jedynie ważnymi racjami epidemiologicznymi.

Szpital w dobie pandemii

Do najważniejszych – nowych – działań szpitala należało stałe pozyskiwanie informacji dotyczącej bieżącej sytuacji epidemiologicznej w regionie i ich analiza w aspekcie bieżącego działania placówki. Należało umiejętnie przy-

sposobić uzyskane informacje do podejmowania odpowiedniej strategii stopniowego przywracania normalnej działalności szpitala z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

Nastąpiło sprawne wdrożenie i monitorowanie kluczowych procedur profilaktyki zakażeń COVID-19, w szczególności: utrzymywanie dystansu, prowadzenie higieny rąk, utworzenie skutecznego triażowania pacjentów, personelu i osób odwiedzających, bezpieczne rozmieszczanie pacjentów z zachowaniem zalecanej odległości.

Kluczowym zadaniem było ustalenie listy niezbędnych osób i ich telefonów kontaktowych w celu pilnego i natychmiastowego rozwiązywania problemów epidemiologicznych, np. określania zakresu ekspozycji personelu w dni wolne od pracy. Po stronie szpitala leżało zapewnienie środków ochrony osobistej i wdrożenie szkolenia personelu w zakresie ich stosowania. Niezwykle istotnym elementem stało się wdrożenie działań wczesnej identyfikacji zakażeń u pacjentów i personelu, a także ustalenie zakresu diagnostyki w obu grupach w kierunku COVID-19.

Działaniem usprawniającym funkcjonowanie w dobie epidemii było ustalenie rodzaju komunikacji zewnętrznej z kluczowymi partnerami w podejmowaniu działań ograniczających rozprzestrzenianie SARS-CoV-2 w regionie m.in. z sanepidem, zewnętrznym laboratorium diagnozującym COVID-19 czy z innymi szpitalami. Właściwa komunikacja powinna być również zapewniona między szpitalem a pacjentami i lokalną społecznością, m.in. poprzez stronę internetową szpitala i media społecznościowe⁴.

Medycy ruszyli na wojnę...

I gdy w murach naszego szpitala działy się przemiany, uczyliśmy się nowych zasad bezpieczeństwa i polityki epidemiologicznej, musieliśmy przestać również swoje myślenie, nauczyć się leczyć w nowej rzeczywistości. W środowisku medycznym wiedzieliśmy, że wolno nam się bać. Wolno lękać się

⁴ ECDC Technical Document: Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. Third update (13.5.2020), https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-control-for-the-care-of-patients-with-2019-nCoV-healthcare-settings_third-update.pdf (dostęp: 11.5.2021 r.); Hospital Readiness Checklist for COVID-19. World Health Organization Regional Office for Europe (24.2.2020), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333972/WHO-EURO-2020-1012-40758-54954-eng.pdf> (dostęp: 11.5.2021 r.).

o siebie i bliskich, wolno analizować, czy nasze miejsca pracy są bezpieczne, czy otrzymujemy odpowiednie środki ochrony osobistej, czy *triage* przy wejściu do szpitala czy poradni jest prowadzony rzetelnie.

Byliśmy nieufni w stosunku do osób nieprzestrzegających obostrzeń. Pozwoliliśmy sobie na strach, lecz nie na panikę. Nasz lęk działał motywująco. Stawaliśmy się odpowiedzialni za siebie, a także za innych. W czasach epidemii – gdy nie ma utartych dróg działania, gdy brakuje wytycznych lub dopiero się tworzą – musimy uczyć się nieść swoją postawą poczucie bezpieczeństwa, którym możemy obdarzyć naszych współpracowników, pacjentów, a także domowników czy osoby robiące z nami zakupy w aptece czy supermarkecie. Nosiliśmy oczywiście maski, dezynfekowaliśmy ręce, zachowywaliśmy właściwy dystans. Nie mogliśmy pozwolić, by ponad lękiem o zachorowanie na koronawirusa był lęk o opóźnione diagnozowanie chorób nowotworowych, naczyniowych, czy wszelkich innych chorób; lęk o utrudniony dostęp do specjalistów, o pękające tętniaki aorty bez możliwości uzyskana pomocy chirurgicznej na czas...

Jesteśmy odpowiedzialni za innych

W pracy przedstawiciele zawodów medycznych pojawia się wiele dylematów moralnych, rozpoczynając chociażby od obowiązku niesienia pomocy i opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom, aż po granice ingerencji w autonomiczne wybory jednostki. W rozwiązywaniu sporów pomocne mogą być kodeksy etyczne, w tym Kodeks Etyki Lekarskiej, które należą do najstarszych w dziejach ludzkości kodeksów etyki zawodowej, które w czasie pandemii nabrały nowego – szerszego – znaczenia.

W Polsce pierwsze kodeksy etyki zawodowej lekarzy zaczęły powstać w okresie rozbiorów. Po II wojnie światowej kodeks etyki zawodowej lekarzy zmieniany był parokrotnie. Aktualnie obowiązuje Kodeks Etyki Lekarskiej z 2.1.2004 r., który w swoich pierwszych postanowieniach zobowiązuje lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu, a ponadto wskazuje, iż zdrowie chorego jest najwyższą wartością dla lekarza. Ponadto zakazuje lekarzowi posługiwania się swoją wiedzą i umiejętnościami w działaniach sprzecznych z powołaniem lekarskim. Powyższe rozwiązania mogą i powinny być pojmowane jako uniwersalne wytyczne, gdyż szybkość rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19 nie pozostawiła nam dużo czasu na dostosowanie się do nowej sytuacji czy wprowadzenie specjalnych, eks-

traordynaryjnych rozwiązań. Niewątpliwie trudna i nieprzewidywalna sytuacja pandemiczna wymaga przedsięwzięcia specjalnych środków, aby zapewnić obywatelom minimum bezpieczeństwa. Jednak wszelkie rozstrzygnięcia powinny być wdrażane racjonalnie, po interdyscyplinarnej i wieloaspektowej analizie. Według kanadyjskiej badaczki *M. Warren*, zbiorowym obowiązkiem pracowników medycznych jest zminimalizowanie liczby trudnych wyborów, których muszą dokonywać podczas pandemii⁵. Dotychczasowe wnioski płynące z pandemii COVID-19 i wcześniejszych epidemii wskazują, że racjonalne planowanie i rzetelne przygotowania oraz analiza mają kluczowe znaczenie dla wypełnienia tego obowiązku. W sytuacji, gdy uniknięcie trudnych wyborów nie jest możliwe, obowiązkiem etyków jest sprawdzenie, czy pracownicy służby zdrowia i inni decydenci są wyposażeni w to, czego potrzebują do podjęcia niezbędnych decyzji i przystąpienia do działań medycznych.

Minimalizowanie trudnych wyborów

Zdaniem wspomnianej *M. Warren*, etycy mogą najlepiej pomóc podczas pandemii, pracując nad zminimalizowaniem liczby trudnych wyborów, których muszą dokonać pracownicy służby zdrowia, będąc przy tym pewni, że podejmowanie takich wyborów jest oparte na właściwych powodach⁶. Prace wynikające z doświadczeń SARS w Toronto i odpowiedzi na COVID-19 w innych krajach sugerują, że etycy powinni skupić się na wczesnym zaangażowaniu, aby wyartykułować odpowiednie wartości proceduralne i merytoryczne oraz włączyć je do planów reagowania. Oprócz planowania, należy wykonać kluczową pracę w zakresie budowania potencjału etycznego oraz opracowywania narzędzi i ram, które pomogą pracownikom służby zdrowia żyć zgodnie z decyzjami, przed którymi staną.

Zatem przy podejmowaniu konkretnych działań zasadne powinno być odwoływanie się do ogólnie przyjętych zasad etyki medycznej, które powinny być pomocne przy dokonywaniu zawodowych wyborów. Normy takie mogą okazać się szczególnie ważne w sytuacjach nadzwyczajnych, które mogą powodować wiele dylematów moralnych. Etyka w takich sytuacjach może stać się

⁵ *M. Warren*, Roles of ethicists in covid-19 response, Impact Ethics 18 March 2020. Retrieved March 30, 2020, <https://impactethics.ca/2020/03/18/roles-for-ethicists-in-covid-19-response/> (dostęp: 23.8.2021 r.).

⁶ Tamże.

szczególnie ważnym instrumentem, ułatwiającym rozwiązywanie konfliktów i sporów pojawiających się w trakcie wykonywania przez ludzi zadań związanych z ich medycznymi obowiązkami. Etyka zawodowa interpretuje powinności własnej grupy pracowników w duchu pewnych doktryn, a etyka medyczna najczęściej odnosi się do utilitaryzmu, deontologii czy etyki personalistycznej.

Czy nam się udało? Czy kierowaliśmy się etyką? Czy minimalizowaliśmy trudne wybory? Jako szpital kliniczny byliśmy i jesteśmy uprzywilejowani – mamy zasoby i możliwości, by twórczo urzeczywistniać ograniczenia narzucone przez pandemię, a jednocześnie mamy niezwykle grono pracowników oraz możliwości lokalowe i sprzętowe, by trudnych wyborów było jak najmniej, by pacjent był zawsze na pierwszy miejscu, także w dobie koronawirusa.

Odmrażanie

Przeszliśmy w Polsce etap od totalnego zablokowania społecznego i niezwykle istotnych restrykcji wzajemnej komunikacji do odmrożenia, całkowitego odblokowania. Szpitale, które również musiały swoją działalność przywrócić, nie tylko nie otrzymały zaleceń, jak zamrażać, ale też musiały same wypracować sobie wytyczne, jak wracać do normalnej pracy w innej – niepewnej – sytuacji epidemiologicznej. Trzeba jednakże przyznać, że ta zupełnie nowa i nietypowa sytuacja utrudniła przygotowanie takich wytycznych. Przez ich odgórny brak uwypuklona została rola i odpowiedzialność zarządzających – wraz z osobami odpowiedzialnymi za zakażenia. Każdy szpital musiał przejść swoją drogę w samotności, indywidualnie wypracowując swoje rozwiązania – niemalże – szukając po omacku...

Już nie tylko panika

Jeśli w marcu–kwietniu 2020 r. przeżywaliliśmy w dużej mierze „epidemię paniki”, to później osaczyła nas faktyczna opresja zakaźnej choroby. W przygotowaniu na przewidywaną na jesień 2020 r. trzecią falę epidemii, pod opiekę Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego oddano powstający na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich (MTP) Szpital Tymczasowy. Porwali się na niemożliwe, nie wiedząc co nas czeka. W listopadzie 2020 r. Szpital Tymczasowy MTP był już wyposażony i przygotowany, choć pozostał w trybie pasywnym. Ogłoszona wówczas lekarska mobilizacja okazała się przedwcze-

sna. Z impetem ruszył jednak pierwszego lutego 2021 r., rozwijając się w kolejnych tygodniach. Jako lekarze sprawdziliśmy się i sprawdzamy. Tak, jak i szerokie grono naszych współpracowników różnych profesji medycznych i pomocniczych, porwanych impulsem niezbędności udzielenia pomocy w tym szczególnym czasie.

Pulmonolodzy i nie tylko... na starcie

Ujmująca okazała się chociażby lekarska gotowość współpracowników Oddziału Pulmonologii. Gdy powstawała perspektywa zaangażowania pulmonologów w proponowane dzieło, po kilku spotkaniach, podczas których ukazywaliśmy tę wizję, zgłosił się – początkowo dyskretnie – tylko jeden spośród rezydentów. Niedługo później – także niby w ukryciu – jeden ze specjalistów. Gdy misja tworzenia szpitala tymczasowego stała się faktem, jak kula śnieżna przybywali inni – tak, że nie udało się nawet oddelegować na Targi wszystkich chętnych. Cieszy, że tak wiele osób dało się porwać temu zaproszeniu.

W taki sposób został uformowany łańcuch rąk do pracy. Tylko niewielka część dołączyła do zespołu lekarskiego z przymusowego powołania, a niektórzy wyszli mu naprzeciw, zgłaszając się do pracy przed otrzymaniem wezwania.

Szpital „polowy” jednak działa

Gdy Szpital Tymczasowy MTP w Poznaniu ruszył z początkiem lutego 2021 r., byliśmy nieco oszołomieni świadomością, że dzięki ludzkiemu porywowi pracy i zapału on rzeczywiście funkcjonuje. Okazało się, że można – w prowizorycznych w sumie warunkach – zapewnić sprawne funkcjonowanie nawet oddziału intensywnej terapii, ale także zastosować z impetem i skutecznością techniki umożliwiające uniknięcie stosowania wentylacji inwazyjnej.

Wyposażeni w 72 aparaty do tlenoterapii wysokoprzepływowowej oraz 30 aparatów do nieinwazyjnej wentylacji, jako pulmonolodzy, zapraszaliśmy do współpracy przedstawicieli innych specjalności, przede wszystkim internistów, i do stosowania tych technik.

Udało się, dzięki potrzebie epidemicznej i silnej presji, w kilka tygodni zwiększyć potencjał szpitala z 56 łóżek internistycznych i 10 respiratorowych do – w sumie 356 – łóżek, w tym 20 respiratorowych. Udało się – dodając segmenty dwudziestoosmiołóżkowe (takie powstały ramy organizacyjne płat-

nika) – doprowadzić do uruchomienia potencjału, który w pierwszej części kwietnia przewyższył potencjał innych szpitali tymczasowych w Polsce, stając się największą taką jednostką. Nie byłoby to możliwe bez zrywu organizacyjnego czujących pełnienie posłannictwa i gotowych na swego rodzaju szaleństwo setek osób. Nie tylko wspaniałych pielęgniarek, ratowników, opiekunów i lekarzy, ale także szerokiego grona osób odpowiedzialnych za wymiary innych obszarów medycznych, także logistycznych, administracyjnych i organizacyjnych.

W szpitalu w okresie największej aktywności pracowało ponad 900 osób, w tym ok. 145 lekarzy, 434 pielęgniarki (w tym 73 studentki pielęgniarstwa z powołania wojewody), 124 ratowników medycznych, 141 opiekunów medycznych/studentów, 12 sanitariuszy, 14 pracowników rejestracji medycznej, 5 farmaceutów i techników farmacji, 5 techników RTG oraz 38 osób pozostałego personelu. Oczywiście w dużej mierze w niepełnym wymiarze czasu pracy. Udało się utrzymać średni czas pobytu pacjentów na poziomie ok. 9 dni. Śmiertelność w pierwszych 4 miesiącach działalności szpitala (od 1.2.2021 r. do 31.5.2021 r.) wynosiła ok. 12%. Przyjęto w tym czasie ok. 1400 pacjentów. Duża część z tej liczby uniknęła wentylacji inwazyjnej dzięki stosowaniu nowych technik tlenoterapii: tlenoterapii wysokoprzepływowej oraz wentylacji nieinwazyjnej.

Poryw kompetencji i serca

Dla wielu ujmująca była i jest szczególna współpraca i troska pracowników ofiarowana pacjentom. O dziwo, duże hale z huczącymi całą dobę wentylatorami i przyćmionym światłem być może nawet okazały się bardziej przyjazne dla opieki nad pacjentami niż małe szpitalne sale w tradycyjnych placówkach objętych izolacją.

Ujmujący okazuje się często poryw kompetencji i serc tych, którzy odważają się przekraczać barierę strefy czystej. Tak znaczący okazał się powiew entuzjazmu wielu spośród współpracowników. Niekiedy trzeba umożliwić wypłynięcie na szerokie wody... Choćby jak 11 pań oddziałowych formujących naprędce szwadrony swoich współpracowników ofiarujących pomoc pacjentom. Choćby jak młody ordynator, tydzień po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego, umiejący zorganizować grono kilkunastu lekarskich współpracowników w 24 godziny, by otworzyć naprędce nowy oddział pod impulsem potrzeb i chwili. Inny z nowo powołanych ordynatorów pisał: „Proszę się wczuć przez

chwile w moją sytuację: dostałem cieknącą łódkę z jednym wiosłem, nieznanymi marynarzami i bez mapy kazano mi płynąć po wzburzonym morzu⁷. Choć – jak i inni – sprawdził się ze swoim zespołem. A sytuacja była zapewne podobna do tej na wojnie...

Niezależnie od roli, jaką pełniemy w Szpitalu Tymczasowym, przekraczając jego próg, oderwaliśmy się od pozostawionej poza murami rzeczywistości. Daliśmy się wchłonąć jego nastrojowi, humorom, pośpiechowi, skupieniu. Dzieliłiśmy czas, tworząc swego rodzaju mikrokosmos, między „strefę czystą” na planie krzyża w tzw. czteropaku poznańskich Targów, otoczeni wyrastającymi niepozornie drzewami wzdłuż alei, a „strefą brudną”, gdzie czekali na nas ci, którym winniśmy pomoc według najlepszej naszej wiedzy, a przy tym nie zatracając wrażliwości na ludzkie cierpienie.

Pochwały nie najważniejsze

Nie sposób wsłuchiwać się w pochwały, gdyż za ważniejsze powinny być uznawane głosy krytyczne. Ale również nie sposób nie oddać głosu jednemu z pacjentów, który zwrócił się do nas w liście:

„Dnia 25 lutego 2021 roku zostałem przywieziony przez Pogotowie Ratunkowe z gorączką przekraczającą 40 stopni Celsjusza do Waszego Szpitala. Dziesięciu dniom i nocom spędzonym w łóżku 036/8 towarzyszyło wiele trudnych doznań i emocji. Dziś są już przeszłością. Pozostała jedna: wdzięczność za otrzymane od Państwa poczucie bezpieczeństwa i niepodważalne przekonanie, że byłem w najlepszych rękach.

Piszę to, żeby podziękować. Czuję potrzebę wyrażenia uznania i wdzięczności za wszystko, co mnie z Państwa strony spotkało. Wrażliwość na ludzkie potrzeby, zrozumienie, troska, przejawy sympatii wykraczające poza normalne obowiązki, na każdym kroku niesiona pomoc, wsparcie i ulga.

Jesteście Państwo bohaterami. Warunki, w jakich pełnicie swoje obowiązki są trudne. Wasze imiona trzeba odgadywać z bażgrołów flamastrem na plecach. Macie powody być zmęczeni, sfrustrowani, obojętni... A jednak z Waszych niewidocznych twarzy emanuje misyjne posłannictwo. Jedyna część Was, którą widać, Wasze oczy, wyrażają skupienie, determinację, troskę, współczucie, radość z kolejnych powodzeń, które dla nas, pacjentów, oznaczają życie.

⁷ Fragment listu będącego w posiadaniu autora.

Ja na ulicy nie rozpoznam nikogo z Was. Każde z Was na ulicy minę obojętnie. Niech więc dotrą do Was te słowa!⁸.

Bolesna skaza

Pojawiła się niestety bolesna skaza w przedostatnim dniu marca. Zdarzyło się coś, co ani nie powinno, ani nie miało prawa się zdarzyć. Zabrakło niespodziewanie życiodajnego tlenu. Przyjęliśmy to z trwogą, olbrzymim bólem i smutkiem. Pozostajemy do dyspozycji w osądzie zaistniałych spraw z nadzieją, że czas i historia w sposób sprawiedliwy wyda swój wyrok, a uczynione dobro wchłonie w siebie bolesne wydarzenia.

Rzeczywistość оголоzenia

Zauważyliśmy, że jeżdżąc do Szpitala Tymczasowego, zabieramy tam coraz mniej rzeczy: wypchanych teczek z dokumentami, plecaków z – wydawałoby się – niezbędnymi codziennymi pomocami, plików zawitych papierów. Wchodzi się do szpitala, a tym bardziej do jego „strefy brudnej”, z pustymi rękami. Niejako w sposób bezbronny pozostaje się ze sobą naprzeciw pacjentów, ale także i wszelkiego sprzętu tam ulokowanego, niezwykle bogatego, jak na warunki polowe. Nie pozostaje się jednakże tam samemu, ale w zespole, który – bardziej czy mniej fortunnie – się współtworzy. W zespole osób stojących w obliczu potrzebujących.

To, co najważniejsze

I gdy obok konieczności pokazania kompetencji medycznych pojawiają także inne wyzwania spotkania z chorym: spojrzenie, słowo, dotyk, obecność, towarzyszenie itd., wówczas pojawiają się nowe siły, ale i lęk. Szpital Tymczasowy – w nazwie swojej sugeruje krótkoterminowość istnienia – ale dla pacjentów trafiających pod naszą opiekę to pobyt pełny i jedyny. I właśnie w tym miejscu oczekują uzyskać najlepszą i kompetentną pomoc, by móc wrócić do

⁸ Fragment listu będącego w posiadaniu autora.

swoich bliskich, do świata, który zmienia się dla nich z: „przed COVIDEM”, na świat: „po COVIDZIE”.

Po trzeciej fali, przed czwartą...?

Trzecia fala wygasła w maju i czerwcu 2021 r., zmniejszono w kraju ograniczenia – zrzucaliśmy wówczas maski ochronne w przestrzeni otwartej, mogliśmy spotykać się w gronie do 50 osób, otwierały się galerie handlowe, muzea. Dano nam zakosztować namiastki rzeczywistości sprzed pandemii. I my odychamy głębiej, pacjentów coraz mniej, dniowa szala przechyła się na korzyść wypisów – coraz mniej przyjęć, pojedynczy chorzy. Z końcem maja na Oddziale Pulmonologii Szpitala Tymczasowego przebywa kilkunastu pacjentów – w całym szpitalu 25. Oddziały zamykały się w podobnym tempie, jak się rozrastały, gdy trzecia fala narastała z niewyobrażalną siłą, gdy byliśmy potrzebni na wczoraj. Większość naszych współtowarzyszy wróciła do swoich podstawowych miejsc pracy, w Szpitalu coraz ciszej i spokojniej, z każdym kolejnym wypisanym pacjentem zastanawialiśmy się, kiedy szpital z aktywnego zmieni się w pasywny i zamkną się za nami drzwi Targowego „czteropaku”. Pytamy tylko siebie, my, którzy przeżyliśmy wojnę covidową, my, którzy zaglądaliśmy nieraz śmierci w oczy, walczyliśmy o każdego pacjenta często do ostatnich sił: czy zamkniami te drzwi na dobre, czy czeka nas powrót – z czwartą falą?

Zmienimy bieg pandemii?

Wojna, którą toczyliśmy z koronawirusem, ma miejsce na wielu płaszczyznach. Toczy się w naszych szpitalach, na oddziałach, na szpitalnych oddziałach ratunkowych, na których mimo trudności i ograniczeń, staramy się utrzymać podstawową opiekę medyczną, by nikt nie ucierpiał z braku otrzymania odpowiedniej opieki medycznej, by niedodiagnozowanie nie przyczyniało się do zwiększenia śmiertelności wśród pacjentów onkologicznych, by nie pozostawały nieleczone niewydolności serca, by pękające tętniaki aorty były zapatrywane w czasie, by pacjenci w stanach nagłych mieli dostęp do opieki nie mniejszy niż przed początkiem pandemii. Wojna toczy się w poradniach lekarzy rodzinnych, gdzie każdy pacjent z infekcją może być tym „z COVIDEM” i, by uchronić siebie i pozostałych pacjentów, zmienia się sposób dotychczasowego funkcjonowania podstawowej opieki medycznej. Wojna toczy

się w szpitalach przekształconych w jednoimienne i szpitalach tymczasowych, gdzie wszystko zostało podporządkowane COVIDOWI, gdzie największym wrogiem staje się wirus i niewydolność oddychania w przebiegu zapalenia płuc, a najważniejszym lekiem – tlen. Ale ponad wszystko – wojna toczy się w punktach szczepień – gdzie realnie przeciwdziałamy rozprzestrzenianiu się epidemii.

Początki szczepień

Szczepienia personelu Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego – w przedstawianym rozdziale podajemy przykład tylko jednego z wielu polskich szpitali – rozpoczęliśmy pod koniec grudnia 2020 r. W czasie ich prowadzenia zrodziła się idea wykorzystania hali przeznaczonej na izbę przyjęć – pozostającego wtedy jeszcze pasywnym – Szpitala Tymczasowego na MTP. Przestrzeń otwarta, duża, jasna – idealna – do stworzenia największego w Poznaniu punktu szczepień masowych. Plany się ziściły, a Punkt Szczepień na Targach ruszył 11.1.2021 r. Pierwszego dnia zaszczepiliśmy 300 osób, wszystko przebiegło doskonale, perfekcyjnie. Powtarzaliśmy to w kolejnych dniach, szczepiąc w styczniu po 600–800 osób każdego dnia. Pierwsze dwa tygodnie były nieustanną nauką i doskonaleniem, wszyscy się docieraliśmy. Od 25.1.2021 r. szczepiliśmy seniorów.

Przekraczamy granice

W lutym i marcu 2021 r. szczepiliśmy dziennie 900–1300 osób. Był czas, kiedy wydawało się nam, że 1500 szczepień to nasz limit, a po trudnych walkach o pulę szczepień na każdy kolejny tydzień, przyszła wreszcie informacja, że limity zostały zwiększone. Rodziło się w nas pragnienie i marzenie, by wykorzystać potencjał Punktu maksymalnie, ofiarować mu niejako drugie życie, z dwukrotnie większą siłą wytoczyć działa przeciw epidemii. Dyrekcja przychylnie odniosła się do pomysłu i projektu rozbudowy, dostaliśmy zielone światło i tuż przed świętami Wielkiejnocy Punkt Szczepień ewoluował, zmienił się, rozrósł i od 6 kwietnia szczepiliśmy ok. 2500 osób dziennie, a od połowy maja 3500–4500 osób dziennie. Z czasem Punkt Szczepień na MTP stał się drugim w Polsce pod względem wielkości miejscem tego typu w kraju.