

**Výtah z rozhovoru s Dr. Andersem Tegnellem, hlavním švédským epidemiologem pro The German Marshall Fund of the United States z 28. 10. 2020 (na požádání je k dispozici český překlad celého rozhovoru pořízený na základě kompletního přepisu videa)
Překlad a úprava textu: Mgr. Sabina Králová (www.medicaltranslations.cz)**

Na jaře šlo při první vlně epidemie Švédsko vlastní cestou a na rozdíl od Francie, Německa, Velké Británie atd. nezavřelo restaurace, bary ani posilovny. Zůstaly otevřeny školy pro žáky mladší 16let. Nebylo nařízeno povinné nošení roušek a byla povolena veřejná shromáždění do 50 osob. Nyní, o 6 měsíců později, nás všechny zajímá Švédsko znovu a opět plní novinové titulky. **Zarážející přitom je, že, jak je z níže uvedeného textu patrné, Švédsko zvolilo komplexní přístup k řešení situace spojené s COVID-19 a bere ohled na psychické, sociální i ekonomické potřeby svých občanů.**

Dr. Tegnell hovoří o tom, že Švédsko zažilo složité jaro a že vrchol epidemie nastal ve Švédsku v první polovině dubna, poté došlo k pozvolnému poklesu případů a od června dále bylo šíření ve Švédsku velmi malé, pravděpodobně nejnižší v Evropě. Švédský systém zdravotnictví fungoval v té době velmi dobře, byť bylo odkládáno vše, co být odloženo mohlo, protože se po určitou dobu vše soustředilo na léčbu pacientů s COVID-19. Pacienti s COVID-19 představovali na jaře 70-80% pacientů na jednotkách intenzivní péče (JIP). Na JIP však vždy bylo k dispozici cca 20 % volných lůžek.

Velký problém nastal v domovech seniorů, kde byla vysoká smrtnost. Od poloviny června však došlo v domovech seniorů k dramatickému poklesu případů a smrtnost od té doby byla a je stále velmi nízká.

Jedním z prvků švédského přístupu, který vyvolal velkou pozornost, byla otázka tzv. lockdownů. Švédsko sice oficiální lockdown nevyhlásilo, ale dle A. Tegnella ho fakticky mělo, protože Švédsko požádalo své občany, aby minimalizovali své společenské kontakty. A lidé to skutečně do velké míry udělali, což lze do jisté míry změřit - 80 až 90 % občanů uvedlo, že změnili svůj životní styl. A průzkumy provedené v evropských zemích ukázaly, že Švédsko je jedním ze států, kde populace nejvíce změnila své chování. Je to patrné např. z cestování – vnitrostátní lety v podstatě ustaly a vlaková doprava poklesla na 30-40% normální kapacity. Z dat získaných z mobilních telefonů je patrné, že lidé cestovali cca o 20 % méně než obvykle, což je vyšší změna než v okolních zemích. Kromě toho byla zavedena přísná opatření v určitých oblastech, jako jsou například restaurace a omezení velkých akcí.

A. Tegnell uvádí, že aby toho bylo možné dosáhnout, **je nutné vést s občany dialog**. Je nutné, aby občané pochopili, že existuje společný cíl. **Lidem nelze pouze říkat, co mají dělat, je nutné skutečně s nimi komunikovat o tom, že mají potkávat co nejméně lidí, a dát jim příležitost, aby se sami rozhodli, co mají udělat, aby toho dosáhli.**

Je to obtížné, protože to je založeno na určité důvěře mezi státními orgány a občany, a je to něco, co se nedá změnit ze dne na den - a taková důvěra ve Švédsku existuje.

Jako příklad lze uvést program dětského očkování, který je zcela dobrovolný a za neočkování neexistují žádné postihy - své děti nechá očkovat 98 % obyvatel, protože věří tomu, že všichni chtějí to, co je pro jejich děti nejlepší.

Dr. Tegnell se dále vyjádřil k situaci v domovech seniorů a uvedl, že si **švédští senioři připadali velmi izolovaní, což mělo velký vliv na jejich duševní stav. Vzhledem k tomu, že epidemie bude ještě nějakou dobu trvat, bylo přijato rozhodnutí, že není možné po seniorech přísnou izolaci dále žádat**, protože nemoc se sice šíří, ale nikoli tolik jako na jaře a švédský systém zdravotnictví má takové kapacity, že může situaci zvládat. Kromě toho také panuje názor, že senioři jsou velmi zodpovědnou skupinou obyvatel a že je tedy možné přístup k nim změnit.

Dále uvedl, že hlavním zdrojem šíření infekce nejsou senioři ani mladí lidé, ale lidé v produktivním věku, a proto je změna přístupu, tj. nechat seniory, aby žili normálnější život, což povede k zásadnímu zlepšení jejich duševního zdraví, považována za relativně nízké riziko a má vysoké přínosy.

Domovy seniorů navíc prošly velkými změnami, pro návštěvy v nich platí přísná pravidla – návštěvníci musejí být zdraví, musejí dodržovat hygienu rukou, setkání probíhají ve zvláště vyhrazených místnostech a je při nich nutné dodržovat dostatečnou vzdálenost.

Anders Tegnell byl též dotázán na vysoký počet úmrtí v domovech seniorů na jaře a na to, že někteří pacienti nebyli dáni na JIP, což je v současné době ve Švédsku předmětem šetření. Uvedl, že pokud jde o JIP, je ve Švédsku dlouhou tradicí pečlivě zkoumat, pro koho je léčba JIP přínosná a pro koho nikoli a lékaři to, podle jeho názoru, umí velmi dobře rozlišit. Na JIP proto nejsou dávání pacienti, kterým by léčba nepomohla, prodloužila by jim život jen o pár dnů a znamenala by pro ně izolaci, tj. takoví pacienti, u nichž by přijetí na JIP nic nezměnilo.

Dr. Tegnell se dále vyjádřil k **nošení roušek**, které považuje za důležité ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociální péče. **Pokud jde o nošení roušek veřejností, uvádí, že důkazy o přínosu nošení roušek veřejností nejsou nijak přesvědčivé, a i když existují některé studie a modely, které dokládají, že roušky mohou být velmi přínosné, není jejich přínos skutečně jasný.**

Podstatně důležitější je dodržování dostatečné vzdálenosti, a roušky tedy nejsou švédskou strategií. Pokud by dodržování vzdálenosti nestačilo, je možné, že by Švédsko přechodné nošení roušek na určitých místech zvažilo.

Zkušenosti s rouškami z Evropy navíc nejsou příliš dobré, protože mnoho zemí, které nyní čelí obrovskému nárůstu případů, má již delší dobu zavedeno povinné nošení roušek, byť nelze samozřejmě říci, zda by situace bez roušek nebyla ještě horší. **Je však zcela jasné, že roušky nebudou zázračným řešením a je trochu nebezpečné spoléhat se na to, že jejich použití povede k zásadní změně situace.**

Pokud jde o imunitu a kolektivní imunitu, imunita populace má zásadní vliv na způsob šíření nemoci.

Dr. Tegnell uvedl jako případ chřipku, kdy v normální sezóně onemocní 4-5 % lidí. V případě nové nemoci, proti níž nejsme imunní, se však nakazí až 40 či 50 % lidí.

Pokud jde o imunitu na COVID-19, ještě není dostatečně známo, jak funguje, ale víme, že lidé imunitu získávají, protože za 6 měsíců pandemie se jen velmi málo lidí nakazilo dvakrát.

Logika tedy říká, že lidé imunitu získají a imunita nějak šíření nemoci zpomalí, ale stále zjišťujeme, na jaké úrovni a jak.

Součástí problému je, že imunita populace není homogenní a liší se u různých skupin populace. Jako příklad byl uveden Stockholm, kde některé skupiny obyvatel mají imunitu 25-30 %, některé skupiny ale třeba jen 5 %, což samozřejmě znamená, že v některých částech Stockholmu pravděpodobně ještě k většímu šíření dojde, zatímco v jiných částech imunita může šíření narušit.

Pokud se však hovoří o tom, že Švédsko směřuje ke kolektivní imunitě, tj. že obětuje lidi proto, aby jí bylo dosaženo, je nutné to znovu popřít. Švédsko se snaží šíření nemoci maximálně zpomalit za pomoci prostředků, které populaci neuškodí více, než jí pomohou.

Některé studie (např. z Imperial College v Londýně) uvádějí, že podíl lidí s protilátkami, které proti COVID-19 chrání, ve Velké Británii přes léto poklesl a že imunita proti této nemoci tedy může být krátkodobá, a vůči většímu rozvinutí imunity v populaci panuje skeptický názor.

A. Tegnell reaguje s tím, že pokud se měří hladina protilátek, zkoumáme pouze malou část imunitního systému, navíc nevíme, jaká je ochranná hladina protilátek proti COVID-19, protože k tomu nemáme žádné údaje.

Skutečně podstatné navíc je, kolik lidí onemocnělo podruhé, což ukazuje skutečnou úroveň imunity a ne jen hladinu protilátek. A tento ukazatel je nutné velmi pečlivě sledovat na celém světě – poslední údaje ukazují, že jsme dosud našli cca 20 lidí, kteří onemocněli dvakrát, což s ohledem na statisíce až miliony nakažených, ukazuje, že riziko není tak velké.

Na druhé straně platí, že se s největší pravděpodobností nejedná o onemocnění, po němž organizmus získá celoživotní imunitu. U ostatních koronavirů tomu tak není, ale již můžeme říci, že imunita bude trvat minimálně 6 měsíců a u většina populace pravděpodobně podstatně déle, a nebude klesat tak rychle, jak ukazují údaje o poklesu protilátek ze studie Imperial College, protože jinak bychom už měli podstatně více osob s druhou infekcí.

Rozhovor se dále dotkl toho, že ve Švédsku zůstaly otevřené školy. A. Tegnell uvedl, že otevření škol vychází z údajů Číny, které ukazují, že děti vážně onemocní jen velmi vzácně a jen velmi vzácně nakazí ostatní, byť je měření tohoto faktoru často obtížné, a dále bylo založeno na skutečnosti, že docházka do školy je pro děti a jejich zdraví velmi důležitá z krátkodobé i dlouhodobé perspektivy,

Zkušenosti s jiných zemí na celém světě ukazují, že děti uzavřením škol skutečně trpí, a to nejen díky nárůstu domácího násilí, podvýživě atd. Uzavření škol je proto nutné velmi pečlivě zvážit, a to zejména, pokud jsou uzavřeny na delší dobu. Švédsko se proto rozhodlo školy ponechat otevřené.

Jarní zkušenosti navíc ukázaly, že se COVID-19 ve školách téměř nerozšířil. V několika z nich sice k nálezům došlo, ale jednalo se o nákazu mezi učiteli, kdy jeden učitel nakazil další, protože děti se nákaza nedotkla. Poté byla zkoumána míra hospitalizace učitelů s COVID-19, ale nebyla u nich vyšší než u ostatních profesí.

Situace u studentů na středních školách je jiná. U dětí starších 15let k šíření dochází, byť skoro nikdy neonemocní vážně, a ani se nezdá, že by byli vážně postiženi jejich učitelé, byť pravdou je, že jsou postiženi více než učitelé malých dětí.

Přesto se střední školy i univerzity ve Švédsku na podzim otevřely, střední školy úplně, univerzity kombinují prezenční i distanční výuku.

Jedním z posledních témat rozhovoru bylo očkování, resp. záměr pokračovat v lockdownech do získání vakcíny, která by podle dostupných zpráv měla být k dispozici v březnu 2021.

A Tegnell uvedl, že je nutné si uvědomit, že čekáme na vakcíny, o kterých toho dosud moc nevíme. Známé klinické studie, která byly přiměřeně úspěšné, nicméně se jedná o jiný druh vakcín, než jsou vakcíny, které dnes používáme.

Nemusí to být nutně špatně, protože se na tomto typu vakcín pracuje dlouho, nebyly však nikdy hromadně vyráběny ani používány, což vyvolává trochu obavy.

Tyto otázky spojené s bezpečností mohou být řešeny, je nutné si však uvědomit, že toho moc nevíme o dlouhodobé účinnosti těchto vakcín. Nevíme, jak dobře budou účinkovat u seniorů. Hlavní problém však je, že začnou být dodávány začátkem příštího roku a dodání bude trvat rok či dva, což znamená, že vakcínu, která by ovlivnila šíření COVID-19 v populaci, nebudeme mít minimálně do příštího podzimu. A musíme naočkovat přibližně 40-50 % populace, abychom zaznamenali přiměřený účinek na šíření této nemoci.

Takže ano, vakcína by nám rozhodně pomohla, ale ještě nějakou dobu nám neumožní návrat k normálnímu životu. Doufejme, že nám pomůže chránit seniory a rizikové skupiny, zdravotnické pracovníky atd. Pro společnost jako takovou, ale bude její použití přínosné za delší dobu.

Vakcinace již probíhá v Číně, ale o tamní situaci toho příliš nevíme, kromě toho, že Čína zavádí ke kontrole COVID-19 extrémně drastická opatření vůči své populaci.

Pokud jde o čínskou vakcínu, nevíme toho moc o tom, jak byla testována, takže je podle A.Tegnella vhodnější případně použít vakcínu schválenou Evropskou agenturou pro léčivé přípravky, která je, pokud jde o testy, velmi transparentní.

<https://www.youtube.com/watch?v=0lgbuUD5MjQ>