



Fot. iStockphoto.com

COVID-19 Z PERSPEKTYWY SZPITALA KLINICZNEGO

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu był jednym z ponad 900 szpitali w Polsce (wg danych GUS w 2018 r. w kraju funkcjonowało 949 szpitali), które przystąpiły do walki z niewidzialnym, podstępny i nieznanym wrogiem. Nie da się ukryć, że nikt z zarządzających tymi placówkami nie spodziewał się takiego „zarządczego” wyzwania. Będąc w stałym kontakcie z dowodzącymi szpitalami klinicznymi i obserwując, jakie decyzje podejmowali, musimy stwierdzić, że dyrektorzy wraz ze współpracownikami w ostatnich miesiącach z uwagi na specyfikę swoich placówek stosowali odmienne style zarządzania i wprowadzali różnorakie – często wykluczające się – rozwiązania zarządcze.

Kraj walczący

Obserwując zmagania dyrektorów szpitali klinicznych zrzeszonych w Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, można zauważyć, że każda placówka miała nieco inną sytuację w kontekście możliwości przygotowania oraz wyzwań, jakie przed nimi stanęły w obliczu pandemii.

Szpitaly kliniczne posiadające w swoich strukturach SOR-y były w zgoła innej sytuacji niż szpitale nieposiadające SOR-ów. Te pierwsze musiały mierzyć się nie tylko z naporem pacjentów, którzy nie mieli możli-

wości skorzystania z pomocy lekarza rodzinnego oraz pomocy doraźnej, lecz także z tym, że zniknęła dla systemu część SOR-ów znajdujących się w strukturach szpitali przekształconych na jednoimienne. W nieco innej sytuacji znalazły się szpitale kliniczne mające w swoich strukturach oddziały zakaźne, które część swojej działalności musiały wyodrębnić dla pacjentów z COVID-19.

Zadania szpitali klinicznych wielospecjalistycznych nieposiadających SOR-ów sprowadzały się do zabez-

pieczenia świadczeń na danym terenie, często z wypełnieniem luki po specjalizacjach, które wcześniej funkcjonowały w placówkach przekształconych w szpitale jednoimienne. Do tego patchworku można jeszcze dodać szpitale kliniczne o profilu stomatologicznym, które w pierwszym okresie prawie całkowicie zaprzęstały działalność, ograniczając się do pomocy pacjentom z bólem. W obrazie szpitali klinicznych przebija zatem wielowątkowość oraz nierównomierny ciężar spoczywający na tych placówkach, związany również z ukształtowaniem krajobrazu ochrony zdrowia w danym regionie.

Trudne początki

W pierwszych tygodniach szpitalom doskwierały dwa problemy. Po pierwsze – brak środków ochrony indywidualnej. Wydawało się, że zaraz zabraknie wszystkiego: maseczek, rękawiczek, kombinezonów, a napór personelu medycznego stawał się trudny do okiełznanania. Po drugie – braki kadrowe, najwyraźniej widoczne wśród kadry pielęgniarskiej oraz w obsłudze szpitala: salowych, opiekunów medycznych, osób sprzątających, wynikające z zamknięcia szkół, przedszkoleń i żłobków. Wiele osób pozostało w domach, by opiekować się dziećmi, część, jak można przypuszczać, zdezercerowała.

Okres pandemii okazał się próbą charakterów zarówno dla zarządzających szpitalami, jak i dla pracowników. W pierwszych tygodniach tzw. lockdownu wydawało się, że większość problemów i konfliktów, a także napięta atmosfera spowodowane były niepewnością, niewiedzą. Wydawało się, że wobec zmasowanej dezinformacji najważniejsze jest przekazywanie przez dyrekcję szpitala jasnych i prostych komunikatów dotyczących strategii działania.

Działania komunikacyjne podjęte w szpitalu:

- do kierowników komórek organizacyjnych rozsyłany był newsletter dotyczący aktualnej sytuacji szpitala w kontekście działań prewencyjnych oraz przekazujący aktualne procedury i wytyczne wypracowane przez sztab;
- procedury i zalecenia dostępne były w intranecie szpitalnym (wewnętrzny system komunikacji z pracownikami), przez pracowników szpitala nagrane zostały filmy instruktażowe dotyczące wykonywania wymazów oraz zakładania środków ochrony indywidualnej;
- odbywały się cotygodniowe wirtualne spotkania sztabu epidemiologicznego.

Pytania bez odpowiedzi i wypatrywanie pomocy

Wśród zarządzających szpitalami pojawiło się wiele pytań: Jaką przyjąć strategię testowania pacjentów i pracowników? Jak utrzymać reżim sanitarny izolacyjny w pomieszczeniach o małej kubaturze (dyżurki lekarskie, pielęgniarskie)? Czy zasadne jest ograni-

OD KWIETNIA DO LIPCA

LICZBA PACJENTÓW Z KARTĄ DİLO

SPOZA NASZEJ PLACÓWKI

SPADŁA AŻ O 40 PROC.

czenie prawa pacjentów do odwiedzin (oddziały onkologiczne, hospicja) w sytuacji konieczności „uszczelnienia” szpitala? Czy możliwa jest kontynuacja pracy rotacyjnej w warunkach pełnego obłożenia szpitala? Czy praca zdalna dla części personelu jest odpowiednio efektywna?

Wydaje się, że wiele z tych pytań nadal pozostaje bez jednoznacznej odpowiedzi.

Nasz szpital kliniczny nie posiada SOR-u, więc znalazł się raczej na szarym końcu listy, jeśli chodzi o przekazywanie przez decydentów środków ochrony indywidualnej, o które w pierwszych tygodniach toczyła się heroiczna walka. Z perspektywy dyrekcji szpitala nie odczuwało się niemalże żadnych elementów wsparcia i koordynacji działań na szczeblu regionalnym, co sygnalizowały też inne szpitale kliniczne. Owszem, powołany został w województwie wielkopolskim jednoimienne szpital, co należy uznać za decyzję bardzo słuszną. Wydaje się, że Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia raczej działały w reakcji na sygnały, niż same były inicjatorami stworzenia spójnych wytycznych. W okresie tym różne środowiska, towarzystwa naukowe i konsultanci wyprzedzali się we wprowadzaniu rekomendacji dotyczących świadczenia usług w obliczu pandemii koronawirusa, co niewątpliwie przyczyniało się do napięć na linii dyrekcja szpitala – pracownicy medyczni. Duża część proponowanych wytycznych opierała się na wybiórczej znajomości kontekstu funkcjonowania szpitala klinicznego.

Teleporady i telekonferencje

Szpital – na ile mógł z uwagi na ogromny natłok pacjentów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) – starał się część porad udzielać w formie teleporad, czyli przez telefon, bez możliwości przeprowadzenia badania przedmiotowego pacjenta, zdając sobie sprawę z ułomności tego rozwiązania w polskich realiach. Aby wyrazić skalę „zamrożenia” szpitala w kontekście AOS, wystarczy wskazać, że w porównaniu z pierwszym półroczem 2019 r. w pierwszej połowie 2020 r. udzielono o 11 tys. porad ambulatoryjnych mniej (spadek z ponad 69 tys. w pierwszej połowie 2019 r. do 58 tys. w pierwszej połowie 2020 r.). Od stycznia do czerwca 19 proc. tych porad stanowiły teleporady.

Zmienił się również sposób prowadzenia zebrań. By uniknąć niepotrzebnych skupisk, przeniesiono do przestrzeni wirtualnej cotygodniowe odprawy kierowników (pionu administracji z dyrekcją szpitala), comiesięczne

POWAŻNYM PROBLEMEM,

Z JAKIM PRZYSZŁO SIĘ ZMIERZYĆ

SEKTOROWI SZPITALNEMU,

BYŁO WYCOFANIE SIĘ DUŻEJ CZĘŚCI LEKARZY POZ

ZE ŚWIADCZENIA USŁUG W TRADYCYJNEJ FORMIE

rady medyczne (spotkanie kierowników wszystkich jednostek szpitala z dyrekcją), cotygodniowe spotkania zespołu ds. COVID-19 oraz comiesięczne spotkania pielęgniarek oddziałowych. Od marca formuła spotkań pozostaje niezmienna, a do wirtualnej rzeczywistości przeniesiono także szkolenia dla pracowników. Wydaje się, że krótkie szkolenia w tej formule odnosiły lepszy skutek.

Tylko się nie zamrozić

W pierwszych tygodniach epidemii były silne zakusy, podsycane przez wszechobecny strach części środowisk medycznych przed niewiadomą, aby działalność szpitali istotnie schłodzić. W celu uniknięcia niejednoznacznych sugestii w szpitalu codziennie publikowane były komunikaty dotyczące ograniczeń w udzielaniu świadczeń.

Na szczęście udało się zachować działalność wszystkich oddziałów oraz niemalże wszystkich poradni.

Wyjątek stanowiły ambulatoryjna opieka okulistyczna w pierwszym okresie, Ośrodek Rehabilitacji Diennej, a także świadczenia z zakresu spirometrii.

Zmniejszony ruch wymusili sami pacjenci, którzy odwoływali zaplanowane wizyty oraz zabiegi w obawie przed kontaktem z placówką ochrony zdrowia. Najczęściej dotyczyło to świadczeń dla osób starszych (usunięcie zaćmy, wszczepianie endoprotez). Niestety, w sposób znaczący odbiło się to na realizacji ryczałtu w wielu placówkach. Szpitale kliniczne boleśnie odczuły społeczne „zamrożenie”, często świeciły pustkami. Niektóre z nich przekazywały apele za pośrednictwem mediów, aby uspokoić pacjentów i zapewnić o bezpieczeństwie szpitala.

Pomimo widocznego przyhamowania działalności naszemu szpitalowi udało się do końca lipca wypełnić 96 proc. ryczałtu, przy średniej w regionie niższej średnio o 20 proc. Nie zanotowaliśmy również spowolnienia w liczbie wydawanych kart DILO, jednak nastąpił znaczący spadek liczby zgłaszających się pacjentów z kartami DILO z innych podmiotów – często z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Spadek ten w maju 2020 r. w porównaniu z tym samym miesiącem 2019 r. sięga 50 proc., a w okresie od kwietnia do lipca aż 40 proc. To nie tylko dojmujący przykład strachu pacjentów przed zgłaszaniem się do lekarza, lecz także alarmujący symptom problemów z funkcjonowaniem POZ w czasie epidemii.

W zupełnie innej sytuacji były szpitale kliniczne, które w ostatnich miesiącach miały na swoich oddzia-



łach ogniska zakażeń bądź koncentrują się na działalności stomatologicznej. Niewykonanie ryczałtu w ich przypadku będzie trudne do odrobienia w bieżącym okresie rozliczeniowym.

POZ – pacjentów ogarnia złość

Poważnym problemem, z jakim przyszło się zmierzyć sektorowi szpitalnemu, było wycofanie się dużej części lekarzy POZ ze świadczenia usług w tradycyjnej formie. W naszej opinii doszło do zachwiania równowagi między ciężarem, którym zostały obciążone szpitale kliniczne i szpitale w ogóle, szczególnie wielospecjalistyczne, a ciężarem nałożonym na POZ. Nie można negować szlachetnych postaw lekarzy rodzinnych, którzy często z oddaniem i ofiarnością niosą pomoc chorym w tym trudnym dla wszystkich czasie, jednakże wielu pacjentów zgłaszało sytuacje, często dotkliwe, pomijania lekarzy rodzinnych bądź ograniczenia dostępności POZ.

Powszechna w ostatnich miesiącach jest praktyka zgłaszania się do szpitali pacjentów, którzy w swojej opinii nie mają możliwości skorzystania z wizyty u lekarza rodzinnego. Możemy mnożyć takie przykłady z bieżącej praktyki szpitalnej, których przyczyną było upośledzone funkcjonowanie POZ w ostatnich miesiącach.

Darowanemu...

Faktem jest, że w sytuacji zagrożenia doświadczyliśmy szczególnej mobilizacji społeczeństwa do przekazywania darów na rzecz szpitala. Angażowały się zarówno osoby prywatne, jak i firmy. Ludzie na potęgę szyli maseczki i konstruowali przyłbice. Choć często były to konstrukcje jednorazowego użytku, nieraz zaskakiwała kreatywność darczyńców tworzących m.in. boksy z pleksi do ochrony podczas intubacji pacjenta potencjalnie zakaźnego. Od marca do maja w naszym szpitalu nie było dnia, aby apteka szpitala nie przyjęła kolejnej darowizny. Mimo że placówka nie jest szpitalem jednoimiennym hojność zwykłych obywateli, często byłych bądź obecnych pacjentów szpitala, wielokrotnie chwytała za serce. Z uwagi na możliwość skorzystania z ulgi podatkowej wiele firm zdecydowało się również na przekazanie darowizn rzeczowych na rzecz szpitala. Niestety często niewielkie darowizny powodowały lawinę biurokratycznych obowiązków, co przy ich setkach stało się dużym obciążeniem administracyjnym.

Recepta na sukces?

Trudno mówić o receptie na sukces w zarządzaniu szpitalem w kontekście trwającej jeszcze epidemii, ale wydaje się, że w obecnej sytuacji kluczowe znaczenie mają następujące elementy:

- dobrze przeprowadzony *triage* na wejściu do szpitala;
- stworzenie warunków skutecznej izolacji pacjentów z podejrzeniem zakażenia i zakażonych;

NAJBLIŻSZE MIESIĄCE SĄ

DLA ZARZĄDZAJĄCYCH SZPITALAMI

WIELKĄ NIEWIADOMĄ. MUSIMY BYĆ PRZYGOTOWANI

NA KONTYNUOWANIE ZMAGANIA SIĘ Z PROBLEMAMI,

ALÉ TEŻ NA TO, CO NIESPODZIEWANE

- stworzenie możliwości wykonania szybkiej diagnostyki w szpitalu, aby nie dochodziło do wielodniowego lub wielogodzinnego oczekiwania na wynik;
- opracowanie przejrzystych procedur oraz ich egzekwowanie – w pierwszych tygodniach epidemii było to niezwykle trudne z uwagi na zmieniające się jak w kalejdoskopie wytyczne dotyczące SARS-CoV-2;
- dbałość o ryczałt z uwzględnieniem faktu, że niezależnie od epidemii COVID-19 pacjenci chorują również (częściej) na inne choroby.

Kształcenie w czasach zarazy

W związku z epidemią w szpitalach klinicznych pojawiły się pytania o sposoby kształcenia. Wydaje się, że jesteśmy świadkami przemodelowania dydaktyki w sytuacji, gdy uniwersytety medyczne podejmują decyzje o prowadzeniu wykładów i większości seminariów w sposób zdalny. Powstaje też kwestia wymiaru ćwiczeń. Niewątpliwie daje się odczuć brak tłumów studentów „zadeptujących” szpitale kliniczne. Trzeba jednak zadać pytanie, czy możliwe jest kształcenie w zawodach medycznych bez obcowania z pacjentem. Niewątpliwie istnieje olbrzymie ryzyko uszczerbku dla systemu kształcenia studentów. A przecież jakość kształcenia nie może się obniżyć.

Co dalej?

Najbliższe miesiące są dla zarządzających szpitalami wielką niewiadomą. Musimy być przygotowani na kontynuowanie zmagania się z problemami, ale też na to, co niespodziewane. Pewne jest, że epidemia zmusiła zarządzających do myślenia nieszablonowego oraz reagowania na nieoczekiwane sytuacje. Pozytywną spuścizną po tym trudnym okresie z pewnością będzie lepsze spełnienie wymagań epidemiologicznych oraz zwiększony rygor sanitarny wśród pracowników szpitali. Pozostaną też wydzielone miejsca izolacji, z którymi wcześniej zawsze był kłopot.

Szczepan Cofta, przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych i dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

Agata Michalak, asystentka dyrektora Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

Autorzy działają na rzecz szpitali klinicznych w ramach Stowarzyszenia Polska Unia Szpitali Klinicznych zrzeszającego 38 szpitali klinicznych w Polsce.