

Jak przywracać działalność szpitali w trakcie epidemii SARS-CoV-2



Samotność dyrektora

Ze względu na unikalny przebieg epidemii w Polsce trudno tworzyć prognozy jej rozwoju na najbliższe miesiące. Niemniej powinniśmy przygotować nasze szpitale na długotrwałą batalię z wyraźnym przyspieszeniem choroby w okresie jesienno-zimowym. Kłopot w tym, że szpitale nie dostały zaleceń, ani jak zamrozić działalność, ani jak wracać do normalnej pracy w innej, niepewnej sytuacji epidemiologicznej. Każdy szpital musi przejść swoją drogę w samotności, indywidualnie wypracowując rozwiązania. Podpowiadamy, jak to zrobić.

W artykule podejmiemy próbę podsumowania aktualnej wiedzy dotyczącej najważniejszych działań prowadzących do bezpiecznego funkcjonowania szpitala zarówno w odniesieniu do personelu, jak i pacjentów. Personel medyczny jest i długo jeszcze będzie narażony na sytuację stresogenną w związku z ryzykiem bezobjawowego zakażenia i ryzykiem zakażenia podatnych na ciężki przebieg choroby pacjentów. Z tego powodu za kluczowe uznaliśmy również zagadnienia właściwej komunikacji i wspierania personelu w przetrwaniu trudnego okresu epidemii.

Szpitalny plan kontroli rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2

Przygotowanie szpitala opiera się na wdrożeniu i realizacji licznych, niekiedy niełatwych działań mających ochronić szpital przed rozprzestrzenianiem się koronawirusa [1–3]. Do najważniejszych należy stałe pozyskiwanie informacji o aktualnej sytuacji epidemiologicznej

w regionie i ich analiza w aspekcie bieżącego działania szpitala. Należy umiejętnie wykorzystać uzyskane informacje do podjęcia odpowiedniej strategii stopniowego przywracania normalnej działalności szpitala z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

Szpital powinien stale monitorować dostępność personelu medycznego, identyfikować konflikty i wspierać ich pokonywanie, przy czym obligatoryjne wydaje się zapewnienie właściwej komunikacji między zarządzającymi szpitalem a personelem.

Konieczne jest sporządzenie listy niezbędnych osób i ich telefonów kontaktowych w celu pilnego, natychmiastowego rozwiązywania problemów epidemiologicznych, np. określania zakresu ekspozycji personelu w dni wolne od pracy. Zadaniem szpitala jest zapewnienie środków ochrony osobistej i przeszkolenie personelu w zakresie ich stosowania.

Należy ustalić sposób komunikacji zewnętrznej z kluczowymi partnerami w zakresie działań ograni-

„ W najbliższych miesiącach sprawna diagnostyka może się okazać warunkiem niezbędnym do podtrzymania normalnej działalności szpitala. W celu jej zapewnienia szpital powinien wdrożyć liczne działania usprawniające ”

czających rozprzestrzenianie SARS-CoV-2 w regionie, m.in. z sanepidem, zewnętrznym laboratorium diagnozującym COVID-19 czy z innymi szpitalami. Właściwa komunikacja powinna być również zapewniona między szpitalem a pacjentami i lokalną społecznością, m.in. poprzez stronę internetową szpitala, media społecznościowe.

Kolejnym działaniem jest wdrożenie i monitorowanie najważniejszych procedur profilaktyki zakażeń COVID-19: utrzymywanie dystansu, higiena rąk, skuteczny *triage* pacjentów, personelu i osób odwiedzających, bezpieczne rozmieszczanie pacjentów z zachowaniem zalecanej odległości. W dobie epidemii należy utworzyć ścieżki komunikacji z pacjentami z wykorzystaniem telemedycyny, jeśli jest to niezbędne, co w większości placówek udało się wypracować. Istotnym elementem jest wdrożenie wczesnej identyfikacji zakażeń u pacjentów i personelu, a także ustalenie zakresu diagnostyki w kierunku COVID-19 w obu grupach.

Przygotowanie szpitala do odmrożenia i zachodzących zmian odbywa się poprzez powołanie zespołu oraz koordynatora ds. COVID-19. W zależności od wielkości szpitala zespół ten powinien się składać z 5–10 osób, tak aby zachować zdolność do szybkiego reagowania i równoczesnego angażowania najważniejszych obszarów szpitala w celu zapobiegania transmisji wirusa, a także sprawnego koordynowania wyżej wymienionymi, licznymi działaniami usprawniającymi działalność placówki.

Diagnostyka zakażeń COVID-19

Szybka i wiarygodna diagnostyka stanowi podstawę zapobiegania rozprzestrzenianiu się SARS-CoV-2. Wykonuje się ją przede wszystkim za pomocą badań genetycznych RT-PCR wykrywających obecność wirusa w drogach oddechowych. W najbliższych miesiącach sprawna diagnostyka może się okazać warunkiem niezbędnym do podtrzymania normalnej działalności szpitala. W celu jej zapewnienia szpital powinien wdrożyć liczne działania usprawniające.

Niezbędne jest nawiązanie współpracy z laboratorium badań genetycznych, która powinna obejmować

następujące elementy: ustalenie godzin pobrań, określenie sposobu pobrania materiału zgodnego z zaleceniami konsultanta krajowego ds. mikrobiologii lekarskiej [4], dostarczenie materiału do laboratorium oraz wydawanie wyników w przypadku badań planowych, a także ustalenie zasad funkcjonowania szybkiej ścieżki diagnostycznej w przypadku badań priorytetowych.

W szpitalach, które nie posiadają laboratorium COVID i mają ograniczony dostęp do diagnostyki zewnętrznej, należy rozważyć możliwość prowadzenia diagnostyki na terenie szpitala z wykorzystaniem szybkich testów genetycznych, tzw. *point of care*. Według zaleceń WHO ten rodzaj diagnostyki nie podlega wymaganiom dotyczącym laboratoriów COVID. Może ona być prowadzona zarówno w szpitalnym laboratorium mikrobiologicznym, jak i laboratorium analitycznym [5].

Niezwykle istotny jest aktywny udział szpitali w tworzeniu regionalnej strategii wczesnego wykrywania zakażeń COVID-19, wspólnie z lokalną stacją sanitarno-epidemiologiczną i władzami samorządowymi. Strategia ta powinna się skupiać na upraszczaniu i ułatwianiu dostępu mieszkańców regionu do szybkiej ścieżki diagnostycznej dla osób z objawami, np. poprzez organizację punktu pobrań typu *drive thru* w wyznaczonym miejscu szpitala.

Wskazania do wykonywania badań powinny uwzględniać priorytety oraz dostęp do diagnostyki molekularnej. Osoby o najwyższym priorytecie do testowania to przede wszystkim hospitalizowani pacjenci z objawami zakażenia, personel medyczny z objawami zakażenia, osoby pracujące w dużych, zamkniętych skupiskach ludzi (np. przedszkola, szkoły, domy opieki, schroniska dla bezdomnych), rezydenci zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej i in. [6].

Badać czy nie badać?

Badanie pacjentów w kierunku bezobjawowego zakażenia przed planowaną hospitalizacją jest przedmiotem wielu kontrowersji. Wykonywanie tych badań na szeroką skalę może opóźnić uzyskanie wyników w kluczowych dla sprawnego funkcjonowania szpitala miejscach, takich jak SOR. Decyzja o wykonywaniu lub zaniechaniu badań przesiewowych u pacjentów przyjmowanych do szpitala powinna uwzględniać liczne dodatkowe przesłanki [6]. Pilne procedury nie powinny być opóźniane ze względu na oczekiwanie na wynik, a decyzja o przeprowadzaniu badań przesiewowych powinna wynikać z dostępności laboratorium oraz jego możliwości. Istotne jest uwzględnienie aktualnej sytuacji epidemiologicznej w regionie – nie ma konieczności wykonywania badań na obszarach o niskiej chorobowości, natomiast wśród pacjentów z obszarów o wysokiej zapadalności na COVID-19, np. z terenów ognisk epidemicznych, jest to wskazane.

Wymagane jest przeprowadzenie badania przed rozpoczęciem terapii immunosupresyjnej ze względu na

osłabienie układu odpornościowego, co w przypadku zakażenia koronawirusem naraża pacjenta na cięższy przebieg choroby. Testy należy rozważyć także u pacjentów przed długotrwałymi zabiegami wykonywanymi w znieczuleniu ogólnym i operacjami, które mogą skutkować powikłaniami, m.in. pobytem na OIOM. Nie należy wykonywać badań przed procedurami generującymi aerozole, jeżeli dostępne są środki ochrony osobistej. W razie podjęcia decyzji o wykonaniu testu przesiewowego przed przyjęciem do szpitala badania powinny zostać przeprowadzone 48–72 godzin przed planowaną procedurą.

Środki ochrony osobistej

Niezbędne jest wdrożenie przez szpital działań związanych ze stosowaniem środków ochrony osobistej (SOO) – opracowanie wytycznych ich używania na podstawie wiarygodnych materiałów źródłowych (WHO, ECDC, CDC, zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych) z uwzględnieniem aktualnych aktów prawnych [7–11]. Wytyczne WHO dotyczące racjonalnego używania środków ochrony indywidualnej przed COVID-19 zawierają szczegółowe omówienia ich stosowania w różnych sytuacjach. Należy opracować program bezpiecznej regeneracji SOO w sytuacjach ich braków – sposoby takiej regeneracji zostały opracowane przez ECDC oraz Instytut Roberta Kocha [12, 13].

Personel szpitala powinien zostać przeszkolony w zakresie zakładania i zdejmowania SOO, zwłaszcza przy kontakcie z pacjentem z priorytetowej grupy ryzyka lub z potwierdzonym zakażeniem COVID-19. Szkolenia takie, przeprowadzone przy wsparciu osoby z największym doświadczeniem w szpitalu, dają personelowi poczucie większej pewności i lepszego przygotowania do niecodziennych zadań, a także minimalizują lęk przed nieznanym.

Procedury określające warunki stosowania SOO powinny obejmować wszelkie możliwe sytuacje, nie pozostawiając wolnych przestrzeni do rozwoju sytuacji nieprzewidywanych.

W miejscach, w których nie są hospitalizowani pacjenci podejrzewani o zakażenie COVID-19 w świetle aktualnej sytuacji epidemiologicznej w regionie, powinny zostać zastosowane uniwersalne środki ochrony osobistej. Podstawowy sposób zabezpieczenia to noszenie ubrań wielorazowych jednodużurowych (oddawanych do prania po zakończeniu dnia pracy), higiena rąk (przed i po kontakcie z pacjentem), zakładanie maski chirurgicznej przy kontakcie z chorym, pozostawianie przedmiotów podręcznych (np. telefony, klucze, długopisy) poza strefą pacjenta i ich okresowa dezynfekcja. W miejscach, w których nie są hospitalizowani pacjenci podejrzewani o zakażenie SARS-CoV-2, ale w sytuacji podwyższonego alertu regionalnego (tzn. wyraźnego wzrostu liczby zachorowań wykraczających poza zlo-

” Zakładanie przyłbicy spełnia dodatkową funkcję, chroniąc personel przy kontakcie z pacjentem, który nie może nosić maski ze względu na przeciwwskazania medyczne ”

kalizowane ognisko epidemiczne), oprócz standardowych SOO personel zakłada przyłbicę i ochronę ubrań (jednorazowe fartuchy foliowe). Zakładanie przyłbicy spełnia dodatkową funkcję, chroniąc personel przy kontakcie z pacjentem, który nie może nosić maski ze względu na przeciwwskazania medyczne.

Wymagania prawne dotyczące stosowania masek w szpitalu określa Rozporządzenie Rady Ministrów z 29 maja 2020 r., które zobowiązuje do ich noszenia personel mający kontakt z pacjentem. Rozporządzenie nie odnosi się jednak do zakładania masek na terenie szpitala oraz w relacjach między personelem medycznym. W nowej, pandemicznej rzeczywistości ułożenie relacji między personelem medycznym staje się jednym z najtrudniejszych wyzwań zarówno dla zarządzających szpitalem, jak i dla samego personelu. Obserwowaliśmy wiele takich sytuacji, że dodatni wynik badania w kierunku COVID-19 u pracowników bez objawów skutkowało odesłaniem na kwarantannę większości zespołu oddziału. Z drugiej strony przetrwanie tego trudnego okresu wymaga budowania pracy zespołowej, umożliwiania wypoczynku w trakcie stresogennej pracy, prowadzenia rozmów, a zaplecze socjalne wielu oddziałów utrudnia utrzymywanie bezpiecznych relacji między pracownikami. Wytyczne AOTMiT dotyczące funkcjonowania personelu we wzajemnych relacjach (m.in. zachowanie odległości powyżej 2 m między pracownikami, wdrożenie bezdotykowej obsługi telefonów, przecieranie wszystkich powierzchni co najmniej co 2 godz. itd.) można uznać za nierealne, niemożliwe do spełnienia w przypadku większości oddziałów [14]. Warto poddać analizie wytyczne WHO z 5 czerwca dotyczące stosowania masek w szpitalach [15]. Zaleca się, by w regionach o stwierdzonej transmisji SARS-CoV-2 personel medyczny nosił maski chirurgiczne w obszarach opieki nad pacjentem przez całą zmianę, natomiast pozostały personel nie musi zakładać masek poza obszarami oddziałów. W regionach, w których stwierdzane są jedynie sporadyczne transmisje lub zlokalizowane ogniska epidemiczne, personel medyczny nosi maski przy kontakcie z pacjentem, natomiast w innych obszarach (w tym przestrzeniach socjalnych) noszenie masek nie jest konieczne. Wydaje się, że decyzja o noszeniu masek w sferze socjalnej powinna uwzględniać stanowisko ustalone przez personel każdego oddziału.

Tabela 1. Zmniejszanie ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 u pacjentów poddanych planowym zabiegom

Okres przedoperacyjny	Na stronie internetowej szpitala umieszczone są zasady przygotowania pacjenta do zabiegu oraz hospitalizacji, obejmujące: <ul style="list-style-type: none"> instrukcję dla pacjenta i domowników o sposobie zachowania w okresie 14 dni przed zabiegiem w celu ograniczenia ryzyka zakażenia; rezygnacja z pracy powinna być rozważana jedynie w szczególnych sytuacjach informację o wywiadzie telefonicznym przeprowadzanym przed przyjęciem do szpitala dotyczącym ryzyka zakażenia u pacjenta oraz jego domowników informację o sposobie zachowania w szpitalu: drogi wejścia do szpitala, zasady prowadzenia <i>triage'u</i>, stosowanie maski i higiena rąk
Badanie w kierunku COVID-19 metodą RT-PCR	Wykonanie badań przed zabiegami jest zalecane przez wiele towarzystw naukowych oraz zespół konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii. Nie ma wystarczających danych, aby określić czułość badania u osób z bezobjawowym zakażeniem [19]. Czułość testów jest zmienna w zależności od okresu przed lub po dniu pierwszych objawów; w pierwszych 4 dniach od ekspozycji czułość jest bardzo niska (ok. 4. doby od ekspozycji wynosi ok. 30 proc.), największa w 3. dobie od początku objawów (ok. 80 proc.), a następnie ponownie spada [20]. Decyzja o rutynowym badaniu przed zabiegiem powinna uwzględniać sytuację epidemiologiczną regionu, z którego pochodzą pacjenci, dostępność badań genetycznych oraz rodzaj zabiegu (preferencja dla zabiegów w znieczuleniu ogólnym, długotrwałe hospitalizacje, prawdopodobny pobyt na OIT). Jeśli w szpitalu wykonywane są badania, powinny zostać przeprowadzone 48–72 godz. przed zabiegiem. Oczekiwanie na wynik badania nie powinien wydłużać czasu hospitalizacji pacjenta. Pobieranie materiału do badań powinno się odbywać w sposób jak najbardziej dostępny dla pacjenta i najmniej narażający personel na ekspozycję. Należy zwrócić uwagę na ryzyko transmisji zakażenia przez osobę przywożącą pacjenta na badanie.
Okres hospitalizacji	Należy wdrożyć następujące zasady: <ul style="list-style-type: none"> skrócenie czasu hospitalizacji do minimum – zabieg w dniu przyjęcia hospitalizacja pacjenta w obszarach wolnych od COVID-19 (m.in. poprzez podział oddziału chirurgii na dwie części: część planową i część ostrą z nieznanym statusem epidemicznym) przestrzeganie procedur przez personel zachowanie odległości powyżej 2 m między pacjentami przestrzeganie procedur przez pacjenta (utrzymanie dystansu społecznego, higiena rąk, maska przy opuszczaniu sali chorego lub gdy odległość od innych osób wynosi poniżej 2 m)
Okres pooperacyjny	Należy ograniczyć konieczność konsultacji w poradniach i zwiększyć rolę telemedycyny (np. przez przesyłanie zdjęć ran, konsultacje telefoniczne)

Zabiegi planowe

Decyzja o rozpoczęciu realizacji planowych procedur medycznych powinna uwzględniać obecną sytuację epidemiologiczną w regionie, z którego pacjenci są przyjmowani do szpitala, w tym niską transmisję lokalną wirusa lub wykazanie trwałego spadku zakażeń w ciągu ostatnich 14 dni. Należy ocenić wydolność regionalnych szpitali w zakresie wolnych łóżek ogólnych i intensywnej terapii, a także dostępności personelu medycznego, dostępności SOO oraz możliwości wykonania badań genetycznych w kierunku COVID-19 [16, 17].

Wykonywanie zabiegów u pacjentów z objawowym lub bezobjawowym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 jest obciążone zwiększonym ryzykiem zgonu (od poniżej 1 proc. do 16 proc. dla małych zabiegów i 19 proc. dla dużych) [18], dlatego powinno zostać odroczone w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia koronawirusem. Sposoby zapobiegania zakażeniom podano w tabeli 1.

Bezpieczne odwiedziny w dobie koronawirusa?

To możliwe

Ograniczenie odwiedzin w okresie epidemii jest uzasadnione, jednak szpital powinien zapewnić pacjentom kontakt z bliskimi oraz możliwość uzyskania informacji, ustalając czytelny dla personelu i bliskich pacjenta

sposób informowania o jego stanie zdrowia. Pacjenci powinni być zachęceni do komunikacji telefonicznej lub z zastosowaniem komunikatora internetowego. Istnieją jednak sytuacje wyjątkowe, w których szpital powinien umożliwić wizytę, np. stan terminalny, stan zagrożenia życia, silna potrzeba emocjonalna lub hospitalizacja dziecka. Ważne jest wdrożenie systemu monitorowania odwiedzin oraz edukacji dla osób odwiedzających. Pacjenci i ich bliscy powinni być informowani o ograniczeniach odwiedzin i ich przyczynach. Uświadomienie im, że restrykcje mają zapewnić bezpieczną hospitalizację osobom podatnym na ciężki przebieg zakażenia i odwołanie się do odpowiedzialności może zaowocować zmniejszeniem ryzyka transmisji wirusa (nawet przez osoby bez objawów), w przypadku gdy nagminnie łamane są szpitalne zasady odwiedzin.

Wizyta odbywa się po telefonicznym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub kierownikiem oddziału, a osoby odwiedzające wchodzi na teren szpitala przez punkt *triage'u*. Bliscy z objawami infekcji lub po kontakcie z osobą zakażoną SARS-CoV-2 nie są wpuszczani na teren szpitala.

Odwiedzający są zobligowani do podjęcia odpowiednich kroków, aby zminimalizować ryzyko transmisji wirusa [21]. Zaraz po wejściu na teren szpitala, przed i po kontakcie z osobą odwiedzaną i przed wyjściem

z placówki należy przeprowadzić dokładną dezynfekcję rąk. Obowiązuje noszenie maski zakrywającej usta i nos, utrzymywanie dystansu społecznego oraz ograniczenie poruszania się na terenie szpitala. Bezwzględnie należy pozostawać w kontakcie jedynie z osobą odwiedzaną, a czas odwiedzin nie powinien być dłuższy niż 15 minut. Jeżeli osoba odwiedzana nie może założyć maski, to odległość od jej twarzy powinna być nie mniejsza niż 2 m. W sali wieloosobowej jednocześnie może przebywać jeden odwiedzający.

Szczególne regulacje

Istnieją jednak szczególne sytuacje, gdy odwiedziny rządzą się swoimi prawami. W przypadku dzieci dopuszcza się stałe przebywanie jednego opiekuna w szpitalu. Należy wówczas zredukować kontakt między rodzicami w innych obszarach oddziału niż sala dziecka. Dotyczy to także obecności ojca dziecka w trakcie porodu. Ograniczanie takiej możliwości jest nieuzasadnione w sytuacji, gdy jest on domownikiem, a pacjentka nie jest podejrzewana o COVID-19 i nie ma wykonywanego badania w tym kierunku. W Nowym Jorku utrzymano możliwość towarzyszenia ojca przy porodzie nawet w okresie największego przyrostu zakażeń [22].

Szczególną grupą są chorzy w stanie terminalnym. Jeśli nie podejrzewa się u nich zakażenia COVID-19, można dopuścić bezpośredni kontakt z osobą odwiedzającą bez konieczności zachowania dystansu, z możliwością zdjęcia maski i jej ponownego założenia po odejściu od łóżka chorego.

W przypadku hospitalizacji długoterminowej szpital powinien ułatwiać pacjentom komunikację internetową z wykorzystaniem szpitalnego sprzętu multimedialnego w wyznaczonych miejscach zapewniających intymność lub umożliwić odwiedziny z zachowaniem bezpiecznego dystansu w osobnej sali albo na terenie otwartym szpitala.

Ostateczne decyzje dotyczące odwiedzin podejmuje zarządzający szpitalem.

Skuteczna komunikacja kluczem do dobrej współpracy

W trakcie epidemii COVID-19 szpital powinien wzmacniać trzy kanały komunikacyjne:

- komunikację zewnętrzną z lokalną społecznością i sąsiadami,
- komunikację z personelem,
- komunikację z pacjentami (bez podejrzenia COVID-19, z podejrzeniem oraz z potwierdzoną chorobą).

Celem komunikacji zewnętrznej jest utrzymanie zaufania lokalnej społeczności do szpitala oraz wymiana informacji ze stacją sanitarno-epidemiologiczną i sprawne działanie w razie wykrycia zakażenia COVID-19 na terenie szpitala.

Komunikacja z pracownikami jest zawsze niezwykle ważna, jednak w sytuacji pandemii nabiera szczególne-

go znaczenia. Dyrektor szpitala powinien wykorzystać wszystkie dostępne kanały komunikacyjne, aby zapewnić dotarcie istotnych informacji do pracowników. W trakcie epidemii potrzeba informacji jest zdecydowanie silniejsza i pracownicy oczekują ich nawet kilka razy w ciągu dnia. Niedawno przeprowadzone badania międzynarodowe wykazały, że większość pracowników bardziej wierzy w informacje przekazywane przez pracodawcę niż przez rząd i media [23]. To zaufanie należałoby właściwie wykorzystać dla dobra pracowników i organizacji szpitala.

Komunikacja będzie skuteczna, jeśli weźmie się pod uwagę kilka kluczowych zasad. Przede wszystkim należy jasno określić cele działania i informować, w jaki sposób są one na bieżąco realizowane. Nadrzędnym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa pracowników i pacjentów oraz powrót do normalnej aktywności szpitala. Komunikaty powinny być krótkie, zwarte, treściwe i łatwe do zrozumienia. Personel medyczny powinien zostać uprzedzony o możliwej dynamice zaleceń, które mogą się szybko zmieniać w zależności od sytuacji epidemiologicznej i pojawiania się nowych danych. Należy opierać się na faktach i oddzielać informacje sprawdzone i pewne od spekulacji, które powinny być minimalizowane w przekazie. Jeśli w szpitalu jest osoba przygotowana pod względem epidemiologicznym, warto korzystać z jej wsparcia merytorycznego, przy akceptacji zarządu szpitala. Przekazywanie informacji o tym, co należy robić w konkretnych sytuacjach, uzyskuje większą akceptację i buduje zaufanie na linii pracownik – zarządzający. Również sposób przekazywania informacji powinien budzić zaufanie odbiorcy. Należy mówić o problemach, z którymi mierzy się obecnie szpital, pokazywać sposoby ich rozwiązywania, zachęcać i angażować personel do wspólnego przejścia przez okres epidemii i szukania najlepszych rozwiązań.

Istotne jest budowanie pozytywnych emocji w trakcie rozmów i udzielania informacji. Należy zachęcać pracowników do dialogu i przekazywania informacji zwrotnych, niezwłocznie powiadamiać o sukcesach (np. zapobieżeniu transmisji wirusa na pracownika po kontakcie z osobą chorą), zaczynać od wiadomości pozytywnych (np. co pracownicy wykonują dobrze), a dopiero w następnej kolejności zamieszczać uwagi o tym, co należy poprawić.

Wspieranie personelu

W okresie epidemii COVID-19 personel medyczny jest szczególnie podatny na niekorzystny wpływ stresu i trudnych warunków pracy na stan psychiczny. Objawia się to zwiększonym ryzykiem depresji, niepokoju, nadużywania środków odurzających czy zaburzeń snu. Wiele badań wskazuje, że właściwe relacje zarówno między współpracownikami, jak i między pracownikami a przełożonym są mocno powiązane z lepszym radzeniem sobie z zagrożeniami w pracy.

Tabela 2. Czynniki wpływające na stan psychiczny personelu medycznego [24]

Czynniki zwiększające poziom stresu – predysponujące do nasilenia negatywnych skutków psychicznych	Czynniki zmniejszające poziom stresu – predysponujące do zmniejszenia negatywnych skutków psychicznych
<p>Indywidualne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwiększony kontakt z zakażonymi pacjentami • środki ostrożności, które w oczach personelu utrudniają pracę • przeniesienie pracownika (przymus) na oddział zakaźny • niewystarczające przeszkolenie • wydłużony czas kwarantanny • bardziej narażone na stres są pielęgniarki, osoby zatrudnione na niepełny etat, o mniejszym doświadczeniu zawodowym, będące rodzicami małych dzieci <p>Organizacyjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poczucie braku wsparcia organizacyjnego • poczucie braku odpowiedniego przeszkolenia • brak zaufania do służb kontroli zakażeń • brak adekwatnego wynagrodzenia <p>Spoteczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stygmatyzacja 	<p>Indywidualne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • częste, krótkie przerwy w czasie wykonywania obowiązków • odpowiedni czas wolny (bez pracy) • poczucie, że jest się dobrze przeszkolonym i wspieranym • wiara w skuteczność stosowanych środków ostrożności • wspierający zespół • wspierająca rodzina • mniej narażone na stres są osoby z większym doświadczeniem zawodowym, pracujące na stanowiskach administracyjnych bądź menedżerskich <p>Organizacyjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pozytywne informacje zwrotne • przekonanie o skuteczności i trafności procedur kontroli zakażeń • wyposażenie w środki ochrony osobistej • skuteczne przeszkolenie przygotowujące do pracy w warunkach epidemii • zasady postępowania wspierające pracowników • skuteczna komunikacja • brak infekcji wśród personelu po wprowadzeniu środków ostrożności • dostęp do interwencji psychologicznych zgodnych z indywidualnymi potrzebami pracowników <p>Spoteczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ogólny spadek transmisji zakażeń

Tabela 3. Działania istotne dla zachowania dobrego stanu psychicznego personelu

Udział w decyzjach	<ul style="list-style-type: none"> • konsultowanie z personelem wprowadzanych zmian i procedur, jeśli to możliwe • wprowadzanie nowych procedur na okres próbny, kiedy pracownicy mogą zgłaszać uwagi i sugestie, które mogą zostać uwzględnione w wersji ostatecznej • uzasadnianie wprowadzanych decyzji: jaki jest cel, czym się kierowaliśmy, jakie kryteria zastosowaliśmy – pracownik niemający wpływu na decyzję, ale ją rozumiejący i zgadzający się z nią, angażuje się w jej realizację, tak jakby to była jego własna decyzja • wdrożenie systemu komunikacji na linii pracownik – zarządzający: ustalenie sposobu, w jaki pracownik może zgłosić swoje uwagi, pomysły, pytania (zachowując poczucie bezpieczeństwa)
Czas i przestrzeń na odreagowanie	<ul style="list-style-type: none"> • wprowadzenie krótkich przerw w pracy • zadbanie, aby pokój przeznaczony na przerwę dawał poczucie komfortu i możliwość relaksu • dostęp do szkoleń, kursów on-line na temat sposobów radzenia sobie ze stresem, napięciem, budowania odporności psychicznej • zdalny dostęp do wsparcia coacha, psychologa (obecnie wiele organizacji oferuje bezpłatne wsparcie on-line)
Zespołowość	<ul style="list-style-type: none"> • budowanie zespołowości jako jedno z priorytetowych zadań szefa zespołu – również budowanie kompetencji przywódczych szefa zespołu • podkreślanie wspólnych celów zespołu i powiązanie zadań poszczególnych osób z celami wspólnymi • zachęcanie (dawanie przykładu) członków zespołu do dbania o siebie nawzajem (przypominanie o przerwie, posiłku) i dzielenia się doświadczeniami • zadbanie o serdeczne wprowadzanie nowych osób do zespołu (pracowników, praktykantów) i wyznaczenie opiekuna nowej osoby w pierwszym okresie pracy • zaplanowanie czasu na spotkania zespołu w celu przedyskutowania problemów i szukania rozwiązań, również dotyczących samopoczucia w pracy

W tabeli 2 wymieniono czynniki wpływające na poziom stresu pracowników ochrony zdrowia w czasie epidemii. Zestawienie to może być dobrym punktem wyjścia do zaplanowania i wdrożenia działań minimalizujących ich niekorzystne oddziaływanie.

Trzy rodzaje działań są uznawane za strategiczne dla zachowania dobrego zdrowia psychicznego personelu (tab. 3):

- umożliwienie personelowi udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego bezpieczeństwa,
- zapewnienie czasu i przestrzeni do odreagowania napięcia w trakcie pracy,
- zbudowanie poczucia działania jako zespół: „jeden zespół – jedna walka”.

Tomasz Ozorowski, Szczepan Cofta, Ewa Schabek, Daria Springer
Piśmiennictwo dostępne w wydaniu internetowym „Menedżera Zdrowia”.