

Ljubljana, 24.11.2020

MARKO NOČ: KOGA REŠEVATI V ČASU PANDEMIJE?

Koga reševati v času pandemije?

Vsakega bolnika. Vsak bolnik si namreč tudi v času pandemije zasluži sodobno medicinsko oskrbo, ki temelji na medicinski stroki. Pri tem je nepomembno ali ima pandemsko okužbo ali ne.

Kaj dandanes pomeni sodobna medicinska oskrba?

To je z dokazi in izkušnjami podprto zdravljenje, ki bolniku podaljša življenje, izboljša njegovo kvaliteto ali olajša težave ob umiranju če ozdravitev ni možna. To področje imenujemo paliativna medicina.

Kaj če medicinski sistem ob pandemiji tega ne zmore?

To se v razvitih državah kot je Slovenija, ne sme zgoditi. Obseg obolevnosti in sprejeme v bolnišnice ob pandemiji je namreč potrebno pravočasno predvideti s pomočjo računalniških simulacij. To smo s pomočjo kolegov na inštitutu Jožef Štefan storili tako za prvi kot tudi za drugi COVID val. Na osnovi teh projekcij moramo narediti načrt postopnega ustavljanja nujnih medicinskih storitev, s čimer pridobimo prostorske in kadrovske kapacitete za sprejem in zdravljenje okuženih bolnikov. Pri tem mora biti ustavljanje nujnih storitev, ki jih moramo ponovno kategorizirati po stopnji nujnosti, čim manjše in selektivno z namenom, da zmanjšamo potencialno škodo zaradi podaljšanja čakalnih dob. V prvem valu nam je s pravočasnim "lock down-om" javnega življenja to dodobra uspelo, kar kaže tudi dejstvo, da je bila celokupna slovenska umrljivost v času prvega vala epidemije primerljiva s prejšnjimi leti ko ni bilo epidemije.

V drugem valu je zaradi kasnejšega ali verjetno prepoznega "lock down-na" prišlo do bistveno večjega širjenja virusa in posledičnega navala bolnikov v bolnišnice. Tako je bilo v prvem valu v celotni SLO največje število zasedenih intenzivnih postelj 37, v drugem valu pa zaenkrat 207 verjetno vrha še nismo dosegli. Kljub temu vsaj zaenkrat ni prišlo do zloma bolnišničnega sistema, kar je pri zanemarjanju slovenskega zdravstvenega s strani politike v zadnjih 30 letih velik uspeh, za katerega je zaslužen požrtvovalen zdravstveni kader. Smo pa še sredi drugega vala in upamo, da bolnišnični sistem zdrži in da bo umrljivost za COVID in ne-COVID boleznimi, torej skupna umrljivost v SLO primerljiva s prejšnjimi leti tako kot je bila ob spomladanskem valu.

Ker se je v prvem valu medijsko dokaj neustrezno izpostavil problem triaže oskrbovancev v DSO, naj nekaj besed namenim tudi temu področju. Pri tem bi rad poudaril, da gre za moje osebno mnenje, ki temelji na izkušnjah v 33 letih dela v vodilni intenzivni enoti na področju neoperativnih strok v Sloveniji.

Pri vsakem oskrbovancu v DSO je potrebno analizirati vrste in stopnjo bolezni, ki jih ima, njegovo splošno stanje in starost, ter na osnovi tega narediti načrt zdravljenja v primeru poslabšanja stanja ki ga na primer lahko povzroči COVID. Je pa potrebno ocenjevati tako imenovano biološko starost, torej kako je bolnik ohranjen telesno in mentalno neglede na število let. Zdrav in aktiven devetdesetletnik je zato lahko mlajši kot 60-letnik z številnimi hudimi spremljajočimi boleznimi. Na osnovi te ocene je potrebno narediti načrt zdravljenja in ga predstaviti oskrbovancu če je priseben, in svojcem oziroma skrbniku, ter na ta način pridobiti soglasje.

Ker gre praviloma za zapletene odločitve, smo kot pomoč domskim zdravnikom v prvem valu poskusno uvedli pilotski projekt tako imenovanih zdravniških konzilijev. To pomeni, da iz pripadajoče bolnišnicev DSO pridejo ustrezni

specialisti in skupaj z domskim zdravnikom naredijo načrt zdravljenja oskrbovanca v primeru nenadnega poslabšanja.

Načrt zdravljenja nikakor ni nekaj novega, saj to rutinsko delamo v medicini neglede na specialnost. Pri DSO je specifična v tem, da gremo izven bolnišnice k bolniku in tako v miru in ne v urgentni situaciji zaradi morebitnega nenadnega poslabšanja bolnikovega stanja, predvidimo ukrepe. Načrt v grobem obsega odločitve ali v primeru poslabšanja bolnika zdravimo le v DSO in ga ne prepeljemo na urgentni oddelek bolnišnice, ali pa ga prepeljemo v bolnišnico, a predvidimo, da ga bomo zdravili na navadnem in ne intenzivnem oddelku in da ne bomo opravili določenih invazivnih posegov in operacij. Cilj takega načrta nikakor ni, da prihranimo bolniške postelje, zdravstveni kader ter material in opremo, pač pa da bolniku, ki se mu morda izteka življenje, ponudimo humano medicino. To pomeni, da ne izvajamo zdravljenja in posegov, za katerega obstaja velika verjetnost, da bolniku nebi pomagali, istočasno pa bi mu zaradi agresivnosti zdravljenja lahko zadali bolečine in trpljenje.

Žal, zaradi neprimerne medijske kampanije, ki je šla celo na nivo terminologije v smislu "seznama odpisanih" ta koncept ni zaživel, in težko bo tudi v bližnji prihodnosti. Bolnišničnim zdravnikom, ki so šli v prvem valu prostovoljno šli v DSO-je, se je namreč implicitno grozilo tudi z ovadbami, in težko si predstavljam, da bi v taki klimi ponovno šli na teren. Absurdnost neopravičenega medijskega pogroma je pokazala tudi razprava v parlamentu, ki je izzvenela izrazito politično, čeprav gre za izključno področje medicinske stroke in etike.