

Warszawa, 27.04.2020 r.

Raport z misji ekspercko-medycznej Wojskowego Instytutu Medycznego do Słowenii

SKŁAD DELEGACJI WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO

płk dr n. med. Artur BACHTA – przewodniczący delegacji

płk dr hab. n. med. Witold OWCZAREK

mjr dr n. med. Bartosz ŻAKOWSKI

kpt. dr n. przyr. Monika KONIOR

HARMONOGRAM PRZEBIEGU WIZYTY

22.04.2020 r.

11:00 – wylot z Wojskowego Portu Lotniczego Warszawa Okęcie

13:30 – przylot na lotnisko Jose Pucnik'a w Lublanie

14:30 – przyjazd do Military Medical Unit (MMU, *sl ov*. VZE – Vojaško Zdravstvena Enota), odpowiednik polskiego Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia

15:00 – briefing w MMU, prezentacja schematu organizacyjnego i przedsięwzięć przeciwepidemiologicznych wojskowej służby zdrowia Słowenii

17:00 – zakwaterowanie w koszarach Akademii Wojskowej w Mariborze

23.04.2020 r.

09:30 – wizyta i seminarium w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego w Lublanie pod przewodnictwem prof. Maja Socan

12:00 – wizyta i seminarium w Uniwersyteckim Centrum Medycznym/Centrum Zwalczenia Chorób Zakaźnych w Lublanie pod przewodnictwem prof. Tatjana Lejko Zupanc

14:30 – wizyta w Uniwersyteckim Centrum Medycznym w Mariborze, wizyta studyjna w szpitalu prowadzona przez Dyrektora prof. Vojko Flis

16:00 – wizyta i seminarium w Narodowym Instytucie – Laboratorium Zdrowia, Środowiska i Żywności w Mariborze, pod przewodnictwem dr Tjasa Zohar Cretnik

24.04.2020 r.

11:00 – wylot z lotniska Jose Pucnik'a w Lublanie

13:00 – przylot na lotnisko we Wrocławiu, dekontaminacja delegacji

14:00 – wylot z lotniska we Wrocławiu

15:00 – przylot na Wojskowy Port Lotniczy Warszawa Okęcie, pobranie testów kontrolnych od delegacji

16:00 – transport sanitarny do miejsc odbywania kwarantanny przez członków delegacji

GŁÓWNE SPOSTRZEŻENIA I WNIOSKI Z PRZEBIEGU WIZYTY

1. Military Medical Unit (MMU) Sił Zbrojnych Słowenii

Delegacja przywitana została przez Komendanta Sił Zbrojnych Brig. Gen. Miha Skerbinc oraz Dowódcę MMU LtCol Franjo Lipovec w kwaterze głównej MMU w bazie wojskowej w m. Stula pod Lublaną. W trakcie briefingu, a następnie seminarium przedstawiony został harmonogram wizyty, schemat organizacyjny oraz zadania realizowane przez MMU. Otrzymała się dyskusja dotycząca roli wojskowej służby zdrowia w czasie pandemii COVID-19.

Wnioski:

- a) instytucje państwowe, w tym wojskowa służba zdrowia spełnia kluczową rolę w czasie kryzysu zdrowotnego, mogącego zagrozić bezpieczeństwu państwa lub bezpieczeństwu publicznemu;
- b) szczególne atuty wojskowej służby zdrowia w czasie kryzysu to: czytelny schemat podległości i kompetencji, inklinacje do planowania strategicznego, decyzyjność, dyspozycyjność, wyszkolenie.

2. Szpital przejściowy

W koncepcji słoweńskiej szpital przejściowy zorganizowany jest na bazie polowego szpitala chirurgicznego. Szpital rozstawiła MMU, we współpracy z Obroną Cywilną na terenie bazy wojskowej im. Edwarda Peperko pod Lublaną. Szpital jest adoptowanym polowym szpitalem chirurgicznym, na bazie namiotów (obszar pacjentów) oraz kontenerów (laboratoria, obszary diagnostyczne). Instalacje te uzupełnia polowy punkt TRIAGE w namiotach, służy dla personelu oraz urządzenia techniczne. Wentylacja obszaru chorych ma charakter nawiewny (z nadciśnieniem). Szpital przewidziany jest maksymalnie na 80 pacjentów. Obiekt został rozwinięty w ciągu 72 godzin. W chwili obecnej szpital pozostaje w gotowości, na wypadek niewydolności publicznej służby zdrowia w zakresie leczenia pacjentów wymagających intensywnej terapii.

Delegacja miała możliwość szczegółowego zapoznania się ze wszystkimi komponentami szpitala. Towarzyszył jej dowódca szpitala, dowódca MMU oraz personel szpitala.

Wnioski:

Tworzenie szpitali przejściowych jest z pewnością najlepszym możliwym sposobem efektywnego wykorzystania zasobów ludzkich i sprzętowych, a tym samym jest najbardziej efektywnym sposobem leczenia, w sytuacji dużego napływu pacjentów z ARDS, wymagających respiratoroterapii i intensywnej terapii. Tworzenie szpitali przejściowych wydaje się koniecznością przed następnymi falami zakażeń SARS-CoV-2. Doświadczenia wynikające z wizyty w Słowenii pozwalają sformułować dodatkowo następujące wnioski:

- a) szpital namiotowy, szczególnie adoptowany polowy szpital chirurgiczny, nie jest optymalnym sposobem organizacji szpitali przejściowych. Podstawowe wady tego rozwiązania to: duże zagęszczenie stanowisk pacjentów, mała kubatura sal chorych, bardzo ciasne ciągi komunikacyjne, mały obszar przeznaczony dla celów technicznych i dla personelu, wentylacja nawiewna (z nadciśnieniem), trudności z dezynfekcją powierzchni (płótno namiotowe). Podstawowe zalety takiego rozwiązania to: mobilność szpitala, bardzo krótki czas jego uruchomienia;
- b) podczas tworzenia szpitali przejściowych należy wziąć pod uwagę odpowiednio dużą kubaturę obszaru, w którym znajdują się pacjenci, aby zmniejszyć stężenie powstających zakaźnych aerozoli;
- c) podczas tworzenia szpitali przejściowych, w szczególności w obszarze, w którym znajdują się pacjenci, należy wziąć pod uwagę odpowiednio wydajną wentylację i klimatyzację, optymalnie o charakterze wywiewnym (z podciśnieniem);
- d) odpowiednio przed uruchomieniem szpitala przejściowego należy skompletować i przeszkolić personel (lekarski, pielęgniarski, pomocniczy, techniczny), z uwzględnieniem podziału na niekomunikujące się bezpośrednio zespoły oraz zastępstwa w przypadku kontaminacji jednego z zespołów.

Propozycje działania i rekomendacje:

- a) utworzenie szpitala/szpitali przejściowych na potrzeby zabezpieczenia sytuacji pandemii w Polsce jest koniecznością;
- b) szpitale przejściowe nie powinny być rozważane w formule szpitali polowych/namiotowych, gdyż ta formuła nie zapewnia bezpieczeństwa personelu ani optymalnych warunków leczenia pacjentów.

3. Badania populacyjne na odporność SARS-CoV-2

Temat ten był podejmowany na seminarium w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego w Lublanie oraz na seminarium w Narodowym Instytucie – Laboratorium Zdrowia, Środowiska i Żywności w Mariborze.

Słowenia na bardzo wczesnym etapie rozpoczyna badania populacyjne nad odpornością na SARS-CoV-2. Akcja ta zainicjowana została poprzez stworzenie matematycznego modelu rozwoju epidemii oraz wyboru jednolitych metod laboratoryjnych, które będą wykorzystywane w badaniu. W efekcie tych prac wytypowano populację testową 3.000 obywateli, którzy poddani zostaną jednocześnie testom genetycznym i immunohistochemicznym. Realizacja tych pobrań planowana jest w bieżącym tygodniu. Następnie na podstawie wyników ww. badania zostanie podjęta decyzja o jego ewentualnym rozszerzeniu na większą próbkę z populacji ogólnej lub decyzja o prowadzeniu badań powszechnych.

Wnioski:

- a) populacyjne badania odporności na SARS-CoV-2 są niezbędnym elementem przygotowania państwa na kolejne fale zachorowań na COVID-19. Wyniki tych badań będą kluczowym elementem planowania strategicznego przedsięwzięć i działań związanych z zabezpieczeniem populacji przed skutkami epidemii w przyszłości;
- b) populacyjne badania odporności na SARS-CoV-2 powinny być poprzedzone modelowaniem matematycznym zasięgu infekcji, rozważnym wyborem metod testowych, oraz sprawdzeniem skuteczności przyjętej metodyki na populacji próbnej.

Propozycje działania i rekomendacje:

- a) jak najwcześniejsze rozpoczęcie procesu populacyjnych badań odporności na SARS-CoV-2 w Polsce.

4. Zabezpieczenie osób starszych przed skutkami epidemii COVID-19

Temat ten był podejmowany szeroko i szczegółowo podczas wszystkich odbytych spotkań. Zapoznaliśmy się zarówno z aspektami organizacyjnymi jak i praktycznymi zabezpieczenia medycznego tej grupy pacjentów w Słowenii. Doświadczenia słoweńskie są o tyle cenne, że jest to społeczeństwo relatywnie stare oraz aż 20.000 obywateli w wieku podeszłym (1% społeczeństwa) korzysta z opieki w ośrodkach opieki długoterminowej i domach spokojnej starości. W trakcie epidemii COVID-19 wystąpiło w Słowenii 9 dużych ognisk epidemicznych w ośrodkach opieki długoterminowej, w tym w jednym ognisku rząd został zmuszony do organizacji szpitala zakaźnego z uwagi na dużą liczbę zakażeń. Problem ten jest szeroko

dyskutowany zarówno na forum specjalistycznym jak i publicznym. W trakcie pobytu delegacji z WIM był to temat często podejmowany także w mediach.

Wnioski:

- a) ośrodki opieki długoterminowej oraz domy spokojnej starości, są miejscami szczególnie zagrożonymi wybuchami ogniska zakażeń oraz obciążonymi wysoką śmiertelnością;
- b) w związku z powyższym powinna zostać opracowana jednolita strategia, mająca na celu zarówno minimalizację ryzyka szerzenia się zakażeń, jak i postępowania w wypadku wystąpienia ogniska zakażeń w ww. obszarach. Będzie to szczególnie istotne w przypadku kolejnych fal epidemii;
- c) pacjenci z ww. grupy zakażeń SARS-CoV-2 bez objawów lub skąpoobjawowi powinni być obserwowani i leczeni na miejscu (w macierzystym ośrodku opieki długoterminowej). Jedynie pacjenci z ciężkimi objawami zakażenia (w szczególności z podejrzeniem śródmiąższowego zapalenia płuc) powinni być kierowani na leczenie szpitalne do wyznaczonych ośrodków;
- d) w razie wybuchu ogniska epidemii w ośrodku opieki długoterminowej, powinna zostać zorganizowana opieka medyczna na miejscu. W tym celu optymalne jest wykorzystanie zasobów kadrowych z obszaru leczenia ambulatoryjnego i prywatnego sektora medycznego;
- e) zespoły medyczne zabezpieczające ośrodki opieki długoterminowej, powinny być wyznaczone z odpowiednim wyprzedzeniem, powinny zapoznać się ze specyfiką ośrodka, za którego zabezpieczenie będą odpowiadać oraz powinny zostać wcześniej przeszkolone w ośrodku specjalistycznym udzielającym świadczeń w zakresie chorób zakaźnych, w szczególności w zakresie używania środków ochrony osobistej oraz prewencji szerzenia się zakażeń.

Propozycje działania i rekomendacje:

- a) opracowanie jednolitej strategii zabezpieczenia ośrodków opieki długoterminowej na wypadek wybuchu ogniska epidemicznego, opartej o opiekę na miejscu i na wyznaczeniu z odpowiednim wyprzedzeniem zespołów medycznych, które obejmą opiekę nad ośrodkiem;
- b) rozpoczęcie programu szkoleń ww. zespołów medycznych na bazie ośrodków dysponujących doświadczeniem w szkoleniu kadr medycznych i mogących zaoferować szkolenie praktyczne w oddziałach udzielających świadczeń pacjentom z COVID-19.

5. Struktura ośrodków decyzyjnych i zarządzenia w trakcie epidemii COVID-19

Temat ten był podejmowany szeroko i szczegółowo podczas wszystkich odbytych spotkań, jednak szczególnie uwypuklany przez przedstawicieli słoweńskich ośrodków klinicznych. Podobnie jak w Polsce, w Słowenii nie ustalono jednolitej piramidy decyzyjnej w zarządzaniu epidemią, w szczególności w zakresie procedur specjalistycznych. W efekcie, w sposób nieskoordynowany, ośrodki kliniczne zalewane są różnego rodzaju wytycznymi i instrukcjami postępowania z różnych

szczebli administracyjnych (w tym: ministerstwo zdrowia, ministerstwo obrony narodowej, ministerstwo spraw wewnętrznych, administracja rządowa okręgu, administracja samorządowa okręgu, konsultanci krajowi różnych dziedzin, towarzystwa medyczne różnych dziedzin, poszczególne szczeble inspekcji sanitarnej, samozwańcze grupy eksperckie, dyrekcje poszczególnych placówek służby zdrowia). W krótkim czasie wytworzyła się sytuacja zalewu informacjami i wytycznymi, często wzajemnie wykluczającymi się, oraz sytuacja braku jasno wskazanego ośrodka decyzyjnego w sytuacjach nagłej potrzeby. Wprowadza to chaos oraz brak ustandaryzowanego i skoordynowanego schematu działania poszczególnych ośrodków wykonawczych.

Wnioski:

- a) istnieje potrzeba ustalenia jednego centralnego ośrodka legalizującego, systemowo koordynującego oraz nadzorującego wszystkie wytyczne i obowiązujące schematy postępowania związane z walką z epidemią COVID-19.

6. Przyjęcie i organizacja wizyty

Warto podkreślić perfekcyjne przygotowanie i przebieg wizyty ze strony słoweńskiej. Pomimo krótkiego czasu na przygotowanie oraz sytuacji szczególnie absorbującej personel medyczny, umożliwiono delegacji WIM zrealizowanie w pełni wszystkich założonych celów misji. Na szczególne podkreślenie zasługuje:

- a) rozbudowany harmonogram i wysoki poziom merytoryczny spotkań eksperckich,
- b) stała obecność i wsparcie na każdym etapie wizyty przedstawicieli słoweńskiej MMU,
- c) przyjazne podejście i pełna otwartość ze strony słoweńskiej MMU,
- d) komfortowe warunki zakwaterowania delegacji.

Rekomendacje:

- a) przesłanie listu z podziękowaniami do organizatorów wizyty – zrealizowano na poziomie dowódcy słoweńskiego MMU i attaché ambasady Słowenii w Warszawie,
- b) zorganizowanie rewizyty partnerów słoweńskich w Polsce w dogodnym dla obu stron terminie.

Opracował:

płk dr n. med. Artur BACHTA

Zastępca Dyrektora WIM

Komendant CSK MON WIM