

# Covid-19 – szwedzka droga

JANUSZ KASINA

W ramach dotyczącej nas wszystkich dyskusji na temat rozprzestrzeniania się covid-19, przedstawiam zwięzłe streszczenie odnośnie do potraktowania pandemii SARS-CoV-2 w Szwecji.

Na rządach poszczególnych krajów spoczywa końcowa odpowiedzialność za przygotowanie na przyjście katastrofy, sprawne przeprowadzenie obywateli przez trudny okres, zminimalizowanie strat i powrót społeczeństwa do normalnego działania.

W Szwecji od samego początku epidemii partie polityczne działają zgodnie. Zaprzeszono dyskusji politycznych, żadna partia nie wychodzi z własnymi inicjatywami w zakresie prewencji i leczenia. Decyzje polityczne i ekonomiczne dotyczące zdrowia narodu podejmowane są zgodnie z rekomendacjami epidemiologów, z Głównym Epidemiologiem Kraju Andersem Tegnellem na czele.

Działania skupione są na trzech kierunkach – spowalnianiu rozprzestrzeniania się wirusa, przygotowaniu służby zdrowia i całego społeczeństwa na to, że epidemia będzie rozszerzać się, oraz na zachowaniu funkcjonowania społeczeństwa i zmniejszeniu strat ekonomicznych.

Nie ma ani skutecznego lekarstwa, ani szczepionki przeciw wirusowi SARS-CoV-2. Przy braku możliwości działania wg chińskiego modelu, zakładającego całkowite zamknięcie pewnych obszarów kraju, masowe testy i bezwzględna izolacja osób zakażonych, czy koreańskiego – opartego na masowych testach, skutecznym śledzeniu kontaktów osób zakażonych oraz ich izolacji, wybrano w Szwecji inną drogę. Na wybór odmiennej metody wpłynęło też, przekazane przez epidemiologów, przekonanie, że epidemia będzie długotrwała i nawracająca. Zakłada się, że nie dysponując wystarczającą ilością sprzętu do ochrony przed SARS-CoV-2, nie ma praktycznie możliwości uchronienia obywateli przed epidemią. Rozwiązaniem jest więc spowalnianie rozprzestrzeniania się infekcji, co da służbie zdrowia dodatkowy czas na przygotowanie się i rozłożenie zachorowania na dłuższy okres, tak żeby liczba chorych wymagających intensywnej opieki medycznej nie przekraczała liczby miejsc dostępnych na oddziałach intensywnej terapii.

Dodatковым efektem tej strategii może okazać się uzyskanie stanu grupowej odporności, która nastąpi w wyniku reakcji immunologicznej, po zainfekowaniu i uzyskaniu odporności przez ponad 60% społeczeństwa. To z kolei może zabezpieczyć społeczeństwo przed nawrotami epidemii.

Szpitala przeznaczone dla cierpiących na choroby zakaźne nie pełnią kluczowej roli w zwalczaniu obecnej epidemii, bo nie dysponują tym, co w leczeniu covid-19 jest najbardziej potrzebne, mianowicie dużymi, dobrze wyposażonymi w sprzęt i fachowców oddziałami intensywnej opieki medycznej. Izolacja osób z objawami covid-19 odbywa się w ich domach, najczęściej bez przeprowadzania testów. Testy przeznaczone są dla osób, które poza kaszlem i wysoką temperaturą, wróciły z podróży na tereny, gdzie jest dużo ofiar epidemii lub były w kontakcie z osobą zakażoną. Osoby stykające się z chorymi pozostają w 14-dniowej kwarantannie, którą same sobie narzucają. Testy na obecność wirusa SARS-CoV-2 przeprowadzane są, u osób bez znanego kontaktu z zakażeniem, dopiero wtedy, kiedy narastają trudności w oddychaniu i pacjent ma zostać przyjęty do szpitala. Test różnicuje pacjentów chorych na covid-19 i pacjentów mających niewydolność oddechową z innego powodu. Po przyjęciu do szpitala chory trafia na oddział pozostający w kontakcie z oddziałem intensywnej terapii. Dostaje tam tlen i leki. W razie pogorszenia się stanu i potrzeby wentylacji płuc, chory przenoszony jest na oddział intensywnej terapii, gdzie następuje wspomaganie wentylacji płuc przez respirator.

Kluczową rolę w walce z covid-19 odgrywają oddziały intensywnej opieki medycznej, które dostosowywane są we wszystkich szpitalach do przyjęcia znacznie większej liczby pacjentów. Wycofane z użytku respiratory są remontowane, nowe kupowane. Dokonano inwentaryzacji, zarówno personelu zatrudnionego w otwartej służbie zdrowia, mogącego, w razie potrzeby, zajmować się chorymi na oddziałach intensywnej terapii, jak i sprzętu. Zakłada się możliwość przenoszenia, tak sprzętu jak i personelu, do tych miejsc,

w których zwiększy się liczba osób wymagających intensywnej opieki medycznej.

Wszelkie niekonieczne zabiegi operacyjne zostały zawieszono w celu przygotowania całego personelu i sprzętu anestetycznego na przyjęcie osób chorych na covid-19.

Przeprowadzona została akcja, której celem było przyjmowanie zgłoszeń ochotników do pracy z chorymi na covid-19. Osoby te będą zatrudnione, w razie gdy wystąpi potrzeba wspomaganie personelu obecnie zatrudnionego na etatach służby zdrowia. W ciągu kilku dni zgłosiło się w Sztokholmie ponad 6000 osób, z czego 5000 zostało zarejestrowanych. Wiele osób zgłoszonych to studenci medycyny, pielęgniarstwa oraz emeryci, dawniej pracujący w służbie zdrowia. Przyjmowanie dalszych zgłoszeń zostało przerwane w przewidywaniu, że nie zajdzie potrzeba liczniejszych uzupełnień. Obecnie szkoli się ochotników pracujących w hotelach oraz w liniach lotniczych SAS. Osoby te będą pomagały w domach opieki nad starszymi i w prostszych pracach w szpitalu.

Planowane jest znaczne zwiększenie liczby osób testowanych na infekcję spowodowaną SARS-CoV-2. Podnoszony jednak jest fakt, że proste, dostępne na rynku testy dają stosunkowo dużą liczbę odpowiedzi fałszywie negatywnych oraz że do zarażenia dochodzić może w czasie bezobjawowego okresu choroby.

Aktywowana została, dotycząca tej części służby zdrowia, która jest zaangażowana w leczenie pacjentów z covid-19, klauzula do umowy o pracę, stosująca się do sytuacji kryzysowej. W związku z tym z 35-godzinny tygodnia pracy można, w razie potrzeby, przejść na 75-godzinny tydzień, z 12-godzinnymi dyżurami. Łączy się to z podniesieniem płacy o 120%. W razie potrzeby dalszego przedłużenia czasu pracy, pozostałe godziny będą wynagradzane z podwyżką wynagrodzenia o kolejne 150%.

Rząd zlecił Ministerstwu Zdrowia koordynowanie liczby miejsc na oddziałach intensywnej terapii w różnych miejscach kraju. W ciągu kilku tygodni liczba tych miejsc wzrosła w Sztokholmie o 163%. Obecnie dostępnych jest 206 łóżek na oddziałach intensywnej terapii. Nowe miejsca są w trakcie przygotowywania. W największym szpitalu Karolinska Huddinge zamierzano, tuż po Wielkanocy, oddać do użytku nowy blok operacyjny. W tej chwili trwa jego szybka przebudowa w celu stworzenia 66 miejsc przeznaczonych na dodatkowy oddział intensywnej terapii medycznej. Wojskowy szpital połowy ulokowany został w halach targowo-kongresowych i gotów jest na przyjęcie pacjentów, kiedy dotychczasowe miejsca na intensywnej terapii zostaną zajęte. W pierwszej fazie budowy jest tam miejsce dla 600 pacjentów chorych na covid-19, w tym ponad 40 miejsc z respiratorami. Istnieje możliwość znacznego powiększenia tego szpitala.

W trakcie poprzedniej doby 469 osób w Szwecji było hospitalizowanych na oddziałach intensywnej opieki medycznej. W Szwecji zmarły, od początku epidemii do wczoraj, czyli 11 kwietnia 2020, 333 osoby, 233 w wieku między 70 a 90 lat, 2 osoby w wieku między 20 a 29 lat.

W niedawnym wywiadzie zamieszczonym w największej szwedzkiej gazecie „Dagens Nyheter”, premier Szwecji Stefan Löfven stwierdził: „będziemy liczyć zmarłych w tysiącach, przygotujmy się na to”.

Pomimo rozpoczynających się braków w zakresie jednorazowego wyposażenia chroniącego pracowników służby zdrowia oraz obywateli przed infekcją i błędami, jakim było zlikwidowanie przed kilkunastu laty magazynów sprzętu na wypadek sytuacji kryzysowej, wydaje się, że Szwecja jest w dość dobrej sytuacji. Przez lata, skończony nagle przed 2 miesiącami, wysokiej koniunktury zmniejszono dług publiczny do 35% BNP, a wydatki na służbę zdrowia są od lat na poziomie około 10% BNP.

Przekazywane przez prasę i telewizję informacje o epidemii są spokojne i rzeczowe. Społeczeństwo przygotowuje się na nadchodzące zagrożenie. Wszyscy, którzy mogą, pracują z domu, obserwując się olbrzymie zmniejszenie liczby osób przebywających poza domem. Spaceruje i wyjazdy na zakupy nie są jednak zabro-

► nione. Restauracje i wszystkie sklepy pracują, ale liczba klientów znacznie spadła. Licea i wyższe uczelnie przeszły na pracę zdalną. Dzieci chodzą do przedszkoli i szkół podstawowych, jako że zagrożenie ich zdrowia jest minimalne, a zamknięcie szkół spowoduje równocześnie nieobecność rodziców w pracy i olbrzymie zaburzenia w funkcjonowaniu społeczeństwa.

Wszystko działa w zwolnionym tempie, ale wciąż działa w przekonaniu, że nie jesteśmy w stanie uniknąć epidemii przez zamknięcie państwa. Próba uniknięcia rozwoju epidemii poprzez zatrzymanie państwa i izolację w domu wszystkich obywateli byłaby jedynie jej odroczeniem. U uruchomienie, raz zatrzymanej gospodarki, byłoby trudne, kosztowne i związane z olbrzymimi kosztami społecznymi. Utrzymanie gospodarki w ruchu zmniejszy późniejsze

komplikacje ekonomiczne i społeczne, które będą następstwem bezrobocia, wzrostu przestępczości i ubóstwa, z których to powodów będzie w przyszłości umierać wiele ludzi.

Johan Carlson, szef szwedzkiego Urzędu do spraw Zdrowia Społeczeństwa, stwierdził: „rezultat epidemii to nie liczba osób, które umierają dzisiaj z powodu coronavirusa. Rezultat to jest stan, który zobaczymy za cztery–pięć lat”.

Tym, co cechuje Szwecję, jest zaufanie obywateli do rządu, który nie kieruje się interesem politycznym, zaufanie do służby zdrowia, która robi wszystko, co możliwe, dla przygotowania się, a potem przejścia przez pandemię, oraz zaufanie do współobywateli, którzy zachowując rekomendowane środki bezpieczeństwa, dbają o własne zdrowie oraz zdrowie całego społeczeństwa.

JANUSZ KASINA

Sztokholm, 12 kwietnia 2020

## Monitoring 2.0 – Komentarz do komentarza

W 506 numerze PAUzy prof. Andrzej Białas opublikował komentarz do krótkiego résumé oceny przeprowadzonej przez Zespół ds. monitorowania wdrażania reformy szkolnictwa wyższego i nauki (powołany przed rokiem przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego)\*. Jak wynika z *Podsumowania*, Zespół skupił się głównie na krytyce braku fundamentalnych zmian w strukturach uczelni, niespójności przepisów statutowych z wymogami Ustawy oraz na „niewłaściwym przeprowadzaniu oceny dokonań nauczyciela akademickiego według tych samych kryteriów jak ustalone dla oceny dyscyplin naukowych”.

Przyznaję, nie wydaje mi się właściwe formułowanie bardzo ogólnych ocen, które nie uwzględniają wielkich różnic w charakterze uczelni, a przede wszystkim w ich rozmiarach. Po pierwsze – o ile na pewno Ustawa porządkuje funkcjonowanie średnich i małych „podmiotów kształcących”, o tyle w przypadku ogromnych organizacyjnie szkół wyższych, takich jak niektóre polskie uniwersytety klasyczne czy techniczne – jest trudnym wyzwaniem, siłą rzeczy narzucającym rozwiązania, których skuteczność jest nierozpoznana. I tak na przykład, delegowanie uprawnień senatu do nadawania stopnia stało się – w świetle Ustawy – koniecznością dla Uniwersytetu Jagiellońskiego, który w swojej strukturze ma tylko 16 wydziałów, ale za to 26 różnych dyscyplin! Rady 26 dyscyplin są zatem pozawydziałowymi radami naukowymi, nadającymi stopnie, nostryfikującymi obce dyplomy i uchwalającymi plany strategiczne rozwoju danej dyscypliny. W strukturze organizacyjnej uniwersytetu pozostawiono wydziały (choć nowe regulacje prawne pozbawiają je autonomii) i zachowano kierownicze funkcje dziekanów; dodatkowo wprowadzono niezależnie działające cztery dziedzinowe szkoły doktorskie. W mojej ocenie – te ostatnie są faktycznie nową jakością i wydają się, przynajmniej w strukturze UJ, załącznikiem przyszłych większych struktur organizacyjnych na wzór brytyjskich czy amerykańskich kolegiów.

Po drugie – Ustawa, odchodząc od pojęcia „podstawowej jednostki organizacyjnej” (w poprzednich regulacjach był to wydział), pozwala uczelniom swobodnie decydować o typach jednostek organizacyjnych i funkcjach kierowniczych w uczelni. Jak się okazuje, w zarządzaniu kryzysowym, któremu w tej chwili wszyscy podlegamy, wyjątkowo pomocne okazuje się pozostawienie (na mocy zapisu statutowego uczelni) funkcji kierowniczej dziekana. Gremia doradcze, wspomagające decyzje rektora, nie mogą być

zbyt liczebne, a ich skuteczność zależy od wiedzy o działalności i problemach zakładów, katedr i instytutów – jednostek organizacyjnych, które w uczelniach skupiają od kilku do kilkudziesięciu pracowników. Wydaje się zatem naturalne, że zespoły złożone z rektorów i funkcyjnych dziekanów (kolegia rektorsko-dziekańskie) mogą być kluczowym elementem budowania strategii zarządzania całą uczelnią i konfrontacji podjętych przez jej władze działań w obliczu zewnętrznych zagrożeń.

Po trzecie – ocena dokonań naukowych nauczyciela akademickiego jest – poprzez zapisy Ustawy – niezwykle mocno powiązana z oceną dyscypliny i finalnie – z wysokością środków finansowych, które przyznawane są uczelniom czołowym w kategorii reprezentowanych w nich dyscyplin. Te pęta wymuszają niestety postawę wielu rektorów, uciążliwych głównie na parametryczną ocenę jakości naukowej, a nie dydaktycznej. Nawet najlepiej przygotowani do zawodu nauczyciela akademickiego pasjonat dydaktyki i promocji nauki nie znajdzie w Ustawie stosownej aprecjacji dla swojej pracy; konstrukcja zapisów Ustawy nie oddaje należytej uwagi tej części działalności zawodowej.

Ustawa znacząco zmienia także zasady nawiązywania stosunków pracy z nauczycielami akademickimi, wprowadzając likwidację mianowania i możliwość zawarcia drugiej umowy o pracę na czas nieokreślony, bez przeprowadzania konkursu. Czy i w jakim stopniu przepisy te nie doprowadzą do zabetonowania uczelni awansowanymi pracownikami „własnymi”, którzy unikną trudów kolejnych konkursów rozpisywanych na wyższe stanowiska – trudno wyrokować. Mam wrażenie, że i ta regulacja powinna być modyfikowana aktami wewnątrzuczelnianymi – wszystkie dotychczas stosowane praktyki zatrudniania przez znaczące ośrodki naukowe wskazywały raczej na motywujący charakter konkursów i konieczną rywalizację w obsadzaniu stanowisk.

Podsumowując pokrótce powyższe dygresje – nie sędzę, aby uczelnie kurczowo wzbraniały się przed wprowadzaniem przepisów nowej Ustawy. Nowe regulacje zawierają elementy (szkoły doktorskie, inicjatywa uczelni badawczych), które istotnie mogą wpłynąć na rozwój uczelni i międzydziedzinową współpracę naukową. Przepisy te nie powinny jednak ograniczać uczelni w wypracowaniu własnych dobrych praktyk zarządzania i budowania jakości. O tych ostatnich uczelnie powinny stanowić niezależnie, w osobnych aktach statutowych.

EWA GUDOWSKA-NOWAK

Uniwersytet Jagielloński

\* *Błędy w statutach i zasadach oceny*, Forum Akademickie, luty 2020, str. 20–21.