



IV KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ

W debacie uczestniczyli:

- Jacek Bilski, pełnomocnik zarządu Supra Brokers
 - dr hab. n. med. Szczepan Cofta, dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych
 - gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie
 - Marcin Jędrzychowski, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
 - Jakub Kraszewski, dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku
 - Jarosław Kończyło, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu
 - Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych
- Dyskusję moderował dr n. med. Jarosław J. Fedorowski, prof. nadzw. MD, PhD, MBA, FACP, FESC, prezes Polskiej Federacji Szpitali.

Zarządzanie szpitalem w czasie COVID-19



Fot. Marek Miśkiewicz

Przystosowanie szpitali do funkcjonowania w warunkach pandemii jest olbrzymim wyzwaniem logistycznym i organizacyjnym. Podczas IV Kongresu Wizja Zdrowia paneliści omówili strategię radzenia sobie z tą nową sytuacją.

Dyrekcja poszczególnych placówek stanęła przed zadaniem opracowania procedur postępowania na podstawie zaleceń konsultantów wojewódzkich i krajowych. Każdy szpital wdraża własne ścieżki postępowania w zależności od profilu ośrodka, uwarunkowań infrastrukturalnych, możliwości kadrowych, możliwości testowania w kierunku SARS-CoV-2 itp.

– *Posiłkujemy się doświadczeniami, które mogliśmy obserwować we Włoszech, gdzie fundamentem była zasada wstępnej identyfikacji pacjentów pod kątem COVID-19, zanim trafią do szpitala. Na początku pandemii postawiliśmy namioty, a dzisiaj zmodyfikowaliśmy ten system i oddziały*

buforowe zostały zorganizowane w specjalnie przygotowanych kontenerach – mówił gen. dyw. prof. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.

Jednym z największych wyzwań dla placówek ochrony zdrowia w czasie pandemii jest zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego. Doktor hab. Szczepan Cofta, dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, zwracał uwagę na trzy podstawowe elementy, które pomagają zachować reżim sanitarny: możliwie najbardziej szczelny triaż, sprawna diagnostyka oraz dostosowanie



XIV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

działań do zmieniającej się w szybkim tempie sytuacji epidemiologicznej i włączenie w nie wszystkich pracowników.

– *Wprowadzając wiele zasad związanych z bezpieczeństwem epidemiologicznym, udało nam się przywrócić pracę szpitala po lockdownie, przyjmować pacjentów i przeprowadzać planowe zabiegi. Mimo to trudno całkowicie uniknąć zakażeń w szpitalu, chociaż długo nam się to udawało* – mówił dr hab. Szczepan Cofta.

Testuj, testuj, testuj

Ekspert przyznał też, że kluczowym elementem zabezpieczenia epidemiologicznego jest testowanie w kierunku koronawirusa wszystkich pacjentów przyjmowanych do szpitala. Większość placówek przed pandemią nie miała do tego warunków. Przykładem jest SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu, gdzie na bazie szpitala jednoimiennego udało się stworzyć pracownię biologii molekularnej, w której przeprowadza się analizy genetyczne materiału biologicznego. Szpital kupił urządzenia do klasycznych metod testowych oraz analizator do szybkich testów. Oba wykorzystują metodę RT-PCR. Jednocześnie zatrudniono genetyka i przeszkolono zespół diagnostów uczestniczących w tym procesie. SPZOZ pracuje nad rozbudową pracowni, co pozwoli na podwojenie liczby wykonywanych testów. Natomiast UCK w Gdańsku rozbudowało istniejące laboratorium. Na początku epidemii wykonywało ono 70 badań w kierunku koronawirusa na dobę, dzisiaj możliwości sięgają 1200 badań.

– *Dzięki temu, że mamy własne laboratorium wirusologiczne, szybko mogliśmy wprowadzić testy na SARS-CoV-2 zgodnie z zaleceniem WHO: testuj, testuj, testuj. Dzisiaj nie widzę możliwości odejścia od tej zasady. Codziennie wyłapujemy ok. 8–10 osób z COVID-19, które zgłaszają się do nas z innymi problemami zdrowotnymi. Gdyby trafili na oddział, spowodowałoby to katastrofę. Pacjentów z COVID-19 zabezpieczamy, odraczamy planowaną procedurę do czasu zakończenia kwarantanny, a jeśli są wskazania, to przekazujemy do szpitali przeznaczonych do leczenia COVID-19* – mówił Jakub Kraszewski.

Istotnym elementem działania wszystkich szpitali w czasie pandemii jest też ochrona kadr medycznych przed zakażeniem. Poza testowaniem placówki wprowadzają m.in. kohortowanie personelu. Dzięki temu, kiedy pojawia się ognisko zakażenia i część pracowników kierowana jest na kwarantannę, pozostali nie są wyłączeni z pracy. Ekspert podkreślał, że szpitale są relatywnie bezpiecznymi miejscami pod względem epidemiologicznym, a personel najczęściej wykrusza się ze względu na zakażenia pozaszpitalne, np. kwarantannę spowodowaną ogniskiem zakażenia w szkole czy przedszkolu.

– *Od początku zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że ochrona personelu lekarskiego, to warunek prawidłowego funkcjonowania szpitala. Zabiegaliśmy o to od pierwszego dnia prze-*

Jacek Bilski

pełnomocnik zarządu Supra Brokers,
o zarządzaniu ryzykiem w czasie COVID-19



Fot. Marek Misłurewicz

Od początku pandemii na bieżąco analizujemy sytuację ubezpieczeniową szpitali i w razie potrzeby nasi eksperci sugerują np. konieczność zmiany zakresu ubezpieczenia, by odpowiadało ono aktualnym potrzebom. Zwracamy szczególną uwagę na kwestię izola-

toriów w szpitalach. Pandemia zmieniła też potrzeby ubezpieczeń dobrowolnych i obowiązkowych w świetle roszczeń pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. W czasie pandemii rośnie np. ryzyko zakażeń w miejscu pracy personelu placówek ochrony zdrowia, co może generować roszczenia wobec szpitali, czyli pracodawców. Dokonałiśmy analizy i okazało się, że COVID-19 jako choroba zawodowa – zgodnie z informacją Ministerstwa Zdrowia – może być traktowana w kategoriach wyłączeń odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń. Nasza spółka szybko dostosowała się do nowej sytuacji, przechodząc na tryb *online*. Supra Brokers zgodnie z zaleceniami Urzędu Zamówień Publicznych uruchomiła m.in. procedurę „bezpiecznego przetargu”, dzięki czemu większość formalności można załatwić wyłącznie drogą elektroniczną. W równie bezpieczny sposób są realizowane zadania w zakresie likwidacji szkód. W trybie *online* organizujemy też szkolenia dla personelu medycznego. Poruszamy w nich aktualne kwestie związane z pandemią, jej wpływem na działalność szpitali, personel i aspekty prawne.

kształcenia naszego podmiotu w jednoimiennej. Modyfikowaliśmy szpital etapami. Najpierw wyłączyliśmy skrzydło, w którym funkcjonowały m.in. oddziały wewnętrzny, intensywnej terapii, neurologiczny z pododdziałem udarowym. Kolejne skrzydła były wprowadzane do walki z COVID-19 w późniejszym czasie. Ważnym elementem dokonywanych zmian była komunikacja całego zespołu. Przekazywaliśmy wiedzę na temat decyzji wojewody, tworzonych procedur czy reżimu epidemiologicznego – relacjonował Jarosław Kończyło, dyrektor SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu.

Szpitale na bezdechu

W kolejnych regionach Polski brakuje łóżek dla pacjentów zakażonych koronawirusem, ale też z innymi chorobami. W szczytowym momencie w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie przebywało 450 pacjentów z COVID-19. W województwie małopolskim jako jednym z pierwszych w kraju już w lipcu odnotowano wzrost zakażeń. Dziś w całej Polsce z dnia na dzień padają kolejne rekordy zakażeń SARS-CoV-2.

– *Kiedy zaczynała się pandemia, wydawało nam się, że najgorsze, co może się wydarzyć, to duży wzrost zakażeń*



IV KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ



Fot. Marek Misiurewicz

w domach pomocy społecznej. Tymczasem dość sprawnie naczuliśmy się sobie z tym radzić. Nawiązaliśmy współpracę z ośrodkami, wysyłaliśmy tam naszych lekarzy, którzy racjonalnie oceniali stan pacjentów i pomagali w organizowaniu izolatoriów dla tych, którzy nie potrzebowali hospitalizacji. Natomiast to, co zaczęło się dziać od połowy lipca, czyli wzrost zakażeń i druga fala epidemii, przerasta nasze możliwości zarówno infrastrukturalne, jak i kadrowe – stwierdził Marcin Jędrychowski, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

O braku łóżek mówił też Jakub Kraszewski. UCK w Gdańsku boryka się z problemem kilkudziesięciu pacjentów dziennie, którzy powinni być przekierowani do innych placówek. – 7 października zaczęliśmy z 50 pacjentami covidowymi w buforze oraz chorymi internistycznie, których nikt nie chce od nas przejąć – przedstawił sytuację Jakub Kraszewski.

Jednym z rozwiązań tego problemu ma być stworzenie ośrodków koordynacji ruchu pacjentów covidowych. Do tych placówek należą m.in. szpital w Kędzierzynie-Koźlu oraz Szpital Uniwersytecki w Krakowie. To tutaj będą podejmowane decyzje dotyczące ścieżki terapeutycznej pacjenta z infekcją koronawirusem. Dyrektorzy szpitali zwracali jednak uwagę, że zbyt duża część odpowiedzialności za diagnozę i terapię chorych z COVID-19 spada na szpitale. Marcin Jędrychowski wskazywał, że to kolejne zadanie, które ma podjąć krakowski szpital.

– W rozmowie z prezesem NFZ zwróciłem uwagę, by zamiast dodawać kolejne zadania i tak już bardzo obciążonym szpitalom usprawnić działanie istniejących sztabów kryzysowych – mówił Marcin Jędrychowski.

W wielu szpitalach, szczególnie przeznaczonych do leczenia pacjentów z COVID-19, brakuje nie tylko łóżek, lecz także rąk do pracy. W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie pacjentami covidowymi zajmują się nie tylko lekarze zakaźnicy, pulmonolodzy i interniści – kiedy liczba chorych dochodziła do 400, do ich leczenia zostali włączeni ortopedzi, chirurdzy, neurologi.

– Zwracałem się do ministra zdrowia z postulatem o zmianę prawa w zakresie odpowiedzialności zawodowej

lekarzy, którzy zajmują się pacjentami z COVID-19 – stwierdził Marcin Jędrychowski.

Część placówek ochrony zdrowia, szczególnie na poziomie POZ i AOS, nie przywróciła w pełni działalności po pierwszej fali epidemii. To powoduje, że pacjenci, którzy nie mogą otrzymać pomocy na tym poziomie, zgłaszają się na SOR-y, które przeżywają obciążenie. Ministerstwo Zdrowia oraz NFZ próbują część obowiązków związanych z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów z podejrzeniem infekcji koronawirusem sędziować na lekarzy POZ.

– Włączenie lekarzy rodzinnych w diagnostykę było dobrą decyzją i olbrzymim zaniechaniem początku pandemii. Apeluję, żeby szpitale wielospecjalistycznych, które nie pełnią funkcji jednoimiennych, nie obciążać zadaniami związanymi z COVID-19. Naszym obowiązkiem jest przede wszystkim pomóc pacjentom, dla których przeznaczone są nasze placówki, czyli z chorobami onkologicznymi, hematologicznymi, kardiologicznymi czy osobom wymagającym transplantacji. Mamy pandemię, ale nie możemy pozwolić im zginąć – apelował Jakub Kraszewski.

Lawina wyzwań

Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych (OSSP), zwracał uwagę, że paneliści reprezentują szpitale, które stosunkowo dobrze radzą sobie z pandemią. Wiele placówek w Polsce z różnych powodów jest w znacznie trudniejszej sytuacji pod względem organizacyjnym i medycznym. OSSP wydało poradnik „Dobre praktyki w okresie COVID-19”, który zawiera wskazówki, jak przygotować ośrodki na czas pandemii SARS-CoV-2, ale również innych epidemii, które mogą pojawić się w przyszłości.

– Znam szpitale, w których nie wydzielono odpowiednich sektorów dla pacjentów z COVID-19, nie ma odrębnych wind. Wszyscy się mieszają, personel ma wspólną szatnię. Trudno się dziwić, że pacjenci boją się trafić do takich placówek. Czas się im przyjrzeć – ostrzegał Andrzej Sokołowski.

Nawet szpitale, które relatywnie dobrze poradziły sobie z przystosowaniem do pracy podczas pandemii, stoją przed kolejnymi wyzwaniami związanymi z rekordowym wzrostem zakażeń. Dotychczasowe działania okazują się niewystarczające.

– W związku z dużą liczbą nowych zakażeń pojawia się pytanie, czy powrócić do rotacyjnej pracy szpitala, która obowiązywała w marcu i kwietniu. To pozwala zapobiec wyłączeniu z pracy całego personelu oddziału w razie zakażenia. Kolejna wątpliwość dotyczy tego, jak intensywnie badać personel oraz pacjentów. I w końcu – jak podejmować decyzje, biorąc pod uwagę wyłącznie czynniki merytoryczne, wyłączając emocje i panikę – zastanawiał się dr hab. Szczepan Cofta.

Monika Stelmach