

Dr n med Tomasz Torliński FFICM
Consultant in Anaesthetics and Critical Care
Lead in Medical Education in ICM (QEHB)
Faculty Tutor (FICM)
Department of Anaesthetics and Critical Care
Queen Elizabeth Hospital Birmingham
University Hospitals Birmingham NHS FT, UK



tomasz.torlinski@uhb.nhs.uk

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Odpowiadając na wspaniałą inicjatywę Prof. Andresa, chciałbym się podzielić naszymi doświadczeniami z przygotowań do walki, jak i samej walki z pandemią koronawirusa COVID-19 z perspektywy Wielkiej Brytanii.

Na chwilę obecną (03.04.2020) w Wielkiej Brytanii liczba zdiagnozowanych chorych z COVID-19 przekroczyła 38 tysięcy, a w samej Anglii i Walii liczba chorych z COVID-19 na oddziałach intensywnej terapii przekroczyła 2200. Pokazuje to skalę problemu, z którym musimy się zmierzyć.

Zespół Szpitali Uniwersyteckich w Birmingham (UHB NHS FT) jest jedną z największych organizacji szpitalnych na terenie Wielkiej Brytanii, zapewniającą specjalistyczną opiekę zdrowotną w regionie West Midlands, a w szczególności w samym Birmingham, które jest drugim miastem co do wielkości w Anglii. Największym szpitalem w naszej organizacji jest Queen Elizabeth Hospital, w którym mam przyjemność pracować. Służy również jako narodowy szpital wojskowy (Royal Centre of Defensive Medicine), z dużym odsetkiem wojskowego personelu medycznego z doświadczeniem z walką z takimi epidemiami jak np. Ebola. W czasach „pokojowych” mamy możliwość zapewnienia opieki na oddziale intensywnej terapii dla prawie 100 pacjentów.

Bazując na doświadczeniach włoskich, od początku stało się oczywiste, że jedyną szansą na zapewnienie intensywnej terapii dla wszystkich chorych wymagających wentylacji, jest drastyczne zwiększenie w całym kraju liczby wentylowanych łóżek na intensywnej terapii, nawet trzykrotnie. Oczywistym wyzwaniem jest nie tylko ilość niezbędnego sprzętu, ale też, co nawet ważniejsze, personelu.

W całym kraju na początku marca zostały podjęte decyzje o zaniechaniu zabiegów planowych, co pozwoliło nam na zastosowanie aparatów do znieczulenia jako respiratorów. Ponieważ w Wielkiej Brytanii na każdej sali do znieczulenia są dwie maszyny (jedna na sali przygotowawczej, druga na samej sali operacyjnej), w naszej instytucji przesunięcie sprzętu i łóżek na intensywną terapię natychmiast podwoiło liczbę wentylowanych stanowisk. Dokonano również zakupów dodatkowych respiratorów, które mają nadzieję niedługo.

NHS England, koordynujący narodową odpowiedź na pandemię, wydał również rozporządzenie na temat standardów intensywnej terapii w czasie pandemii. Zakłada ono, iż w razie potrojenia liczby łóżek intensywnej terapii, jeden zespół lekarzy różnych specjalności, kierowany przez doświadczonego specjalistę intensywnej terapii, będzie zajmował się „sektorem” z 60 wentylowanymi chorymi.

W związku z tym podjęliśmy działania, by zwiększyć liczbę personelu dostępnego do pracy na intensywnej terapii. Szkolenie dodatkowego personelu przebiegało u nas dwutorowo: (1) szkolenie lekarzy i pielęgniarek, które miały pewne uprzednie doświadczenie na intensywnej terapii lub

dyscyplinach pokrewnych, do pracy bezpośrednio przy łóżku chorego, oraz (2) stworzenie zespołów specjalistycznych, wykonujących wyłącznie określone procedury by odciążyc lekarzy i pielęgniarki pracujące na OIT.

Szkolenie personelu, ktore mam przyjemność organizować, na początku dotyczyło anestezjologów nie pracujących rutynowo na intensywnej terapii (a takich jest większość) oraz pielęgniarek anestezjologicznych i operacyjnych. Pozwoliło to w ciągu paru dni podwoić liczbę dostępnego specjalistycznego personelu. Rozpoczelismy również szkolenie lekarzy z innych dyscyplin, którzy mają uprzednie doświadczenie z intensywnej terapii ze staży specjalizacyjnych (kardiologia, neurochirurgia, pulmonologia, choroby wewnętrzne itd.) do ponownej pracy na oddziale w charakterze młodszego asystenta (SHO).

Z kolei pozostali lekarze, którzy nie mają żadnego doświadczenia w pracy na intensywnej terapii, zostali poproszeni o odciążenie personelu OIT i stworzenie zespołów wspomagających, wykonujących tracheostomie, zakładających wkłucia centralne czy też przekładających co najmniej kilkunastu chorych dziennie, by wentylować na brzuchu.

Utworzyliśmy również dwa dodatkowe całodobowe zespoły specjalistyczne CAT i CIT (Covid Assessment Team i Covid Intubating Team), w skład których wchodzi doświadczeni specjaliści w anestezjologii i intensywnej terapii. Zespół CAT przyjmuje zgłoszenia na konsultację by ocenić i zakwalifikować chorych zgodnie z narodowymi wytycznymi, a zespół CIT zajmuje się wyłącznie intubacjami pacjentów skierowanych na intensywną terapię, z zachowaniem pełnych środków ostrożności. Chorzy przyjeżdżają na OIT już uprzednio przez nich zaintubowani.

W odrożnieniu od innych krajów, gdzie stworzono szpitale jednoimienne zakaźne, od początku była podjęta decyzja, że obciążenie pracą we wszystkich szpitalach, w tym na wszystkich OIT, musi być w miarę równomierne. Ma to zapobiec sytuacji, w której chorzy by się kwalifikowali do leczenia, a w danej jednostce nie byłoby miejsca. W naszej sytuacji, jest to koordynowane na poziomie strategicznym całego zespołu czterech szpitali klinicznych, umożliwiając codzienne przesyłanie czy to chorych czy to personelu pomiędzy jednostkami, by zapewnić niezbędną przepustowość systemu.

W związku z przesunięciem wielu lekarzy z ich normalnych miejsc pracy do pracy przy chorych z COVID-19, uczelnie medyczne w całym kraju podjęły decyzję by studenci ostatniego roku medycyny, którzy już spełnili kryteria wystarczające do uzyskania dyplomu, uzyskali takie uprawnienia w trybie natychmiastowym. W ciągu następnych paru dni nowi absolwenci uzyskują prawa wykonywania zawodu. Pozwoli to w parę następnych tygodni zdecydowanie zwiększyć liczbę młodych lekarzy na oddziałach, by zmniejszyć nagłe niedobory kadrowe.

Pandemia się nie skończy za tydzień czy dwa, więc kolejną rzeczą, na którą położyliśmy bezwzględny nacisk to bezpieczeństwo i dobrostan personelu, zarówno na poziomie indywidualnym jak i grupowym. Dotyczy to zapewnienia właściwych środków ochrony osobistej, wytycznych skutecznego i jednocześnie bezpiecznego leczenia chorych, jak i wsparcia duchowego.

Oprócz samego zapewnienia środków ochrony osobistej, kluczowe jest ich prawidłowe użytkowanie. W przeciwnym razie może to paradoksalnie nawet zwiększyć ryzyko zakażenia. W tym celu przy każdej stacji, gdzie zakłada i zdejmuje się ubiór ochronny, ustawiliśmy wartowników, których jedynym zadaniem jest pilnowanie, by ten proces zachodził powoli, pojedynczo i dokładnie według procedur. Na początku i na końcu zmian liczba wartowników jest zwiększana, by zapewnić przepustowość posterunków.

Z doświadczeń poprzednich epidemii, było oczywiste, że utrzymanie 24 godzinnego systemu dyżurowego, pracując w środkach ochrony osobistej (PPE) jest fizycznie nierealne i należy wdrożyć 12 godzinny system zmianowy. Jako, że praca w nowych warunkach jest jednocześnie bardzo

fizycznie wyczerpująca i stresująca, stworzyliśmy poza oddziałem dodatkowy „cichy” pokój do odpoczynku, by można choć na chwilę odetchnąć, unikając rozgardiaszu dyżurki.

W chwili obecnej, większość bezpośredniej opieki medycznej na Covid - OIT jest zapewniona przez nie-intensywiistów. W związku z tym opieka i leczenie medyczne zostały ściśle oparte na protokołach i wytycznych Towarzystw Specjalistycznych, NHS England i zaleceniach Surviving Sepsis guidelines for Covid-19, które, jak rozumiem, są dostępne również po polsku na stronie MP.pl. Ciągła obecność w każdym sektorze OIT specjaliści intensywnej terapii pozwala rozwiązać wątpliwości naszych nowych współpracowników.

Nowy protokół resuscytacji został w całości oparty na wytycznych RC UK, uwzględniając rekomendację, iż reanimację chorego z podejrzeniem COVID-19, można tylko rozpocząć po założeniu środków ochrony osobistej. Wymagało to natychmiastowego przeszkolenia personelu całego szpitala, by rozwiązać wątpliwości, które się natychmiast pojawiły.

Wyżej opisane działania pozwoliły nam na chwilę obecną zapewnić w miarę bezproblemowe funkcjonowanie oddziału w pełnych warunkach pandemii już przez ponad dwa tygodnie, choć wiemy, że to dopiero początek drogi.

Życząc wszystkim na tej drodze dużo zdrowia, sił i wytrwałości, i mając nadzieję w przyszłości na wspólne spotkanie na Zjeździe w Krakowie,

Dr Tomasz Torliński

Niektóre użyteczne strony z Wielkiej Brytanii

- <https://icmanaesthesiacovid-19.org/clinical-guidance>
- <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0087-specialty-guide-critical-care-standard-operating-procedure-and-coronavirus-v1-28-march.pdf>
- <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>
- <https://www.icnarc.org/About/Latest-News/2020/04/03/Report-On-2204-Patients-Critically-Ill-With-Covid-19>
- <https://www.resus.org.uk/media/statements/resuscitation-council-uk-statements-on-covid-19-coronavirus-cpr-and-resuscitation/covid-healthcare-resources/>