

# Prečo dnes na Slovensku excesívne zomierame pre SARS-CoV-2?

Dúbrava M

*I. klinika geriatrickej LFUK a UN, Bratislava, Slovenská republika*

Na konci roka 2019 sme sa s úsmevom divili, ako rýchlo Číňania stavajú nemocnicu pre akúsi ich pandémiu (1). Vyvolávajúci „nový vírus“ SARS-CoV-2 „nového ochorenia“, akronymicky nazývaného COVID-19 (z Corona Virus Disease 2019), bol identifikovaný 3. januára 2020 (2). V Európe bol prvý pacient zrejme diagnostikovaný 20. februára 2020 v Taliansku (3). Na Slovensku sa nestačíme diviť od jari 2020: prvý COVID-19 pacient (A. Č.) bol u nás hospitalizovaný 5. marca 2020 na Klinike infektológie a geografickej medicíny UNB, LFUK a SZU Bratislava. Diviť sme sa zjavne neprestali doteraz, inak by sme si „rok po“ nemuseli nástojčivo klásť otázku, prečo na Slovensku zomiera pre COVID (pre zjednodušenie budeme abstrahovať od do istej miery sekundárnej diskusie, či na COVID alebo s COVID-om) násobne viac ľudí, ako v absolútnej väčšine vyspelých krajín (4). Pritom musíme mať na pamäti, že dramatický vzostup COVID mortality nastal na Slovensku extrémne rýchlo – „v priebehu mesiaca“.

Mortalita je multifaktoriálne podmienený fenomén. V nasledujúcom texte sa pokúsime zhrnúť príčiny, o ktorých si myslíme, že k aktuálnemu veľmi smutnému stavu COVID mortality na Slovensku viedli. Nerobíme si žiadny nárok na úplnosť sumára týchto príčin. Ich relatívnu váhu by sme odhadovali s takou veľkou mierou voľnosti, že tento mentálny experiment radi prenecháme každému čitateľovi. Pritom by sme mali vždy rozlišovať, ktoré faktory sú slovensko-dependentné, pretože len tie, ktoré sa viažu na slovenské špecifiká, by nám mohli pomôcť zistiť, prečo aktuálne vedíme celosvetový rebríčok COVID mortality. Exaktných dát o COVID-19 je všeobecne poskromne, preto budeme používať nielen publikované údaje, ale aj všeobecnejšie úvahy brainstormingovej metodológie. Mohli by ste namietať, že v medicínskom článku by sme nemali zmieňovať politiku. V tomto prípade to tak úplne vedome robíme,

lebo pandémia je celospoločenská záležitosť a jej zvládanie zďaleka nie je obmedzené len na (často bezmocných) zdravotníkov. Viac sa však, samozrejme, chceme zamerať na zdravotnícku časť.

**COVID-19.** Samotné ochorenie je spojené s vysokou mortalitou. Tú môžeme našimi intervenciami obmedzovať dvoma spôsobmi: znižovaním incidencie ochorenia a liečbou. Inak povedané: pri stúpajúcej incidencii a konštantnej liečbe (od začiatku pandémie žiadna „zázračná“ terapia nepribudla, až teraz sa zdajú byť nádejnými protilátkové liečivá) musíme chtiac-nechtiac rátať s nárastom mortality. Ten môže byť potenciován silou patogéna, napríklad keď zmutuje do infekčnejších klonov.

**Demografia.** Pri COVID-e zomierajú ľudia každého veku. Zreteľne najvyššiu vekovo špecifickú mortalitu však majú seniori. O niekoľko rokov to tak bude, ale zatiaľ Slovensko nie je na čele európskeho rebríčka podielu starších občanov v populácii (5). Občas sa zjavujúce zdánlivo milosrdné vysvetlenie, že naša COVID mortalita je kvôli veľkému počtu seniorov, teda nemôžeme použiť. Na druhej strane by sme si mohli legitímne položiť otázku, či je „priemerný“ zdravotný stav slovenského seniora, s ktorým ide čeliť COVID-u, porovnateľný napríklad s rakúskym či nemeckým (väzne sa obávame, že je znateľne horší, exaktné komplexnejšie dáta však nie sú k dispozícii).

**Výkonnosť slovenského zdravotníctva.** Definuje ju jednak kvantita, jednak kvalita. Pri pandémii nerozhoduje kvalita špičkových pracovísk, ale celého systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pre účely tohto článku pripustíme bez ďalšej diskusie, že celková kvalita zdravotníctva v SR je o málo nižšia než napríklad v susednom Rakúsku. V kvantite niektorých parametrov niektoré štáty predstihujeme (zatiaľ skotomizujeme, že

v ostatných rokoch najrôznejší predstavitelia, ktorí mali dočasne zverené právomoci na určovanie chodu slovenského zdravotníctva, opakovane uvádzali, že máme priveľa lôžok i lekárov a až v ostatnom čase sa ukazuje, že to najmä v oblasti „ľudských zdrojov“ nemusí byť vôbec také ideálne). Je však nespochybniteľné, že pandémie ukázala, že lôžok na hospitalizáciu pacientov s ťažším priebehom máme málo (ale to majú aj v iných krajinách), diskutovať sa bude dať o tom, či sme ich dostatočne flexibilne reprofizovali. Za kritické miesto sme však vyhlasovali nedostatok kvalifikovaného personálu. Ono sa napokon vždy nejaký našiel (aj za cenu pracovných príkazov vydávaných v núdzovom stave a symbolického importu solidarity zo zahraničia), otázne je, ako rýchlo a dobre sa dokázal requalifikovať zo svojich originálnych špecializácií na COVID špecifiká. Sme presvedčení, že keby už do pregraduálneho vzdelávania neprimerane neprenikala pulverizácia medicíny a základy všeobecného medicínskeho vzdelania by boli aj u absolventov posledných dekád aspoň sčasti také pevné, ako to bolo na sklonku minulého tisícročia, boli by sme na tom znateľne lepšie. Sme presvedčení, že pri daných východiskách slovenské zdravotníctvo počas pandémie neskolabovalo len a len pre priam heroické nasadenie drvinej väčšiny zdravotníkov.

Osobitnú pozornosť si zaslúži segmentálna analýza nášho zdravotníctva v COVID čase. Kým o nemocničných lôžkoch a JIS nás od istého času štát i médiá priebežne informujú (vrátane opisu leteckej prepravy niekoľkých ventilátorov krížom cez republiku, ...), o výkonnosti ambulantnej sféry sú informácie minimálne. Obmedzujú sa na protirečivé konštatovania, že je preťažená (ak informáciu podáva ona sama) alebo nefungujúca (ak ju podávajú iní). Ako to teda je, môže ambulantná sféra vôbec prispieť k zmierneniu COVID mortality? Musíme ju rozdeliť na všeobecných lekárov pre dospelých a dorast (PL) a špecialistov. Špecialisti teraz asi priamo nemôžu prispieť k zníženiu COVID mortality, mohli by byť len akýmsi čiastkovým personálnym pufrom pre stav krajnej núdze pri eskalácii incidencie COVID-u. Ich hlavná úloha nastane pri manažovaní chronického – „long“ COVID-u.

Prirodzená pyramída poskytovania zdravotnej starostlivosti sa začína u PL. Aké boli ich možnosti ovplyvniť prognózu nimi kapitovaných pacientov? Ak sa pozrieme na najrenomovanejšie medzinárodné odporúčania na liečbu COVID-u (6, 7, 8), tak striktné pre PL neostával väčší priestor. Takéto odporúčania však určite zachytávajú len najtvrdsie výstupy doložené v časovej núdzi aspoň nejakou medicínou dôkazov. Z „mäkkých diagnostických a liečebných procedúr“, ktoré sa pre PL ponúkajú, by sme chceli vyzdvihnúť najmä dve.

Prvou sú „rady cez telefón“. Tie by mali byť zmysluplnou komunikáciou s pacientom, ktorý si myslí, že by COVID mohol mať, a efektívnou dennou „vizitou“ pacienta, ktorý má COVID potvrdený. Kontrola pacienta musí zahŕňať aj elementárne „propedeutické postupy“. Dnes sa však nemusíme obmedzovať len na hlasovú komunikáciu. Ak existuje na oboch stranách pripojenie na internet, tak by inšpekcia pacienta pri videohovore mala byť lacná a dostupná (aspoň pre ľudí v mladšom a strednom veku, ale aj pre niektorých v informačných technológiách zdatnejších seniorov). Auskultáciu pľúc do miery potrebnej na racionálny návrh ďalšieho manažmentu pacienta môže nahradiť vnem lekára z toho, či s ním pacient dokáže dlhšie hovoriť bez dýchavice. Na to sa spoľahneme určite viac, ako na pacientovu anamnestickú informáciu, že sa mu dobre dýcha, a to nielen u staršieho pacienta s poruchou kognitívnych funkcií, ale aj u mladšieho chorého [lebo aj tomu môže hypoxémia zmeniť úsudok – tzv. *happy hypoxia* (9)]. Zdôrazňujeme, že vlastné skúsenosti nás naučili, že o nevyhnutnosti hospitalizácie COVID pacienta nemusí rozhodovať len kyslík, ale aj voda – stav hydratácie, ktorý sa s istou spoľahlivosťou dá posúdiť už cieľenou anamnézou.

V roku 2021 by sa telemedicínsky kontakt PL s COVID pacientom nemal obmedzovať len na telefonický rozhovor. Druhou robustne výťažnou procedúrou by malo byť odmeranie saturácie kyslíka. Pulzný oximeter dokáže včas rozoznať hroziacu klinickú deteriorizáciu (10, 11) a stojí pár eur (otázkou je, prečo ho ako zdravotnú pomôcku už nepreplácajú zdravotné poisťovne). Napokon, saturácia kyslíka sa už dá odmerať aj najmodernejšími mobilnými telefónmi.

V situáciách hodných osobitného zreteľa by sme si mohli spomenúť aj na návštevnú službu (hoci jej doterajšie financovanie ju udržalo pri živote asi len u skutočných nadšencov konceptu rodinného lekára). Za jeden zo závažných faktorov aktuálnej vysokej nemocničnej COVID mortality považujeme neskoré odosielanie pacientov na hospitalizáciu, či už pre neskoré zachytenie zhoršovania sa stavu pacienta alebo nedostatkom nemocničných lôžok vynútenú (vedomú či podvedomú) snahu zdravotníkov „uchrániť ich pre ešte ťažších pacientov“ (sme si istí, že túto hypotézu by bolo veľmi užitočné overiť).

**Nedisciplinovanosť občanov.** Sme už takí. Socialistické „kto neokráda štát, okráda vlastnú rodinu“ sme si tak nejako preniesli so sebou aj do dnešných čias a plebejsky zmodifikovali na imitáciu odopierania poslušnosti vrchnosti. Najmä ak k tomu na sociálnych sieťach tak intenzívne povzbudzuje alternatívna scéna. Že máme

príliš pesimistický pohľad? Obávame sa, že reflektujeme realitu – stačí sa pozrieť na hustotu cestnej premávky v čase slovenskej verzie lock-downu, na to, ako sa rúška nosia pod nosom (čo takto vystrojený udatný jediniec vníma ako výrazný znak odporu proti podľa neho nezmyselnému systému), na štátne poznávacie značky na parkoviskách lyžiarskych stredísk v čase, keď sme sa nemali premiestňovať medzi okresmi, radšej ani nespomínajme stretnutia v krčmách a reštauráciách (tajné, lebo sa vchádza zozadu?, no asi ani nie, eufemicky to volajme „v režime verejného tajomstva“, bez obťažovania napríklad políciou SR) atď.

**Chyby politikov.** Nebudeme vstupovať do diskusie, kto z politikov a koľko má toho „na rováší“. Skúsime len striktno odborný pohľad na podľa nášho názoru štyri kľúčové záležitosti.

Prvá skutočnosť vychádza z elementárneho epidemiologického poznatku (autor získal titul MUDr. v čase, keď súčasťou štátnej záverečnej skúšky boli ešte aj hygiena a epidemiológia), roky odskúšaného praxou v mnohých kútoch sveta, že epidémiu neslobodno nechať rozbehnúť a všeobecné protiepidemické opatrenia treba urobiť na jej začiatku, inak ich efektivita dramaticky klesá. Rozhodujúce môžu byť pritom nie dni, ale hodiny. Múdrosť slovenského ľudu to už pred mnohými rokmi zhrnula jednoducho – „*neskoro zajace rozutekané po poli chytat*“. V druhej vlnе prichádzali u nás opatrenia na zastavenie šírenia pandémie, ktoré môže vyhlasovať len Vláda Slovenskej republiky (SR), prípadne zákonne určovať Národná rada SR, neskoro a boli nedostatočne intenzívne. Je oprávnené klásť si otázku, aký je potom pomer medzi ziskami (nižšia incidencia a mortalita COVID) a stratami (ekonomickými, sociálnymi, vzdelávacími, ...) oneskorené prijatých reštrikčných opatrení.

Druhým uzlovým bodom je úplne laxný prístup k príprave na druhú COVID vlnu. Po úspešnom prekonaní prvej vlny bolo vysoko pravdepodobné, že niekedy na jeseň príde vlna druhá. Voľným ani skúmavejším okom sa však využitie času od mája do októbra 2020 na posilňovanie zdrojov na zvládanie druhej vlny nedalo detekovať celospoločensky ani lokálne. Žiadne anticipatívne konanie, ktoré pripravuje zdravotný systém napríklad na valiacu sa záplavu pacientov s „long“ COVID-om, nevidno ani teraz.

Tretia skutočnosť: opakované celoplošné antigénové testovania. Iste mohli priniesť efekt, ich užitočnosť sa však značne okresala chýbajúcou nadväznosťou súvisiacich opatrení. Viazla najmä dôsledná izolácia pozitívnych. Zato boli ľudia systematicky uvádzaní do nebezpečného

omylu, že negatívny test je modrým lístkom do raja. Ľudové znechutenie z „násilného indoktrinovania“ tohto testovania bolo citelné. Navyše vôbec nie všade čakajúci na test konali tak, aby pri tomto zhromaždení ochránili pred infekciou seba i druhých. Neschopnosť štátu andersenovsky odhaľuje nariadenie hlavného hygienika umožňujúce chodiť na nákup potravín aj pacientom s detekovaným vírusom SARS-CoV-2, ak si nedokážu zaobstarať potraviny inak. Rozpráva totiž príbeh o tom, že pre týchto ľudí štát ani v kruto krízovej situácii takúto službu zabezpečiť nedokázal (mohol by priamo, ale aj nepriamo cez obce a mestá alebo tretím sektorom).

Štvrtým nezvládnutým štátnym restom je trasovanie kontaktov. Nemáme pochybnosť, že na regionálnych úradoch verejného zdravotníctva robili, čo mohli. Štát im však včas nepodal ruku na posilnenie ich kapacít a napokon na „úradné“ trasovanie de facto rezignoval. Otázkou ostáva, najmä pri vedomosti o objavení sa zahraničných mutácií vírusu, či nemala byť zavedená striktnější kontrola hraníc, a to nielen pre „dovolenkárov“, ale aj pre pendlerov.

Ako zdravotníci si iste musíme povzdychnúť aj nad postojom vlády k nám (počnúc nezabezpečením osobných ochranných pomôcok, námetom na zvyšovanie nám vyrubovaných pokút, cez neskoré vyplácanie odmien v symbolickej výške za prvú vlnu, vynucovanie si poslušnosti núdzovým stavom, končiac nerešpektovaním nášho dlhodobého preťaženia – v súbehu narastajúceho počtu pacientov, testovania a vakcinovania). Bude sa môcť niekto súdny čudovať hromadnému vyhoreniu zdravotníkov (12, 13), keď náš adrenalín stimulujúci incidenčný COVID tlak aspoň trochu polaví?

**Komunikácia s občanmi.** Tento bod by mohol byť súčasťou predchádzajúceho. Považujeme ho však za taký závažný, že sme ho vyčlenili osobitne. Význam komunikácie vrchnosti s ľuďmi totiž nespočíva len v odovzdávaní informácií, ale aj v budovaní dôvery ľudu v schopnosť štátu robiť na jeho ochranu všetko, čo sa dá. Komunikácia, ktorej sme boli svedkom, dosiahla svojou nestálosťou, protirečivosťou a nepresvedčivosťou úplný opak. Presah nevybudovanej dôvery, respektíve vybudovanej nedôvery voči štátnym orgánom, ktoré stanovujú „pravidlá hry“, považujeme za zdrvivú, pretože zásadne určuje efektivitu štátom vyhlasovaných opatrení. Občan im musí veriť, pretože nikde nie je dostatok policajtov na to, aby efektívne dohliadali na dodržiavanie opatrení, ak si ich občania neosvoja. Navyše „strach z pokuty“ je najmä z dlhodobejšieho hľadiska podstatne menej motivujúci, ako vedomé akceptovanie pokynov, „pretože toto pomôže mne, mojej rodine i nám všetkým“.

**Odborníci a osobnosti.** Pozornosť musíme upriamiť aj na sociologicky mimoriadne dôležitý fenomén – úlohu osobnosti v dejinách [parafrázujúc klasika (14): v netotalitných spoločnostiach sa nesmie obmedzovať na jej ochotu zomrieť skôr, než stihla odvolať)]. Odborníkov má v každej oblasti každá krajina, v niektorých prípadoch dôjde k vzácnemu prekrytiu a sú zároveň osobnosťami. Takými, ktorým občania krajiny veria nie preto, lebo si dokážu overiť každú nimi prezentovanú skutočnosť, ale jednoducho preto, že si ich vážia. Takýto však štáty zvyčajne nespravujú, to je v demokraciách vyhradené slobodne zvoleným politikom. Obávame sa, že v tejto pandémie sa u nás odborníkom a osobnostiam nedostalo od politikov dostatočnej akceptácie, a tak svoje know-how nemohli pretaviť do maximálneho efektu (zníženia mortality), z ktorého by profitovali občania krajiny. Naopak, politici vo vysokých funkciách urobili mnohé, aby v občanovi utvrdili predstavu „keď môžu oni, prečo by som nemohol ja“ (iste si pamätáte na fotografie zo svadby, diskusie o očakávanom spôsobe servírovania čaju v nemocnici, pendlerstve z a do Londýna – áno, to je tam, kde je teraz tá nebezpečná mutácia SARS-CoV-2, ...). Svoj diel zodpovednosti však majú aj niektorí lekári. Lekár, napriek mnohoročnej denunciacii datovanej od dôb socializmu (veď sme neboli robotníckou triedou), je ešte stále vo všeobecnosti vnímaný ako autorita, najmä ak dôjde na (pandemické) lámanie chleba. Viacerí kolegovia však verejne prezentovali svoje pochybnosti o faktami podložených COVID skutočnostiach tak, že zneisťovali ľudí pri ich nazeraní na nevyhnutné opatrenia (od nosenia rúšok po očkovania).

Mortalita je nielen najsmutnejším, ale aj najtvrdším dokladom o výsledku snahy pomáhať ľuďom. Pri COVID-e sa to spoločnosti, reprezentovanej zdravotníkmi i nezdravotníkmi, zatiaľ nedarilo optimálne. Vzhľadom na vyššie uvedené „etiologické faktory“ vysoká mortalita už vlastne ani nemôže prekvapovať. Iste sa časom bude diskutovať, kto mal za to akú zodpovednosť, možno dôjde aj na pokusy vyvodzovať ju (15). Za dôležitejšie však považujeme, aby sme sa z aktuálneho obdobia rýchlo poučili pre časy nasledujúce. Lebo s praktickou istotou príde aj tretia vlna. Lebo s istotou prídu aj iné „nové ochorenia“. Poslanie medicíny však ostane stále rovnaké, a to

v oblasti odbornosti aj etiky. Možno vás to prekvapí, ale úlohu štátu, ktorý prebral na seba záväzok, že „každý má právo na ochranu zdravia“ (16), ani COVID nezmenil.

## Literatúra

1. China building 1,000-bed hospital over the weekend to treat coronavirus. <https://www.reuters.com/article/us-china-health-hospital/china-building-1000-bed-hospital-over-the-weekend-to-treat-coronavirus-idUSKBN1ZN07U?edition-redirect=in> (24. január 2020)
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382:727–733.
3. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA* 2020;323:1574–1581.
4. <https://www.ecdc.europa.eu/en>
5. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_PJAN-BROAD\\_\\_custom\\_619520/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJAN-BROAD__custom_619520/default/table?lang=en)
6. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/nCoV.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html)
7. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>
8. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/>
9. Couzin-Frankel J. The mystery of the pandemic's 'happy hypoxia'. *Science* 2020; 368:455–456.
10. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;2:CD013665.
11. D'Amato G, Acanfora L, Delli Paoli L, et al. Preventive home therapy for symptomatic patients affected by COVID-19 and followed by teleconsultations. *Multidiscip Respir Med* 2021;16:748.
12. Gemine R, Davies GR, Tarrant S, et al. Factors associated with work-related burnout in NHS staff during COVID-19: a cross-sectional mixed methods study. *BMJ Open* 2021;11:e042591.
13. Torrente M, Sousa PA, Sánchez-Ramos A, et al. To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ Open* 2021;11:e044945.
14. Kryl K. Marat ve vaně. In: Kryl K. Knížka Karla Kryla. Praha: Mladá fronta; 1990:143–146.
15. Abbasi K. Covid-19: Social murder, they wrote - elected, unaccountable, and unrepentant. *BMJ* 2021;372:n314.
16. Zákon č. 460/1992 Zb. – Ústava Slovenskej republiky, čl. 40.