



RAPORT Z BADAŃ

Wybrane aspekty zarządzania epidemią SARS-CoV-2 w percepcji pracowników sektora ochrony zdrowia

Najważniejsze wnioski (synteza)

- 1) Ponad 80 proc. ankietowanych pracowników ochrony zdrowia uważa, że w dobie epidemii **poziom zaopatrzenia placówek medycznych w środki ochrony osobistej jest niewystarczający**.
- 2) Wobec niezapewnienia przez administrację publiczną środków ochrony osobistej w placówkach medycznych, ich pracownicy w inny sposób próbują pozyskiwać te środki. 66 proc. badanych **kupuje je samodzielnie**, 44 proc. **otrzymuje od darczyńców**, 34 proc. **dostaje od zwierzchników**, a 11 proc. pozyskuje z innych źródeł.
- 3) 65 proc. respondentów wskazuje, że **zdarza im się pracować bez pełnego zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej**, jak maseczki, kombinezony czy rękawiczki jednorazowe – i to nawet w placówkach, gdzie występuje COVID-19. Zdaniem ankietowanych zagraża to ich życiu i zdrowiu, jak również naraża zdrowie pacjentów. Brak środków ochrony indywidualnej badani uznają za **jedną z najistotniejszych przyczyn rozprzestrzeniania się epidemii i poważne zaniedbanie władz publicznych**.



- 4) Jedna trzecia badanych pracowników sektora ochrony zdrowia **nie zna procedur antycovidowych**, określających zasady postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie SARS-CoV-2. Chodzi tu np. o procedurę określającą, dokąd skierować pacjenta w celu wykonania diagnostyki, jakie kolejno kroki powinien podjąć pacjent podejrzewający u siebie zakażenie itp.
- 5) 69 proc. respondentów uznaje, że **powyższe procedury nie funkcjonują w praktyce w sposób prawidłowy i efektywny**, a przeciwnego zdania jest zaledwie 14 proc. badanych. W ocenie badanych nieefektywność procedur powoduje, że zarządzanie epidemią jawi się jako chaotyczne, bezplanowe, przypadkowe oraz odbywa się z naruszeniem interesów i praw pacjentów.
- 6) Badani **jeszcze bardziej krytycznie oceniają działanie procedur określających zasady postępowania z pacjentami, u których potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2**. 78 proc. ankietowanych uznaje, że procedury te nie funkcjonują w sposób prawidłowy i efektywny, a tylko 8 proc. respondentów przyznaje im ocenę pozytywną. Z wywiadów przeprowadzonych w toku badania wynika, iż nieefektywność tych procedur (np. błędy w zasadach izolacji chorych) może stanowić poważne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów.
- 7) Jedną z przyczyn, dla których wskazane powyżej procedury nie funkcjonują właściwie w praktyce, jest **niska jakość komunikacji pomiędzy administracją publiczną a sektorem ochrony zdrowia**.
- 8) Aż 72 proc. badanych oświadcza, że **nigdy nie otrzymało informacji o organizowaniu przez instytucje administracji publicznej szkoleń, seminariów lub innego rodzaju spotkań informacyjnych** (także w formie zdalnej, np. webinarium), których celem byłoby zapoznanie pracowników ochrony zdrowia z obowiązującymi w Polsce procedurami



określającymi zasady postępowania z pacjentami podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2?

- 9) 68 proc. respondentów **nigdy nie uczestniczyło w takich szkoleniach**. Udział w szkoleniach potwierdziło zaledwie 32 proc. ankietowanych, z czego tylko 11 proc. uczestniczyło w nich więcej niż jeden raz.
- 10) Ponad **85 proc. badanych uznaje za konieczne przeprowadzanie profilaktycznych testów na koronawirusa wśród personelu medycznego**. Brak takich testów badani uznają za naruszenie ich praw pracowniczych i przepisów BHP.

RAPORT PEŁNY

Wprowadzenie

11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła, że koronawirus SARS-CoV-2 i wywoływana przez niego choroba zakaźna mają charakter pandemii, a zatem epidemii, która „rozprzestrzeniła się na kilka krajów lub kontynentów i ma wpływ na dużą liczbę ludzi” (definicja Centers for Disease Control and Prevention - CDC). 20 marca 2020 r. na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 491 z późn. zm.) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej wprowadzono stan epidemii. Ogłoszenie tego stanu poprzedzone było wydaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na terytorium Polski stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433).

Zaistnienie i rozwój epidemii COVID-19 można interpretować w kategoriach **sytuacji kryzysowej**. Kryzys to stan następujący w wyniku załamania się stabilnego dotąd procesu rozwoju, grożący utratą inicjatywy i koniecznością godzenia się na przyjmowanie niekorzystnych warunków, wymagający podjęcia zdecydowanych kroków zaradczychⁱⁱ. Opanowanie sytuacji kryzysowej wiąże się z koniecznością uruchomienia działań z zakresu **zarządzania sytuacją kryzysową** (Crisis Management, CM), które obejmują zarówno czynności mające na celu wyjście z sytuacji kryzysowej (zażegnanie tej sytuacji po jej wystąpieniu), jak i przygotowanie się na ewentualność zaistnienia kryzysu, w celu jego skuteczniejszego, bardziej efektywnego i szybszego pokonania.

Badanie pt. „Wybrane aspekty zarządzania epidemią SARS-CoV-2 w percepcji pracowników sektora ochrony zdrowia” zrealizowane zostało przez Instytut Nauk o Zarządzaniu i Jakości Wyższej Szkoły Humanitas, pod kierunkiem prof. ucz. dr. hab. Michała Kaczmarczyka. **Celem badania było poznanie opinii lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek, elektroradiologów i menedżerów ochrony zdrowia na temat wybranych elementów procesu zarządzania sytuacją kryzysową związaną z epidemią SARS-CoV-2**, w tym efektywności polityki informacyjnej administracji publicznej w zakresie upowszechnia procedur postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie SARS-CoV-2, jak również jakości samych procedur. Badanie służyło również poznaniu opinii pracowników ochrony zdrowia na temat stanu zabezpieczenia personelu medycznego przed ryzykiem zakażenia SARS-CoV-2.

Badanie przeprowadzono w okresie **od 20 kwietnia do 20 maja 2020 roku z wykorzystaniem metody ankietowej bezosobowej (ankieta on-line, ankieta pocztowa) oraz metody wywiadu pogłębianego**. Badanie miało charakter ogólnopolski. Wzięli w nim udział lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, elektroradiolodzy i menedżerowie ochrony zdrowia. Uzyskano zwrot 467 ankiet. Przeprowadzono ponadto 11 wywiadów pogłębianych.

Autorzy badania uznali, że z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim najistotniejszą grupą docelową działań menedżerskich w ramach procesów zarządzania sytuacją kryzysową wywołaną epidemią jest grupa pracowników i menedżerów sektora ochrony zdrowia. Wynika to z następujących przyczyn:

- pracownicy sektora ochrony zdrowia posiadają wiedzę, umiejętności i kompetencje niezbędne do przeciwdziałania i zwalczania skutków kryzysu, zarówno w aspekcie klinicznym, jak i epidemiologicznym,



- pracownicy sektora ochrony zdrowia uczestniczą w większości procesów i działań, które następują w fazie reagowania na kryzys (trzecia, najistotniejsza faza zarządzania sytuacją kryzysową). Jakość i efektywność tych działań wpływa w stopniu zasadniczym na efektywność zarządzania kryzysowego *sensu largo*,
- pracownicy sektora ochrony zdrowia oraz pacjenci to grupy silnie narażone na ryzyko zakażenia SARS-CoV-2. Prawie 1/3 przypadków zakażenia w Polsce stanowią zachorowania poprzez kontakt w szpitalu lub przychodni (30 proc.). Dotyczy to zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego placówek ochrony zdrowiaⁱⁱⁱ,
- spostrzeżenia, rekomendacje i zalecenia eksperckie pracowników sektora ochrony zdrowia mogą stanowić istotne źródło wiedzy pozwalającej na skorygowanie, usprawnienie i doskonalenie działań podejmowanych w procesie zarządzania kryzysowego związanego ze zwalczaniem epidemii.

Z powyższych powodów to właśnie grupa pracowników i menedżerów sektora ochrony zdrowia została wybrana jako grupa badawcza w niniejszym projekcie naukowym. W naszej ocenie wyniki badania **mogą mieć charakter aplikacyjny i przyczynić się do podniesienia skuteczności i efektywności działań administracji publicznej w dziedzinie zarządzania sytuacją kryzysową** – aktualną, ale także potencjalnymi, przyszłymi kryzysami o podobnym charakterze.

Wyniki badania

Procedury antycovidowe i ich funkcjonowanie w praktyce

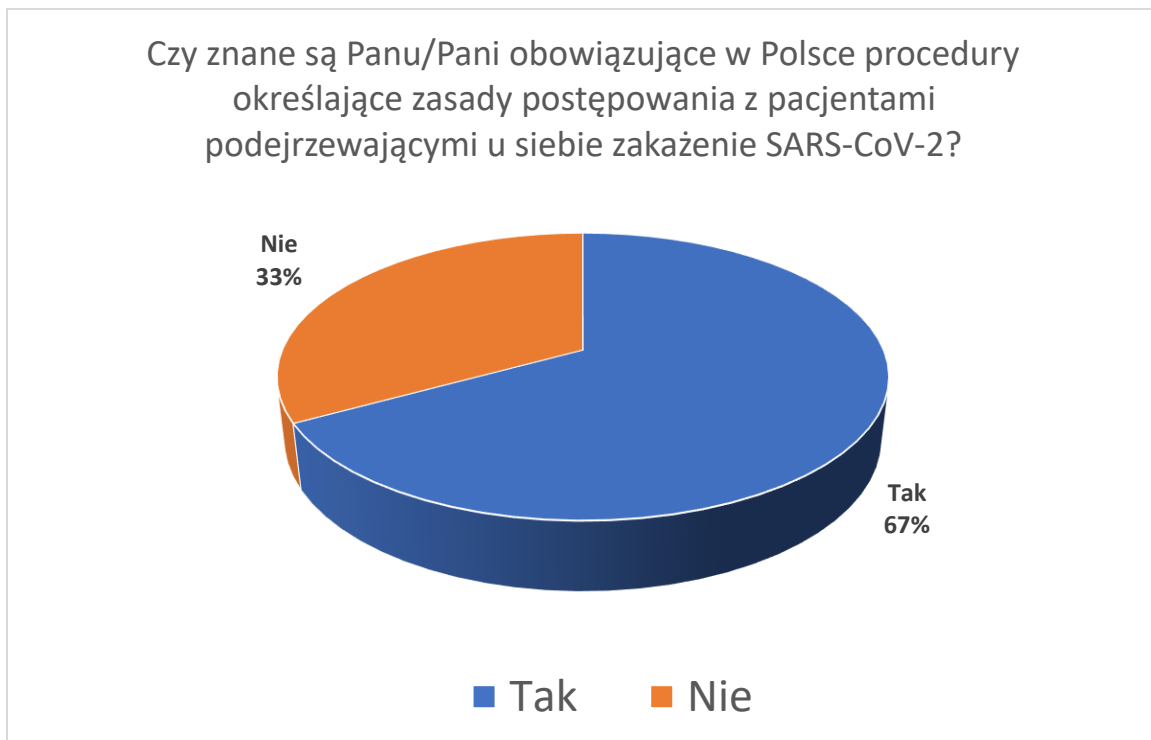
Jednym z najważniejszych zadań w zarządzaniu sytuacją kryzysową jest **opracowanie procedur i instrukcji postępowania**, które pozwolą podejmować skuteczne działania w celu opanowania i zażegnania kryzysu. W przypadku wystąpienia epidemii (ale także innego rodzaju zagrożeń dla zdrowia ludzi) niezbędna jest szybka i skuteczna pomoc pacjentom. Poza tymi działaniami administracja publiczna i system ochrony zdrowia muszą także minimalizować skutki epidemii oraz przeciwdziałać dalszemu rozwojowi związanych z nią zagrożeń. Realizacja zadań wyspecjalizowanych podmiotów nie jest możliwa bez opracowania **spójnych, kompletnych (całościowych), precyzyjnych procedur i wytycznych określających zasady postępowania służb medycznych wobec zdarzeń związanych z epidemią. Zadanie to stanowi filar profesjonalnego zarządzania kryzysowego i warunek *sine qua non* jego skuteczności i efektywności.** W tym kontekście szczególnie istotne wydaje się:

- 1) opracowanie procedur i wytycznych dotyczących postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie koronawirusem – procedury te powinny w sposób spójny, jasny, zrozumiały i czytelny dla adresatów zapewniać możliwość udzielenia pacjentom informacji o źródłach i objawach zakażenia oraz sposobach postępowania w sytuacji podejrzenia zakażenia. W szczególności procedury te powinny umożliwić pacjentowi uzyskanie rzetelnej wiedzy, w jakich sytuacjach wykonać test na obecność koronawirusa (a w jakich nie jest to zasadne), gdzie taki test wykonać, w jakim trybie wystąpić o przeprowadzenie testu, jakie procedury bezpieczeństwa wdrożyć w przypadku podejrzenia u siebie zakażenia, gdzie i w jakim trybie szukać pomocy medycznej w przypadku podejrzenia u siebie lub osoby bliskiej zakażenia SARS-CoV-2 etc.;



- 2) opracowanie procedur i wytycznych dotyczących postępowania z pacjentami, u których potwierdzone zostało zakażenie koronawirusem – procedury te powinny w sposób spójny, jasny, zrozumiały i czytelny dla adresata określać zasady diagnozowania i leczenia (jeśli to konieczne) pacjentów z rozpoznanym zakażeniem i /lub objawami choroby, określać kryteria wdrożenia i utrzymywania izolacji chorych, zasady tej izolacji, sposoby i tryb weryfikacji zachowań pacjentów objętych izolacją w warunkach domowych etc. W szczególności procedury te powinny umożliwiać pracownikom sanepidów, dyspozytorom służb ratunkowych, lekarzom, ratownikom medycznym i innym pracownikom ochrony zdrowia odpowiednie zabezpieczenie medyczne pacjentów z rozpoznanym zakażeniem, skierowanie ich na leczenie lub diagnostykę do właściwej placówki, zapewnienie warunków dla ochrony bezpieczeństwa zdrowotnego rodzin pacjentów i innych osób, z którymi pacjenci „pozytywni” mogliby mieć kontakt etc.
- 3) wprowadzenie skutecznej komunikacji umożliwiającej zapoznanie z powyższymi procedurami pracowników ochrony zdrowia i innych instytucji wykonujących zadania z zakresu zdrowia publicznego. Rozwiązania komunikacyjne i edukacyjne powinny spowodować, aby przepływ informacji pomiędzy „autorami” procedur a ich wykonawcami był efektywny i skuteczny, a pracownicy sektora ochrony zdrowia posiadali wszelkie informacje i wiedzę niezbędne do właściwego wykonywania swoich zadań objętych ww. procedurami. Bez skutecznej komunikacji i znajomości procedur nawet najlepiej opracowane instrukcje i wytyczne nie będą dobrze funkcjonowały w praktyce.

Z przeprowadzonego przez nas badania wynika, że **67 proc. ankietowanych pracowników sektora ochrony zdrowia zna obowiązujące w Polsce procedury określające zasady postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie SARS-CoV-2. Nieznajomość tych procedur deklarowało 33 proc. badanych (wykres nr 1).** Chodzi tu np. o procedurę określającą, dokąd skierować pacjenta w celu wykonania diagnostyki, jakie kolejno kroki powinien podjąć pacjent podejrzewający u siebie zakażenie itp.



Wykres nr 1

Większość ankietowanych ocenia, że obowiązujące w Polsce procedury określające zasady postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie SARS-CoV-2 zostały opracowane w sposób spójny. **Odpowiedzi takiej udzieliło łącznie 53 proc. badanych, przeciwnego zdania jest 35 proc. respondentów (wykres nr 2).**



Wykres nr 2

Jeszcze bardziej pozytywnie ankietowani ocenili **czytelność opracowanych procedur**. **76 proc. respondentów uznało, że procedury określające zasady postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie SARS-CoV-2 zostały opracowane w sposób czytelny dla adresatów (wykres nr 3).** Odmiennej opinii było 11 proc. ankietowanych.



Wykres nr 3

W ocenie badanych organy odpowiedzialne za przygotowanie instrukcji postępowania dla lekarzy, ratowników medycznych i innych pracowników ochrony zdrowia (np. Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny) sprostały temu zadaniu pod względem merytorycznym. Potwierdzają to opinie wyrażone przez uczestników wywiadów pogłębionych:



Wytyczne postępowania z pacjentami są całościowe, uwzględniają zarówno kryteria kliniczne, jak i kryteria epidemiologiczne. Opisane są zrozumiałym językiem, nie tylko dla lekarzy zakaźników. [...] Algorytm kwalifikacji osób do postępowania epidemiologicznego i medycznego został rozrysowany za pomocą diagramu, co ułatwia zapoznanie się z całą procedurą. Ktoś tutaj pomyślał i zrobił dobrą robotę, która ułatwiła nam pracę. [lekarz, pracownik szpitala, 25 lat w zawodzie]

Zdarzało się w przeszłości, że tego rodzaju procedury były spisywane językiem urzędniczym albo specjalistycznym, kompletnie niezrozumiałym dla młodych lekarzy czy pielęgniarek na początku drogi zawodowej. Tym razem jest inaczej. Nie dostaliśmy bełkotu, ale logiczną, czytelną instrukcję, w której znalazło się to, co najważniejsze [lekarz POZ, 30 lat w zawodzie]

Procedura generalnie jest czytelna, jasna. Może zbyt lapidarna, ale dzięki temu można szybko się zorientować co do istoty postępowania z pacjentem. Przydałoby się tylko więcej konkretów, np. co do listy szpitali, gdzie wykonuje się testy. Z tym był pewien problem, zwłaszcza na początku. Trzeba było szukać. Jakość wytycznych GIS w skali od 1 do 5 oceniam na 4 [lekarz POZ, 11 lat w zawodzie]

Zdecydowanie bardziej krytyczne były one respondentów na temat tego, jak procedury postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie koronawirusa funkcjonują w praktyce. O ile bowiem same procedury zostały ocenione wysoko, o tyle ich wdrożenie i stosowanie badani postrzegają zdecydowanie negatywnie. **69 proc. respondentów uznaje, że procedury te nie funkcjonują w praktyce w sposób prawidłowy i efektywny, a przeciwnego zdania jest zaledwie 14 proc. badanych (wykres nr 4).**



Wykres nr 4

Uczestnicy wywiadu pogłębionego formułowali m.in. następujące oceny na temat funkcjonowania w praktyce procedur określających zasady postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie SARS-CoV-2:

Na początku epidemii mieliśmy do czynienia z totalnym chaosem. Pacjenta, który wrócił z Włoch i miał wszelkie objawy zakażenia, zgodnie z wytycznymi kierowałem do sanepidu, a tam odbijał się od drzwi. W sanepidach nikt nie widział co robić, jakie procedury wdrożyć. Wiem od pacjentów, że kierowano ich na diagnostykę na oddziały szpitalne, które... nie przyjmowały pacjentów z uwagi na kwarantannę. [lekarz POZ, 30 lat w zawodzie]

Pacjenci wielokrotnie opowiadali mi o testach, których nie można się doczekać tygodniami i o kwarantannach, które się nie zaczęły albo nie mogą się zakończyć, choć dawno powinny [...] Na początku epidemii skandalem było „puszczenie na żywioł” wszystkich wracających z zagranicy, którzy mieli trafić na kwarantannę. Podróżni wracający z Anglii czy Hiszpanii, z objawami zakażenia, jechali przez całą Polskę z lotnisk do swoich domów, zarażając po drodze dziesiątki współpasażerów, przypadkowych ludzi. To było igranie z życiem pacjentów. [...] Lekarze, ale i pacjenci, działający w zgodzie z wytycznymi GIS, godzinami nie mogli dodzwonić się do sanepidu, a gdy się to udało, i tak byli odprawiani z kwitkiem, albo podawano im sprzeczne informacje. Miałem wrażenie, że żyjemy w państwie teoretycznym. [lekarz, pracownik szpitala, 15 lat w zawodzie]

W marcu Ministerstwo Zdrowia zalecało pacjentom, którzy podróżowali do Chin i zauważyli u siebie objawy koronawirusa, by nie przychodzili do przychodni ani na SOR. Nakazano im, aby udali się bezpośrednio na oddział zakaźny. W teorii rzeczywiście można było dzięki temu zminimalizować ryzyko zainfekowania kolejnych osób. Ministerstwo opublikowało nawet listę oddziałów zakaźnych w całej Polsce, na których pacjenci mieli otrzymać pomoc. Co z tego, skoro na większość z tych oddziałów nie można się było dostać, a jeśli już pacjent sforsował drzwi, to i tak najczęściej dowiadywał się, że brak jest możliwości wykonania testu. Wiem co najmniej o kilku

przypadkach pacjentów, którzy pojechali na oddział zakaźny z objawami klinicznymi COVID-19 i niczego nie załatwili. Pikanterii całej sprawie dodaje fakt, że w drodze do szpitala przemieszczali się komunikacją miejską, bo nikt ich nie poinformował, że to zły pomysł, mimo że wcześniej telefonowali do sanepidu po wytyczne. [lekarz POZ, 11 lat w zawodzie]

W zrealizowanym przez nas badaniu zapytaliśmy **nie tylko o procedury obowiązujące wobec osób podejrzewających u siebie SARS-CoV-2, ale także wobec pacjentów, u których potwierdzono zakażenie**. 54 proc. badanych ocenia, że procedury te są spójne, przeciwną ocenę wyraża 22 proc. respondentów (wykres nr 5).



Wykres nr 5

W ocenie 70 proc. respondentów obowiązujące w Polsce procedury określające zasady postępowania z pacjentami, u których potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 zostały opracowane w sposób czytelny dla adresata, a 20 proc. jest przeciwnego zdania (wykres nr 6).



Wykres nr 6

Podobnie jak w przypadku **oceny procedur postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zarażenie**, tak i tym razem opinie respondentów **na temat treści samych procedur są zdecydowanie bardziej pozytywne niż ocena funkcjonowania procedur w praktyce**. 78 proc. badanych uznaje, że procedury określające zasady postępowania z pacjentami, u których potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2, **nie funkcjonują w praktyce w sposób prawidłowy i**

efektywny, a tylko 8 proc. respondentów przyznaje im ocenę pozytywną (wykres nr 7).



Wykres nr 7

W ocenie uczestników badania metodą wywiadu pogłębionego niewłaściwe funkcjonowanie procedur postępowania z pacjentami „pozytywnymi” stanowi jeden z największych problemów zarządzania kryzysowego w dobie epidemii oraz jest realnym zagrożeniem dla życia i zdrowia zarówno samych pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia:



Procedury w praktyce działają fatalnie, wszędzie jest bałagan. Jeden z pacjentów, który jest górnikiem, w ostatnich dniach wykonał tysiące prób dodzwonienia się do sanepidu, bez efektu. Ma wynik dodatni, ale nie nałożono na niego kwarantanny. Nie zrobiono też testów jego bliskim. Nie da się tego skutecznie wyegzekwować [ratownik medyczny, 6 lat w zawodzie]

Ludzie z pozytywnym wynikiem czekają na powtórne testy tygodniami. Albo zdarza się, że sanepid wykonuje badania tylko im, a ich rodzinom już nie. [lekarz POZ, 33 lat w zawodzie]

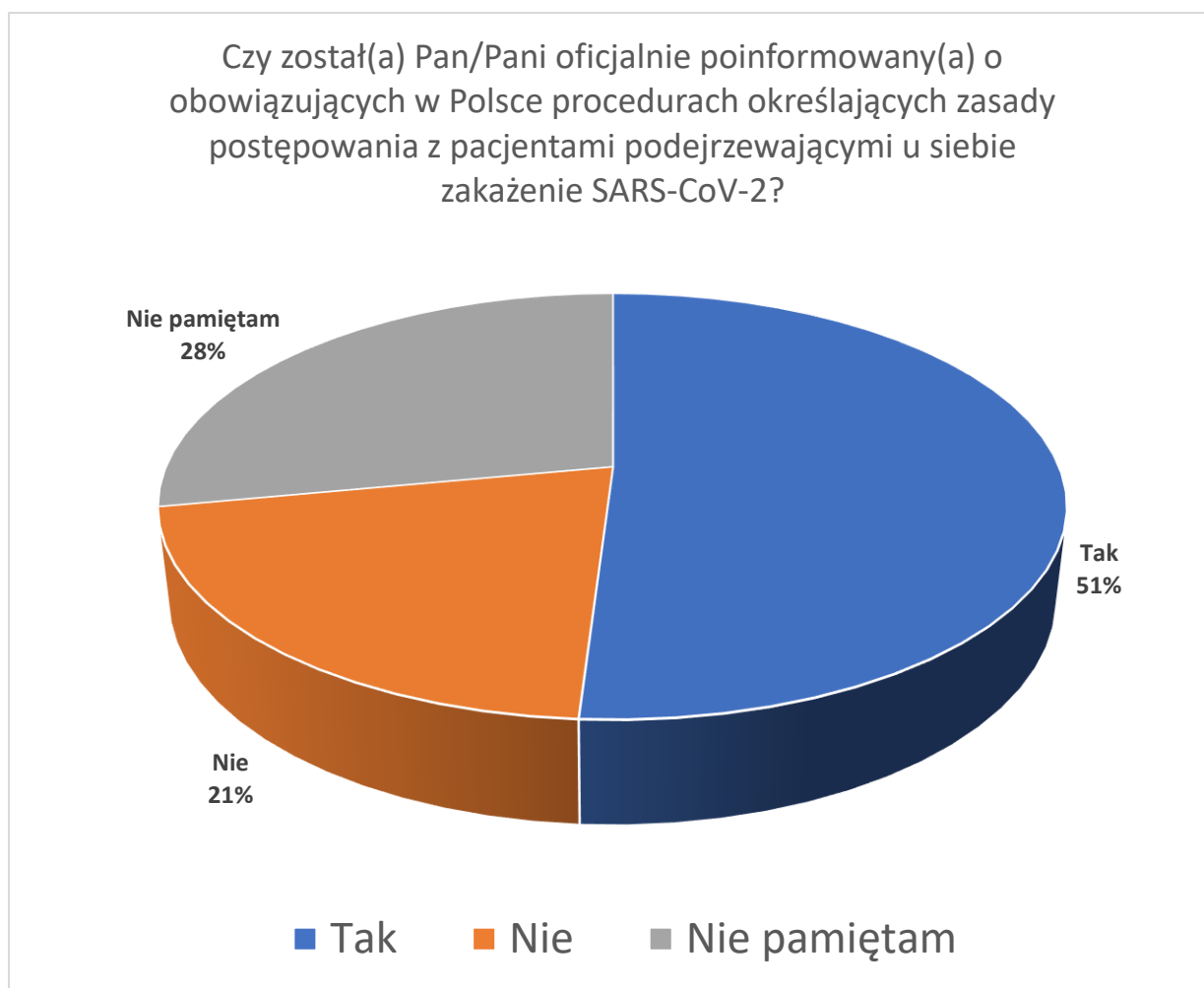
Na oddziałach szpitalnych notorycznie mylona jest izolacja z kohortacją [...] Sanepid nie radzi sobie z organizowaniem systemu kwarantanny. Na Śląsku część pacjentów sama wysyła się na kwarantannę i nikt tego nie kontroluje. W ostatnim czasie sprawą zainteresował się nawet Rzecznik Praw Obywatelskich. Wiem, że do biura RPO spływa mnóstwo skarg w tej sprawie. Wynika z nich, że ludzie chorzy nie mogą doczekać się wdrożenia procedur sanitarnych, a ludzie zdrowi bywają wpisywani na listę objętych kwarantanną [elektrodiagnosta, 15 lat w zawodzie]

Ja znam obowiązujące procedury, ale wielu moich kolegów nie. W konsekwencji popełniają błędy, albo udzielają pacjentom sprzecznych informacji. Chaos informacyjny jest ogromny. W przychodni pacjent „dodatni” albo jego rodzina słyszy co innego, w szpitalu co innego, w sanepidzie czeka na nich jeszcze trzecia wersja. Dotyczy to np. zaleceń co do okresu, po którym należy wykonać powtórny test na koronawirusa. Pacjenci są wprowadzani w błąd. [lekarz, pracownik szpitala, 11 lat w zawodzie]

Jedną z przyczyn, dla których wskazane powyżej procedury nie funkcjonują właściwie w praktyce, mogą być błędy w zakresie komunikacji pomiędzy administracją publiczną a sektorem ochrony zdrowia. Weryfikacja wielu informacji niezbędnych do prowadzenia sprawnych działań w zakresie zapobiegania zakażeniom czy leczenia pacjentów z COVID-19, jak również przygotowanie obywateli na zagrożenie wymaga koordynacji i współpracy różnych służb oraz sprawnej komunikacji między nimi. W sytuacji kryzysowej kontakty służb (zwłaszcza medycznych) ze społeczeństwem oraz przekazywanie informacji - najpierw między tymi służbami, a następnie do społeczeństwa – stanowi niezwykle ważny aspekt zarządzania. Od tego, jak przygotowane są służby i instytucje je nadzorujące do przekazywania informacji w toku sytuacji kryzysowej zależy często sprawność i skuteczność różnych działań: prewencyjnych, diagnostycznych, ratowniczych, leczniczych.

Z przeprowadzonego przez nas badania wynika, że komunikacja pomiędzy podmiotami zarządzającymi sytuacją kryzysową (administracja publiczna) a sektorem ochrony zdrowia **przebiega w sposób nieprawidłowy**. Większość ankietowanych pracowników ochrony zdrowia swoją wiedzę o procedurach obowiązujących w sytuacji kryzysowej, które muszą stosować, **czepie ze źródeł nieoficjalnych**. Lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni zdobywają niezbędne im w pracy informacje samodzielnie, poszukując ich w mediach, u zwierzchników lub swoich kolegów.

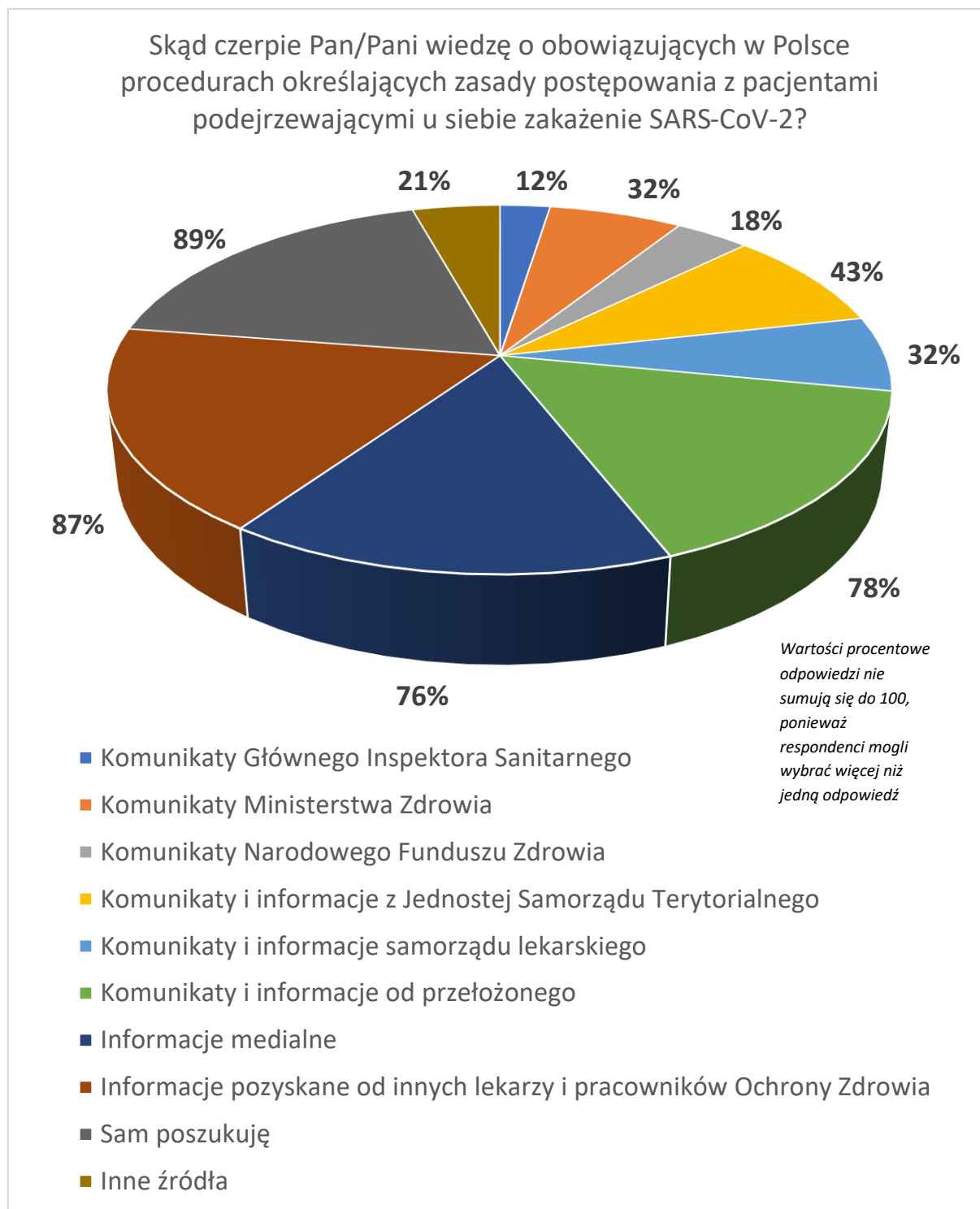
Oficjalną drogą o procedurach określających zasady postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie SARS-CoV-2 została poinformowana **połowa badanych (51 proc.)**. 21 proc. ankietowanych takiej informacji nie otrzymało, a 28 proc. respondentów nie pamięta, czy informacja ta dotarła do nich drogą oficjalną (Wykres nr 8).



Wykres nr 8

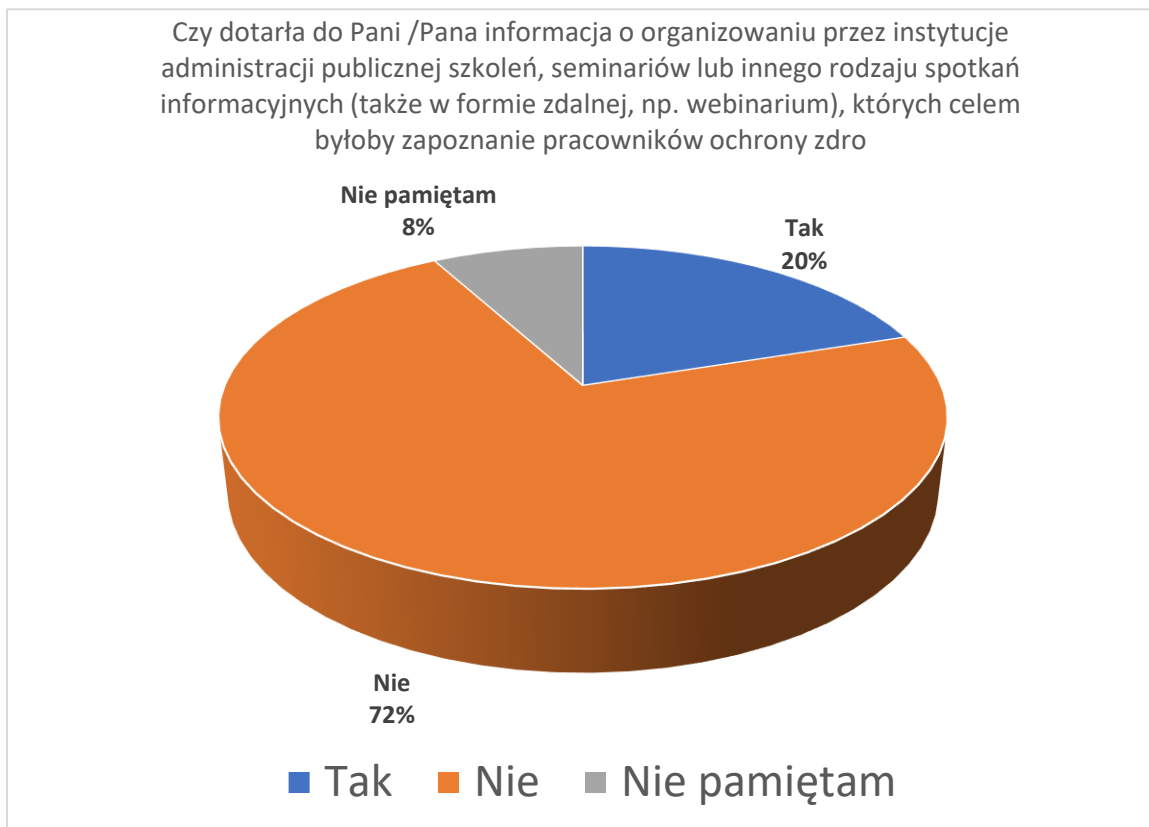
Zdecydowana większość respondentów wiedzę o obowiązujących w Polsce procedurach określających zasady postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie SARS-COV-2 **uzyskuje dzięki samodzielnym poszukiwaniom** (89 proc. respondentów). 87 proc. badanych twierdzi, że informacje te otrzymuje od innych lekarzy (współpracowników), 78 proc. otrzymuje je od przełożonych, a 76 proc. pozyskuje informacje z mediów. 43 proc. badanych jako źródło swojej wiedzy o procedurach wskazało informacje z jednostek samorządu terytorialnego, 32 proc. informacje od samorządu lekarskiego oraz z Ministerstwa Zdrowia.

Tylko 18 proc. badanych wskazało, że wiedzę o obowiązujących w Polsce procedurach postępowania z pacjentami podejrzewającymi u siebie zakażenie koronawirusem uzyskuje z Narodowego Funduszu Zdrowia, a 12 proc. czerpie ją z komunikatów Głównego Inspektora Sanitarnego^{iv}. (wykres nr 9)



Wykres nr 9

Aż 72 proc. badanych oświadcza, że **nigdy nie otrzymało informacji o organizowaniu przez instytucje administracji publicznej szkoleń, seminariów lub innego rodzaju spotkań informacyjnych (także w formie zdalnej, np. webinarium)**, których celem byłoby zapoznanie pracowników ochrony zdrowia z obowiązującymi w Polsce procedurami określającymi zasady postępowania z pacjentami podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2 (wykres nr 10).



Wykres nr 10

68 proc. respondentów nigdy nie uczestniczyło w szkoleniach, seminariach lub innego rodzaju spotkaniach informacyjnych poświęconych procedurom covidowym. Udział w takich szkoleniach zadeklarowało 32 proc., z czego tylko 11 proc. uczestniczyło w nich częściej niż jeden raz (wykres nr 11).



Wykres nr 11

W ocenie badanych usprawnienie komunikacji pomiędzy administracją publiczną a sektorem ochrony zdrowia znacząco poprawiłoby funkcjonowanie procedur covidowych w praktyce epidemiologicznej i klinicznej:

Jako lekarz szpitala jednoimiennego miałem do dyspozycji te same numery telefonów do sanepidu jak „człowiek z ulicy”. Dopiero ostatnio pojawiły się numery telefonów komórkowych dedykowane lekarzom, dzięki czemu możemy sprawniej wymieniać informacje. Spotykałem się też wielokrotnie ze sprzecznymi informacjami, np. jak długo powinna trwać kwarantanna. Nowe zalecenia często pojawiały się w nocy.

Gdy potwierdzaliśmy ich wdrożenie w sanepidzie, słyszeliśmy: „my jeszcze nic o tym nie wiemy”. Brakowało spójnej i jednocześnie polityki informacyjnej do wszystkich podmiotów, które są zaangażowane w zwalczanie epidemii. Jeszcze miesiąc wcześniej dzwonił się po kilkanaście razy, aby zaraportować pacjenta z COVID-19, natomiast teraz połączenie, np. z sanepidem jest niemal natychmiastowe. Problem jest z szyfrowaniem danych. Raportując je do sanepidu, zabezpieczam dane hasłem, które mogą poznać przez telefon osoby do tego uprawnione. Zdarza się jednak, że dane nie są szyfrowane, co jest sprzeczne z przepisami prawa. Mechanizmy komunikacji działają źle [...] Brakuje szkoleń. Moi współpracownicy, którzy są zabiegowcami, uczyli mnie jak prawidłowo ubierać i zdejmować stroje ochronne, a ja tę wiedzę przekazywałem dalej. Wcześniej nie mieliśmy żadnych kursów, jak postępować z pacjentem wysokozakaźnym, nawet w trakcie studiów medycznych oraz w szpitalu, w którym pracuję od 7 lat. Z tego co mi wiadomo, Izba Lekarska takich szkoleń także nie przygotowywała wcześniej. Obecnie nasza wiedza, wynikająca z doświadczenia w pracy w szpitalu jednoimiennym z pacjentami zakażonymi COVID-19, jest na tyle duża, że moglibyśmy szkolić nowy personel, który ewentualnie mógłby trafić do pracy w naszym szpitalu. Tyle że to nie powinno być nasze zadanie. [lekarz, pracownik szpitala, 12 lat w zawodzie]

Od początku epidemii jesteśmy pozostawieni sami sobie. Nie mamy szkoleń, kursów, spotkań instruktażowych na temat obowiązujących procedur i wytycznych. A bardzo by się przydały! Większość lekarzy, którzy zajmują się pacjentami z COVID-19 to nie specjaliści chorób zakaźnych. Musimy więc działać intuicyjnie albo szukać pomocy u bardziej doświadczonych kolegów. To nie powinno tak wyglądać. [lekarz, pracownik szpitala, 13 lat w zawodzie]

Komunikacja z Głównym Inspektorem Sanitarnym czy Ministerstwem Zdrowia nie istnieje. Jeśli pojawiają się pytania bądź wątpliwości, szybciej rozstrzygnę je w samorządzie niż „na górze”, choć moim organem prowadzącym walce nie jest miasto. Ale mimo to tam mogę liczyć na rzetelną informację. „Na górze” nie mogę [menedżer ochrony zdrowia, 11 lat w zawodzie]

Na początku epidemii natłok spraw, które należało szybko załatwić oraz podać do publicznej wiadomości spowodował, że np. nie było jasne, gdzie znajdują się ostatecznie szpitale jednoimienne. Nie potrafię jednoznacznie wskazać, gdzie pojawił się ten „chaos informacyjny”, mimo że mam świadomość, iż na początku epidemii te informacje nie przepływały odpowiednio szybko [diagnosta laboratoryjny, 20 lat w zawodzie]

Moja koleżanka pracuje jako pielęgniarka w Wielkiej Brytanii. Zaraz na początku epidemii zorganizowano dla niej szkolenie, na którym przedstawiono procedury postępowania z pacjentami podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2. Taki kurs bardzo jej pomógł. U nas nic takiego nie miało miejsca. [...] Wszystkie informacje zdobywam samodzielnie. Ale nie chcę być „pielęgniarką z internetu”. Wolałabym, by ktoś kompetentny omówił ze mną zasady pracy w warunkach epidemii. To pierwsza epidemia, z jaką mam do czynienia w swojej pracy zawodowej. Nie wszystkiego można się nauczyć na studiach. [pielęgniarka, 6 lat w zawodzie]

Teraz leje się hejt na sanepid, że sobie nie radzi. A mnie jest żal tych pań z sanepidu. Większość z nich pierwszy raz musi mierzyć się z epidemią. Tych pań nikt nie szkoli, nikt im nie pomaga. Mamy epidemię, one muszą pracować w skrajnie innych, trudnych warunkach, ale nie zostały do tego przygotowane. Trafiły w oko cyklonu bez wsparcia, bez rzetelnej informacji. Podobnie jak dyspozytorzy w pogotowiach. [ratownik medyczny, 13 lat w zawodzie]

Bałagan komunikacyjny jest gigantyczny, nikt nad tym nie panuje. Przepływ informacji pomiędzy sanepidem, szpitalami, samorządami czy dajmy na to policją, która ma kontrolować osoby objęte kwarantanną, jest żaden. [...] Procedury są, tylko pracownicy na najniższym szczeblu ich nie znają. Efektem jest chaos. [menedżer ochrony zdrowia, 22 lata w zawodzie].

Zapewnienie środków niezbędnych do walki z SARS-CoV-2

Kluczowym elementem przygotowań do likwidowania kryzysu jest - jak wskazano powyżej - opracowanie planów i procedur reagowania kryzysowego, które definiują kto, co i kiedy będzie robił, za pomocą jakich sił i środków, w jakim trybie oraz na jakiej podstawie prawnej^v. Etap przygotowania obejmuje także zapewnienie zasobów specjalistycznych sił i środków reagowania kryzysowego. Obok opracowania i wdrożenia odpowiednich procedur usprawniających zarządzanie epidemią oraz efektywnego komunikowania tych procedur ich adresatom, równie istotnym obszarem zarządzania kryzysem koronawirusowym jest więc zapewnienie zasobów (środków) pozwalających podejmować skuteczne działania zwalczające ów kryzys. W przypadku pandemii koronawirusa środki takie powinny być zapewnione w pierwszej kolejności pracownikom sektora ochrony zdrowia, a zatem reprezentantom grupy, której praca odgrywa najistotniejszą rolę w zwalczaniu epidemii i zapobieganiu jej skutkom. W połowie marca 2020 roku Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia wystąpiło do Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Ministerstwa Zdrowia z pisemnym wnioskiem o zapewnienie pracownikom podmiotów leczniczych odpowiedniej ilości środków ochrony indywidualnej, takich jak maseczki, kombinezony czy jednorazowe rękawiczki. Argumentowali przy tym, że środki te są niezbędne również dla chorych pacjentów zgłaszających się do przychodni.

Wypożyczenie pracowników ochrony zdrowia w odpowiedni sprzęt i środki ochrony, w tym ochrony osobistej, przesądzać może o efektywności i skuteczności zwalczania epidemii, na co zwracali uwagę uczestnicy naszego badania:

W sytuacji braku odpowiedniego wyposażenia nie jesteśmy w stanie wykorzystać naszej wiedzy i umiejętności w walce z epidemią, nie narażając jednocześnie siebie oraz innych na utratę zdrowia, a nawet życia. To od jakości i skuteczności naszej pracy zależy, czy pokonamy epidemię. Tymczasem traktuje się nas jak balast, jakąś dziwną, roszczeniową grupę, która ciągle domaga się kolejnych maseczek czy kombinezonów, chyba ze złośliwości wobec rządzących. Czujemy się jak żebracy pod kościołem. Dokładnie tak się nas traktuje. [lekarz, pracownik szpitala, 33 lata w zawodzie]

Bywały dni, gdy w pracy chciało mi się ryczeć. Brakowało dosłownie wszystkiego: od płynu do dezynfekcji, po kombinezony. [...] Państwo o nas zapomniało. Zamawianie sprzętu nie przynosiło żadnego efektu. Magazyny były puste, choć dyrekcja stawiała na głowie, by to się zmieniło. Dostawaliśmy sprzęt z izby lekarskiej, od fundacji i stowarzyszeń, a nawet od rodzin pacjentów. Ale i tak wciąż było go za mało. [...] Władza nas całkowicie zlekceważyła. Zaopatrzenie w sprzęt było fatalne, teraz się poprawiło. [pielęgniarka, 16 lat w zawodzie]

Nie ma się co dziwić, że 30 proc. zakażeń koronawirusem miało miejsce w placówkach medycznych. To i tak mało, skoro pracowaliśmy bez podstawowego sprzętu ochronnego. [...] Jadąc do pacjentów, kombinezon ochronny wykonywałem z worków na śmieci. A maskę z szalika. Wiem, że to brzmi jak ponury żart. Ale taka była rzeczywistość. Wielokrotnie zastanawiałem się, czy pracuję w Europie, czy w jakimś małym kraju w środkowej Afryce [ratownik medyczny, 13 lat w zawodzie]

Nasza walka z epidemią byłaby dużo bardziej skuteczna, gdybyśmy mogli skupić się na pacjentach, a nie na tym, skąd zdobyć rękawiczki ochronne dla pielęgniarek.
[menedżer ochrony zdrowia, 22 lata w zawodzie]

Ze względu na płynące ze środowiska lekarskiego sygnały dotyczące tego, że brakuje m.in. masek, fartuchów ochronnych, przyłbic czy środków dezynfekujących izby lekarskie apelowały do Ministra Zdrowia, by resort podjął natychmiastowe działania i zapewnił wszystkim placówkom medycznym środki ochrony osobistej, które zostały wskazane w zaleceniach Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego czy Narodowego Funduszu Zdrowia. Ale te apele przez długi czas nie przynosiły skutku, co spowolniło walkę z epidemią [lekarz POZ, 30 lat w zawodzie]

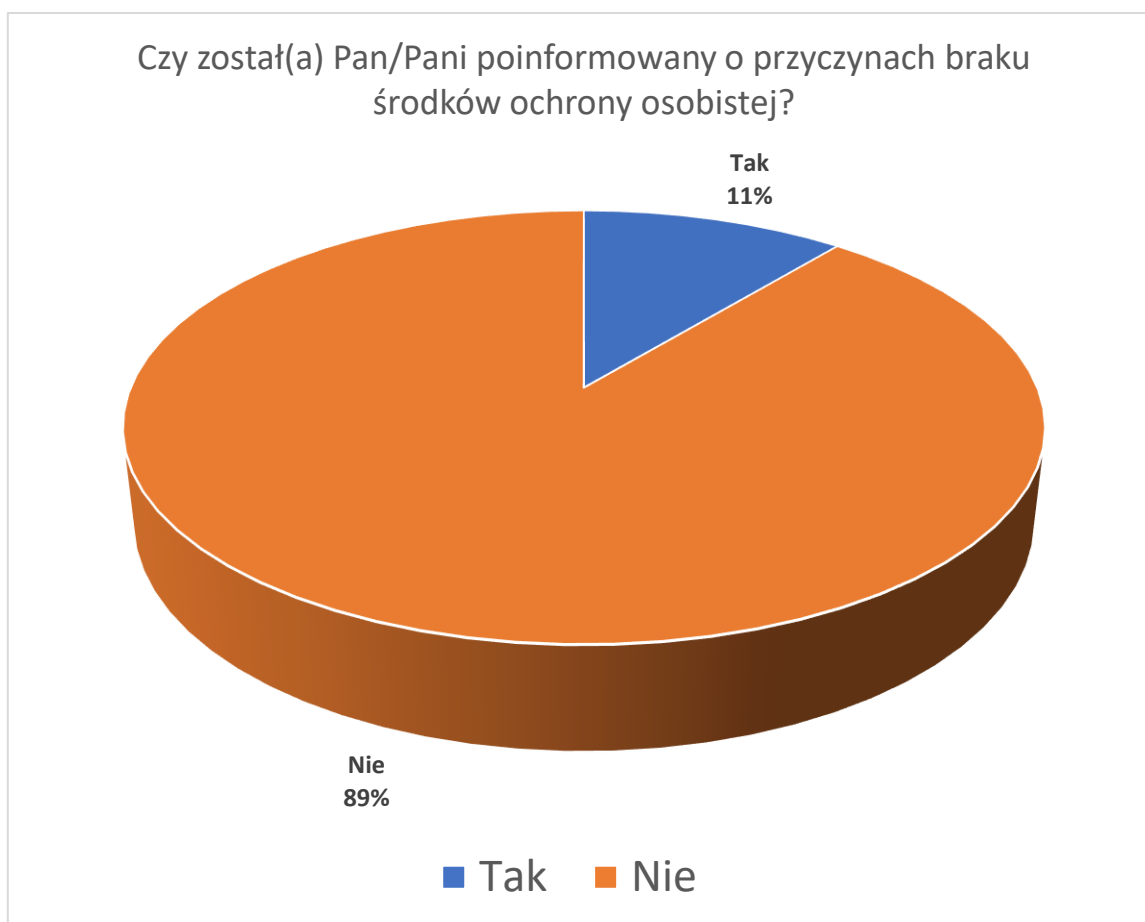
Należy przy tym zauważyć, że już w styczniu 2020 roku o rozpowszechnianiu się koronawirusa informowało w USA Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, a w Polsce Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Władza publiczna dysponowała więc odpowiednio długim czasem koniecznym, aby zapewnić placówkom ochrony zdrowia i ich pracownikom niezbędne środki ochrony indywidualnej. **W ocenie uczestników naszego badania zadaniu temu nie sprostano.**

Tylko 14 proc. ankietowanych uznało, że poziom zaopatrzenia pracowników branży medycznej w środki ochrony osobistej zabezpieczające przez ryzykiem zakażenia SARS-COV-2 jest wystarczający. **Przeciwnego zdania było 83 proc. respondentów (wykres nr 12).**



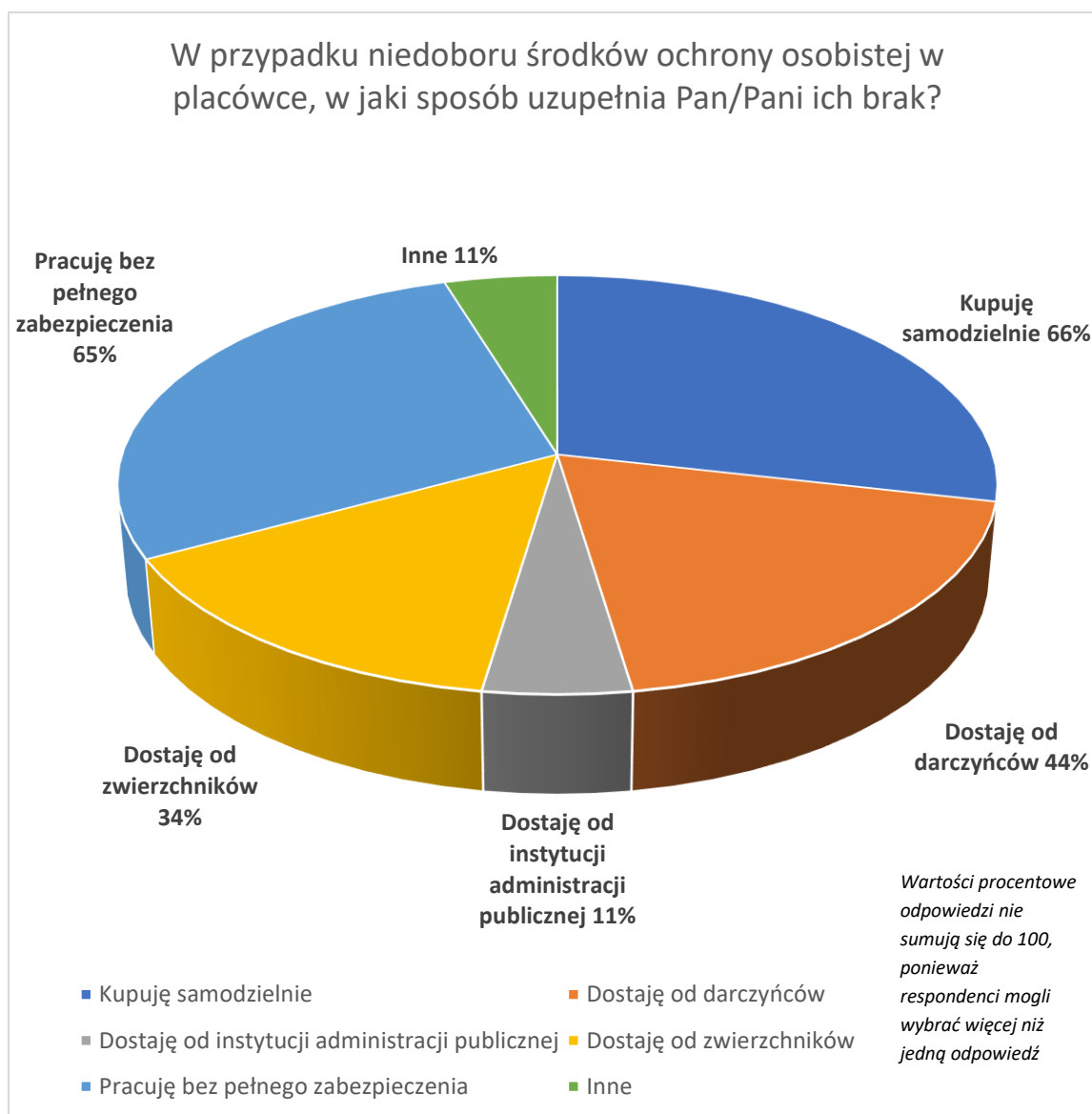
Wykres nr 12

Blisko 90 proc. respondentów oświadczyło, że nigdy nie zostali poinformowani o przyczynach braku środków ochrony osobistej. Informację taką otrzymało jedynie 11 proc. ankietowanych (wykres nr 13).



Wykres nr 13

Wobec niezapewnienia przez administrację publiczną środków ochrony osobistej w placówkach medycznych ich pracownicy w inny sposób próbują uzyskać te środki. **66 proc. badanych kupuje je samodzielnie, 44 proc. otrzymuje od darczyńców, 34 proc. otrzymuje od zwierzchników, a 11 proc. pozyskuje z innych źródeł. 65 proc. respondentów wskazało, że pracują bez pełnego zabezpieczenia^{vi} (wykres nr 14).**



Wykres nr 14

Istotne z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa lekarzom, pielęgniarcom, ratownikom medycznym czy elektroradiologom wydaje się przeprowadzanie w tej grupie cyklicznych, prewencyjnych testów na koronawirusa. W kwietniu br. decyzją Senatu RP do ustawy o tarczy kryzysowej wprowadzono poprawkę, która zakładała obowiązek wykonywania takich testów wszystkim pracownikom szpitali i zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych. Poprawka ta ostatecznie została jednak odrzucona przez Sejm RP. W ocenie ankietowanych decyzja Sejmu była błędna. Aż 82 proc. badanych uznaje za konieczne przeprowadzanie profilaktycznych testów na koronawirusa SARS-CoV-

2 wśród personelu medycznego. Przeciwnego zdania jest 15 proc. respondentów (wykres nr 15).



Wykres nr 15

Uczestnicy badania zasadność przeprowadzania prewencyjnych testów na koronawirusa w grupie pracowników ochrony zdrowia uzasadniali m.in. następującymi argumentami:

Gdyby lekarze, którzy mają przecież najczęstszy kontakt z potencjalnie zakażonymi, mieli wykonywane testy, można byłoby wykluczyć, że są „pozytywni”, co zwiększyłoby poziom bezpieczeństwa, zarówno ich samych, jak i pacjentów. Około 80 proc. zakażonych to osoby, które przechodzą chorobę bezobjawowo, a więc mogą zakażać innych, nawet o tym nie wiedząc [lekarz, pracownik szpitala, 33 lata w zawodzie]



Rząd podnosi argument, że prewencyjnych testów dla medyków nie wykonuje się nigdzie na świecie, a testowanie tej grupy doprowadziłoby do ograniczenia możliwości przeprowadzania badań dla osób ze wskazaniami. Po pierwsze to, że w innych krajach nie są wykonywane takie testy dla lekarzy, jest nieprawdą. A po drugie, skoro szcycimy się, że jesteśmy pionierami wielu rozwiązań w zakresie zwalczania epidemii, to może również pod tym względem moglibyśmy przecierać szlaki w Europie. Uważam, że to konieczność. Ich brak to naruszenie przepisów BHP i złamanie naszych praw pracowniczych.
[menedżer ochrony zdrowia, 22 lata w zawodzie]

Jeśli my będziemy chorować, nigdy nie wygramy z epidemią. Znamy przypadki, że z powodu zakażenia lekarzy na wiele dni zamykano całe oddziały szpitalne, co ograniczało dostęp do świadczeń medycznych. Trzeba temu przeciwdziałać [...] Brak prewencyjnych testów dla ochrony zdrowia to negatywny symbol tego, jak jesteśmy traktowani. My i pacjenci. Brawa dla medyków do stanowczo za mało. [lekarz POZ, 30 lat w zawodzie]

Kontakt do kierownika badania:

Prof. ucz dr hab. Michał Kaczmarczyk

Instytut Nauk o Zarządzaniu i Jakości

Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu

tel. 605-301-168, e-mail: rektor@humanitas.edu.pl

www.michalkaczmarczyk.pl

ⁱ Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

ⁱⁱ Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego, Warszawa 2002, s. 62.

ⁱⁱⁱ Niemal co trzeci Polak z koronawirusem zaraził się w placówce medycznej, www.medexpress.pl [dostęp: 20 maja 2020].

^{iv} Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

^v Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

^{vi} Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.