

Wyzwania logistyczno-organizacyjne w placówce onkologicznej w czasie pandemii COVID-19

Logistics and organizational challenges in an oncology institution during the COVID-19 pandemic

Ewa Tańska

Wielkopolskie Centrum Onkologii
ORCID: [0000-0001-5940-4112](https://orcid.org/0000-0001-5940-4112)

Streszczenie

Pandemia COVID-19 zatrzymała świat i przesądziła o potrzebie wprowadzenia zmian. W kryzysie rośnie odpowiedzialność, zwiększają się ryzyka związane z popełnianymi błędami, a także potencjalne skutki zaniechań. Próba odpowiedzi na pytanie, jakie wyzwania logistyczno-organizacyjne występują w różnych obszarach funkcjonowania placówki medycznej, stała się impulsem do podjęcia tematu wyzwań stojących przed placówką onkologiczną. Rozmowy z pracownikami placówki w czasie pandemii wskazały występowanie licznych wyzwań, z którymi na co dzień trzeba stawić czoła, jednak brakuje zestawienia tych wyzwań oraz ewentualnego podziału na obszary występowania.

W efekcie wykorzystania jakościowych metod badawczych i stosując scenariusz pogłębionego wywiadu indywidualnego, powstała rozbudowana lista wyzwań logistyczno-organizacyjnych, które autorka pogrupowała ze względu na sześć obszarów występowania: 1) zarządzanie, 2) koordynacja ruchu pacjentów na terenie placówki medycznej, 3) udzielanie świadczeń medycznych, 4) osobowy (ludzie), 5) techniczno-operacyjny i 6) utrzymania czystości.

W wywiadach autorka dopytywała o wiele ważnych kwestii, jak: strategia, kluczowe decyzje podejmowane w czasie pandemii, stan bieżący, otoczenie zewnętrzne, zarządzanie zmianą i technologicie. Odpowiedzi badanych dopełniły analizę wymienionych i uszeregowanych wyzwań oraz ukazały wieloaspektowość napotykaných przeszkód i istotę wprowadzonych zmian. Uzyskano także odpowiedzi na zadane pytania badawcze, dotyczące kluczowych decyzji dla funkcjonowania placówki onkologicznej czy zastosowania najnowszych technologii.

Słowa kluczowe

COVID-19, placówka onkologiczna, wyzwania, pandemia, zarządzanie, ludzie

Abstract

The COVID-19 pandemic stopped the world and determined the need for change. In a crisis, responsibility grows, the risks associated with mistakes increase, as well as the potential consequences of omissions. An attempt to answer the question of what logistical and organizational challenges exist in various areas of the functioning of a medical institution has become an impulse to take up the topic of challenges facing the oncology center. Interviews with hospital staff during the pandemic showed that

there are a number of challenges that must be faced on a daily basis, but there is no comparison of these challenges and a possible division into areas of occurrence.

As a result of the use of qualitative research methods and using the scenario of an in-depth individual interview, an extensive list of logistical and organizational challenges has been created, which the author has grouped according to 6 areas of occurrence: 1) management, 2) coordination of patient movement in a medical institution, 3) provision of medical services, 4) personal (people), 5) technical and operational, and 6) cleanliness maintenance.

In the interviews, the author asked about many important issues, such as: strategy, key decisions during a pandemic, current state, external environment, change management and technologies. The answers of the respondents completed the analysis of the listed and ranked challenges and showed the multifaceted nature of the obstacles encountered and the essence of the introduced changes. Answers were also obtained to the research questions concerning key decisions for the functioning of an oncological institution or the use of the latest technologies.

Keywords

COVID-19, cancer center, challenges, pandemic, management, people

JEL: I10, I12, I14, I18

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 jako czynnik krytyczny zatrzymała świat (nie wiadomo na jak długo) i przesądziła o potrzebie wdrożenia zmian. Jest determinantą, która zmotywowała ludzi do dokonania przewartościowań, wpłynęła na procesy społeczno-gospodarcze, skłoniła do refleksji oraz dała czas do namysłu i podjęcia działań. Zmiany, o których mowa, wiązały się m.in. z wyzwaniem logistyczno-organizacyjnymi, które z kolei wymagały wdrożenia rozwiązań w wielu sferach aktywności ludzkiej oraz na różnych poziomach funkcjonowania¹.

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 po raz pierwszy zaobserwowano, gdy w mieście Wuhan w Chinach odnotowano przypadki niewyjaśnionego zapalenia płuc. W pierwszych tygodniach epidemii odnotowano związek między wczesnymi przypadkami a hurtowym rynkiem owoców morza w Wuhan Huanan; przypadki dotyczyły głównie dealerów i sprzedawców. Władze zamknęły rynek w dniu 1 stycznia 2020 r. w celu sanityzacji i dezynfekcji środowiska. Początkowo podejrzewano, że epicentrum epidemii stanowił rynek, na którym sprzedawano głównie produkty wodne i owoce morza, a także niektóre produkty pochodzące z dzikich zwierząt hodowlanych. Retrospektywne badania zidentyfikowały dodatkowe przypadki z objawami choroby w grudniu 2019 r., ale początkowo nie wiązano ich z rynkiem Huanan². Sekwencjonowanie próbek oddechowych

¹ P. Banaszyk, P. Deszczyński, M. Gorynia, K. Malaga, *Przesłanki modyfikacji wybranych koncepcji ekonomicznych na skutek pandemii COVID-19*, „Gospodarka Narodowa” 305, 2021, nr 1, s. 53–86.

² WHO, *WHO-convended Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part*, „Joint WHO-China Study”, 14 January–10 February 2021, Joint Report.

pobranym od chorych wykazało obecność nowego patogenu z podrodziny *Coronavirinae*: 2019-nCoV lub SARS-CoV-2. Koronawirusy są niesegmentowanymi wirusami RNA o dodatniej nici, które należą do rodziny *Coronaviridae*. Znanych jest sześć gatunków koronawirusów, które powodują choroby u ludzi: 229E, OC43, NL63, HKU1, SARS-CoV i MERS-CoV. Pierwsze cztery powodują objawy przeziębienia, a dwa ostatnie są chorobami odzwierzęcymi i mogą prowadzić do cięższych powikłań³. Międzynarodowy Komitet Taksonomii Wirusów (ICTV) zasugerował, żeby ten nowy koronawirus został nazwany SARS-CoV-2 ze względu na jego analizę filogenetyczną i taksonomiczną⁴.

Placówka onkologiczna prowadzi pełne leczenie skojarzone nowotworów: chirurgiczne, radioterapię i chemioterapię. Pacjent, przychodząc do placówki na początku procesu leczenia, jest diagnozowany, czyli otrzymuje zlecenie do badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej (radiologia, medycyna nuklearna). Następnie przechodzi przez etap badań w diagnostyce pogłębionej, która jest zindywidualizowana do wstępnie zdiagnozowanego rozpoznania klinicznego. Kolejnym etapem są interdyscyplinarne konsylia lekarskie, na których zapada decyzja w sprawie dalszego leczenia i opieki nad pacjentem. Pacjent onkologiczny wyraża tzw. świadomą zgodę na zaproponowane leczenie. W każdej chwili może z niego również zrezygnować.

Ponieważ leczenie onkologiczne jest leczeniem długim, ciężkim i wyczerpującym, pacjent jest bardziej niż inni narażony na różnego rodzaju infekcje i choroby. Najnowsze badania dotyczące zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u pacjentów onkologicznych opisują większą podatność tych pacjentów na zakażenie tym koronawirusem i gorsze wyniki u osób z aktywną chorobą onkologiczną. Zwiększone ryzyko zgonu występowało u pacjentów, którzy na dwa tygodnie przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 otrzymali jakiegokolwiek rodzaj leczenia onkologicznego (chemioterapia, immunoterapia lub radioterapia). W kilku badaniach zakwestionowano założenie, że pacjenci z immunosupresją są bardziej narażeni na zespół ostrej choroby układu oddechowego (ARDS) wtórny do COVID-19. Z kolei liczne badania kliniczne dotyczące leczenia osób onkologicznych zakażonych wirusem SARS-CoV-2 opierają się na badaniu cytokin oraz skupiają się na lepszym zrozumieniu i ocenie ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, a także powikłań. Wiedza w tym obszarze zapewniła onkologom dodatkowe narzędzie do oceny ryzyka i korzyści związanych z rozpoczęciem lub kontynuacją leczenia onkologicznego podczas pandemii⁵.

³ W. Suchorska, *WCO wykonuje testy w kierunku COVID-19 dla swoich Pacjentów i Pracowników*, „Kurier Onkologii” 2, 2020, nr 14, s. 6–7.

⁴ R. Chilamakuri, S. Agarwal, *COVID-19: Characteristics and Therapeutics*, „Cells” 10, 2021, nr 206, <https://doi.org/10.3390/cells10020206>.

⁵ S. Cherri, D.H.L. Lemmers, S. Noventa, M.A. Hilal, A. Zaniboni, *Outcome of oncological patients admitted with COVID-19: experience of a hospital center in northern Italy*, „Therapeutic Advances in Medical Oncology” 12, 2020, s. 1–8, DOI: [10.1177/1758835920962370](https://doi.org/10.1177/1758835920962370).

Studia literaturowe wskazują, że do zarządzania skutkami pandemii COVID-19 można wykorzystać technologie, takie jak druk 3D, cyfrowe łańcuchy dostaw i przemysł 4.0. Badania dowodzą, że wymienione technologie mogą pomóc łańcuchowi dostaw szczególnie w sektorze opieki zdrowotnej, tj. zwiększyć produkcję środków ochrony indywidualnej, respiratorów i innych potrzebnych elementów. W dłuższej perspektywie badania pokazują wzrost wykorzystania innych pojawiających się technologii, takich jak blockchain, sztuczna inteligencja, internet rzeczy⁶ (IoT), analiza danych, robotyka itp., które mogą pomóc w budowaniu zrównoważonego rozwoju łańcucha dostaw i w zarządzaniu zakłóceniami pandemicznymi⁷.

Zidentyfikowanie, jakie wyzwania w czasie pandemii napotykają placówki medyczne oraz w których obszarach funkcjonowania jednostki jest ich najwięcej, stanowi ważny temat badawczy. Nie mniej ważne jest również określenie możliwości zastosowania i ocena roli nowoczesnych technologii w pokonywaniu wyzwań, z jakimi zmagają się wymienione placówki przy formułowaniu i wdrażaniu strategii działania podczas pandemii.

1. Cel pracy

Opisana rzeczywistość drugiej dekady XXI w. stanowi tło do rozważań w niniejszej pracy. W literaturze przedmiotu dynamiczną i nieprzewidywalną rzeczywistość opisuje koncepcja VUCA, wskazująca na niejednoznaczność w rozumieniu i definiowaniu procesów oraz kontroli nad nimi. VUCA jest akronimem pochodzącym od pierwszych liter angielskich słów: *Volatility* (zmiennosc), *Uncertainty* (niepewność), *Complexity* (złożoność), *Ambiguity* (niejednoznaczność)⁸. Umiejętność skutecznego zarządzania placówką medyczną w świecie VUCA bezwzględnie zweryfikowała pandemia COVID-19, która wywołała kryzys zdrowotny na całym świecie. Obnażone zostały ograniczenia systemów ochrony zdrowia, w tym aspekty infrastruktury i wyposażenia w respiratory, deficyt kadr medycznych (lekarskich i pielęgniarskich), zasoby łóżek do intensywnej terapii itp. Z kryzysem zdrowotnym pojawił się także kryzys gospodarczy, którego konsekwencją było przerwanie łańcuchów dostaw, bezprecedensowy spadek globalnego popytu i podaży oraz mocne załamanie PKB wielu krajów. W takich okolicznościach należało

⁶ Internet rzeczy, internet przedmiotów – koncepcja, wedle której jednoznacznie identyfikowalne przedmioty mogą pośrednio albo bezpośrednio gromadzić, przetwarzać lub wymieniać dane za pośrednictwem instalacji elektrycznej inteligentnej KNX lub sieci komputerowej, Wikipedia 2021, https://pl.wikipedia.org/wiki/Internet_rzeczy [dostęp: 26.04.2021].

⁷ P. Chowdhury, S.K. Paul, S. Kaisar, A. Moktadir, *COVID-19 pandemic related supply chain studies: A systematic review*, „Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review” 148, 2021, s. 102271, <https://doi.org/10.1016/j.tre.2021.102271>.

⁸ A. Jeske, *Kompetencje w świecie VUCA*, 21 lipca 2018, z <https://taptalent.eu/kompetencje-w-swiecie-vuca/> [dostęp: 12.10.2020].

dostosować dotychczasowe paradygmaty zarządzania i organizacji placówką medyczną do zaistniałej sytuacji. W kryzysie rośnie odpowiedzialność, zwiększają się ryzyka związane z popełnianymi błędami, a także potencjalne skutki zaniechań. Próba odpowiedzi na pytanie, jakie wyzwania logistyczno-organizacyjne występują w różnych obszarach funkcjonowania placówki medycznej, stała się impulsem do podjęcia tematu wyzwań stojących przed placówką onkologiczną. Rozmowy z pracownikami placówki w czasie pandemii wskazały występowanie licznych wyzwań, którym na co dzień trzeba stawić czoła, jednak brakuje zestawienia tych wyzwań oraz ewentualnego podziału na obszary występowania. Ta luka badawcza stała się przesłanką do sformułowania celu badania, które brzmi następująco: rozpoznanie wyzwań logistyczno-organizacyjnych, które w czasie pandemii COVID-19 pojawiły się w placówce onkologicznej.

Aby dobrze rozpoznać te wyzwania, badania ukierunkowywane były w taki sposób, by odpowiedzieć na następujące pytania:

- jakie są główne obszary występowania wyzwań logistyczno-organizacyjnych?
- które wyzwania pociągnęły za sobą konieczność wdrożenia zmian?
- które z wyodrębnionych wyzwań logistyczno-organizacyjnych posiadają cechy o strategicznym znaczeniu dla funkcjonowania placówki onkologicznej?
- które z wyodrębnionych wyzwań logistyczno-organizacyjnych wymagały wdrożenia rozwiązań, opierając się na najnowszych technologiach?

2. Metody badawcze

Mając na uwadze przedmiot i cel badania, autorka zdecydowała się wykorzystać do jego realizacji metody jakościowe. Zgodnie z dostępną wiedzą badania o charakterze jakościowym (wywiad indywidualny i/lub grupowy) skupiają się na różnorodności zjawisk. W efekcie pytania badawcze w badaniu jakościowym powinny mieć charakter eksploracyjny. Dobór próby zależy od specyficznych cech osób, które charakteryzują populację poddaną badaniu. Próbę tę opisuje się dodatkowymi kryteriami celowymi. Wielkość próby w badaniach jakościowych liczy od kilku do 50 osób⁹. Wśród najważniejszych jakościowych metod zbierania i analizowania danych wymienia się wywiady ustrukturyzowane lub narracyjne, badania fokusowe, etnograficzne lub obserwacje (w tym także uczestniczące) oraz nagrywanie interakcji na nośniki audio i wideo¹⁰. W niniejszej pracy wykorzystano scenariusz wywiadu dla badań jakościowych.

⁹ D. Maison, *Jakościowe metody badań marketingowych. Jak zrozumieć konsumenta*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 17–19.

¹⁰ U. Flick, *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 33–36.

Według Juszczyka¹¹ badacze jakościowi opracowują teksty związane z badaniem (w tym obrazy, zjawiska, sytuacje, w których badacz uczestniczy i które obserwuje, a także teksty pisane) zgodnie z zasadami hermeneutyki, która jest sztuką opisu i interpretowania świata. Badacz dokonuje interpretacji, wykorzystując własne doświadczenie, wiedzę i interakcję ze światem.

Niewątpliwym atutem prowadzonego badania jakościowego jest wysoka elastyczność doboru i budowy narzędzia badawczego. Wywiad indywidualny został przeprowadzony według scenariusza wywiadu, który miał sformalizowaną formę, ale badacz mógł wprowadzać drobne modyfikacje polegające np. na innym sformułowaniu pytania czy odstępianiu od zadawania konkretnego pytania. Badani stanowili niewielką grupę i byli reprezentatywni względem celu badania. Dla autorki bardzo ważne było, aby uczestnik badania był kreatywny i czynny oraz emocjonalnie zaangażowany w temat badania¹².

Aby zachować konsekwencję przy otwartości na wprowadzanie zmian i elastyczności postępowania, autorka zastosowała „strategię lejka”, zgodnie z którą na początku obszar zainteresowań był bardzo szeroki, a w miarę zbierania i analizy danych wyłonił kategorie istotne dla badania. Ponieważ badanie było nastawione na cele praktyczne, wybór metody czy prawomocność postawionych pytań była możliwa istnieniu określonej rzeczywistości społecznej. Takie działanie pozwoliło autorce uniknąć powielania potocznych, zdroworozsądkowych teorii społecznych lub perspektywy badawczej, do jakiej jesteśmy „przyzwyczajeni” i którą przyjmujemy rutynowo¹³.

W tabeli 1 zebrano informacje przedstawiające w sposób syntetyczny metodykę prowadzonych badań jakościowych.

Tabela 1. Metodyka prowadzonych badań jakościowych

Kryterium	Sposób realizacji
zakres podmiotowy badania	kierownik/ordynator
	sekretarka medyczna
	pracownik administracji
	samodzielny specjalista
zakres przedmiotowy badania	subiektywna odpowiedź na ok. jedenaście pytań szczegółowych na temat wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii
termin realizacji badania	kwiecień 2021

¹¹ S. Juszczyk, *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013, s. 7–12.

¹² I. Olejnik, M. Kaczmarek, A. Springer, *Badania jakościowe – metody i zastosowania*, CeDeWu, Warszawa 2018, s. 15.

¹³ A. Stasik, A. Gendźwił, *Projektowanie badania jakościowego*, [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe, t. 1. Podejścia i teorie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 2–5.

Kryterium	Sposób realizacji
zakres przestrzenny badania	Polska
narzędzie badawcze	scenariusz wywiadu indywidualnego
metoda pomiaru	wywiad
liczebność próby badawczej	n = 15
metoda doboru próby badawczej	kontakt indywidualny na terenie placówki onkologicznej
zastosowana forma analizy	przegląd odpowiedzi na pytania i wnioskowanie

Źródło: opracowanie własne na podstawie zebranych wyników.

W badaniu jakościowym podmiotami byli pracownicy placówki onkologicznej zatrudnieni na stanowisku kierownika/ordynatora, sekretarki medycznej, pracownika administracji, samodzielnego specjalisty. Zakres przedmiotowy badania stanowiła subiektywna odpowiedź na mniej więcej jedenaście pytań szczegółowych na temat wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii.

Badania jakościowe były prowadzone w kwietniu 2021 r. w Polsce. Wywiadu udzieliło piętnaście osób, w tym pięciu mężczyźni i dziesięć kobiet.

3. Narzędzie badawcze

Istotą metod i narzędzi jakościowych jest wsłuchanie się w to, co mówią badane osoby. Badacz, koncentrując się na wypowiedzi swojego rozmówcy i przekazie informacji, dowiaduje się, jak wygląda prawdziwa praktyka. Bliskość rzeczywistości i doświadczenia zawodowego jest niewątpliwie zaletą niniejszego badania¹⁴. Po zadaniu konkretnego pytania należy wnikliwie wsłuchiwać się w udzieloną odpowiedź, tak by dojść do szczegółowej wiedzy. Wywiad jakościowy pozwolił badaczowi wniknąć w świat badanych, którzy swoimi słowami opisali podejmowane przez nich działania, własne doświadczenia i poglądy¹⁵.

Tabela 2 prezentuje szczegółowy scenariusz pogłębionego wywiadu indywidualnego w zakresie wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii.

Na wstępie rozmowy autorka nawiązywała do strategii placówki medycznej, chcąc zbadać, na czym polega istota strategii placówki onkologicznej w czasie pandemii oraz powiązanie celów działania komórki organizacyjnej z ogólną strategią placówki

¹⁴ D. Jemieliński, *Wprowadzenie. Różnorodność metod i narzędzi w badaniach jakościowych*, [w:] D. Jemieliński (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 20–24.

¹⁵ S. Kvale, *Prowadzenie wywiadów. Niezbędny badacza*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 37–39.

medycznej. Ważną informacją było rozpoznanie, czy pracownik na swoim poziomie posiada wsparcie w budowaniu strategii.

Drugim obszarem badawczym było zidentyfikowanie wyzwań logistyczno-organizacyjnych, które pojawiły się wraz z pandemią, dzięki czemu było możliwe sporządzenie listy wyzwań.

Tabela 2. Szczegółowy scenariusz pogłębionego wywiadu indywidualnego w zakresie wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii

Lp.	Obszar badawczy	Przykładowe pytania (informacje)	Poszukiwane informacje
	powitanie i wprowadzenie do wywiadu	Cel i tematyka spotkania/wywiadu. Czas spotkania/wywiadu. Podziękowanie za wyrażenie zgody na rozmowę.	
1	strategia a pandemia	Jakie główne cele zostały postawione przez komórką organizacyjną w związku z pandemią?	Istota strategii placówki onkologicznej w czasie pandemii
		Co zdecydowało o takim wyborze?	Powiązanie celów działania komórki organizacyjnej z ogólną strategią placówki medycznej, wsparcie w budowaniu strategii
2	wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii	Jakie wyzwania logistyczno-organizacyjne napotkano w czasie pandemii?	Zidentyfikowanie wyzwań logistyczno-organizacyjnych, które pojawiły się wraz z pandemią
3	kluczowe decyzje w czasie pandemii	Które działania podjęte w placówce medycznej w Pani/Pana ocenie były kluczowe?	Wyselekcjonowanie kluczowych dla funkcjonowania placówki medycznej decyzji
		Jaki jest stopień zaangażowania pracowników w przeciwdziałanie skutkom pandemii?	Stopień zaangażowania ludzi w pokonywanie wyzwań logistyczno-organizacyjnych
4	stan bieżący	Jakie informacje dotyczące funkcjonowania placówki onkologicznej w pandemii w Pani/Pana ocenie są najważniejsze i rzutują na skuteczność leczenia i opieki?	Komunikacja, procedury, instrukcje, wytyczne
		W pandemii bardzo istotne są następujące kwestie: finansowanie ochrony zdrowia, wynagrodzenia i pracownicy. Czy podziela Pani/Pan tę opinię?	Zatrudnienie w placówce medycznej, zmiany w wynagrodzeniach, motywowanie pracowników, aspekty psychologiczno-społeczne
5	otoczenie zewnętrzne	Jak ocenia Pani/Pan komunikację i jakość przekazywanych informacji w czasie pandemii ze strony organów centralnych (ministerstwo) i/lub lokalnych (samorządowych)?	Przepisy prawa, wytyczne, finansowe wsparcie

6	zarządzanie zmianą	Jakie rozwiązania systemowe są potrzebne?	Zarządzanie ludźmi, motywacja, zaangażowanie
		Czy wdrożone zmiany w czasie pandemii w Pani/Pana opinii pozostaną utrzymane w przyszłości?	Zmienność rynku, podejmowane działania, dostrzeganie skuteczności wprowadzonych zmian
7	technologie	Jakie rozwiązania, opierając się na systemach IT i nowych technologiach, zostały opracowane i wdrożone w czasie pandemii?	Obecność nowoczesnych rozwiązań stosowanych w placówce medycznej, skuteczność nowych rozwiązań
	krótkie podsumowanie i podziękowanie rozmówcy za poświęcony czas		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie I. Olejnik, M. Kaczmarek, A. Springer, *Badania jakościowe – metody i zastosowania*, CeDeWu, Warszawa 2018.

Na kolejnym etapie rozmowy chodziło o wyselekcjonowanie kluczowych dla funkcjonowania placówki medycznej decyzji oraz rozpoznanie, jak bardzo ludzie angażowali się w pokonywanie zidentyfikowanych na swoim poziomie wyzwań logistyczno-organizacyjnych.

Czwartym obszarem poddanym dyskusji było określenie, jakie informacje dotyczące funkcjonowania placówki onkologicznej w pandemii rzutują na skuteczność leczenia i opieki, a także odniesienie się rozmówcy do kwestii finansowania ochrony zdrowia, wynagrodzenia i pracowników. Szczególną uwagę zwrócono na ostatni aspekt dotyczący ludzi i ich radzenia sobie z psychologiczno-społecznymi skutkami pandemii.

Otoczenie zewnętrzne placówki onkologicznej stanowią regulacje prawne, wytyczne i obostrzenia wydawane przez organy administracji rządowej i samorządowej, które w czasie pandemii były wielokrotnie aktualizowane i modyfikowane. W rozmowach zwrócono uwagę przede wszystkim na określenie, jak bardzo pomocne w codziennej pracy były pojawiające się nowe wytyczne i czy konieczne było przygotowywanie dodatkowych uregulowań wewnętrznych w placówce onkologicznej.

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w trakcie wywiadu było zarządzanie zmianą i skuteczność wprowadzonych zmian. Dla autorki ważne było uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące rozwiązań systemowych i ich potrzebę, a także uzyskanie opinii, czy wdrożone zmiany pozostaną utrzymane w przyszłości.

Ostatnim omawianym zagadnieniem była obecność nowoczesnych rozwiązań stosowanych w placówce onkologicznej oraz podjętych działań związanych z przyspieszonym wdrożeniem nowych technologii w czasie pandemii. Autorka wypytywała o skuteczność wdrożonych rozwiązań szczególnie w aspekcie zapewnienia bezpieczeństwa leczenia i opieki nad pacjentem onkologicznym.

4. Charakterystyka próby badawczej

Podchodząc do badania jakościowego i rozważając kryteria doboru próby badawczej, autorka skontaktowała się z pracownikami i zarazem przedstawicielami różnych obszarów funkcjonowania placówki medycznej. Podmioty, do których kierowany był scenariusz wywiadu, to w szczególności osoby pracujące na tzw. pierwszej linii świadczenia usługi medycznej i posiadające kontakt bezpośredni z pacjentem, jak również osoby zarządzające, czyli podejmujące kluczowe decyzje dla funkcjonowania komórki organizacyjnej. Autorka skontaktowała się osobiście lub drogą telefoniczną z wybranymi osobami i ustaliła termin rozmowy, dokładnie wiedziała, z kim chciałaby przeprowadzić wywiad. W efekcie na prośbę autorki odpowiedziało piętnaście osób.

Tabela 3 prezentuje strukturę próby badawczej w badaniu jakościowym ze względu na wybrane cechy respondentów.

Tabela 3. Struktura cech próby badawczej w badaniu jakościowym

Cecha	Wariant cechy	Liczność	Procent
Kraj	Polska	15	100%
Stanowisko	kierownik/ordynator	11	73%
	sekretarka medyczna	2	13%
	pracownik administracji	1	7%
	samodzielny specjalista	1	7%
	Razem	15	100%
Płeć	kobiety	10	67%
	mężczyźni	5	33%
	Razem	15	100%
wywiad	osobisty	15	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zebranych wyników.

Wszystkie rozmowy zostały przeprowadzone osobiście w miejscu pracy rozmówców. Wybór tego narzędzia został podyktowany m.in. cechami, jakie wywiad w oczekiwaniu respondentów powinien posiadać: sprawność, elastyczność i pewność. Elastyczność charakteryzowała się tym, że rozmówcom łatwiej było poświęcić czas na rozmowę, będąc na miejscu w biurze, pomiędzy spotkaniami i wykonywanymi obowiązkami. Pewność oznaczała fakt, że rozmówcy autoryzowali swoje wypowiedzi, sprawność zaś – możliwość szybkiego odpowiedzenia na prośbę rozmowy. Warto zaznaczyć, że rozmowa zaplanowana na 20–30 minut przedłużała się i trwała 45 minut. W dwóch przypadkach rozmowa trwała blisko godzinę.

Ważnym elementem wywiadu jest to, że obie strony się znają, czyli każdy zna swego rozmówcę. Dla celów niniejszej pracy i w analizie jakościowej autorka zanonimizowała dane rozmówców.

5. Wyniki

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 11 marca 2020 r. ogłosiła pandemię COVID-19, ponieważ przypadki zakażenia wirusem SARS-CoV-2 pojawiły się prawie we wszystkich krajach na świecie. Wirus ten powoduje chorobę układu oddechowego podobną do grypy, z objawami takimi jak kaszel, gorączka i przenosi się głównie drogą kropelkową. Chory może odczuwać bóle mięśni i zmęczenie oraz rzadsze symptomy, takie jak ból głowy, ból gardła, biegunka oraz wymioty. W cięższych przypadkach zachorowań może wystąpić zespół ostrej niewydolności oddechowej lub wielonarządowej prowadzącej do śmierci chorego. Objawy infekcji wirusem SARS-CoV-2 pojawiają się zwykle w czasie od dwóch do czternastu dni po ekspozycji, a transmisja wirusa SARS-CoV-2 odbywa się nawet podczas bezobjawowego okresu inkubacji, dlatego ten wirus jest szczególnie trudny do opanowania. W Polsce pierwszy przypadek zakażenia potwierdzono 4 marca 2020 r.¹⁶

Mając na uwadze trudną sytuację epidemiologiczną na świecie oraz aby opanować pandemię COVID-19, rządy państw wprowadzały w okresach najwyższej liczby zakażeń ludzi wirusem SARS-CoV-2 różne środki bezpieczeństwa, m.in.: ograniczenia dotyczące opuszczania domu w określonych sytuacjach (praca, apteka, sklep, spacer z psem itp.); do odwołania zamknięto szkoły, przedszkola, urzędy i inne jednostki publiczne; ograniczono liczbę osób w komunikacji miejskiej; ograniczono przemieszczanie się ludzi do maksymalnie dwóch osób (ograniczenie nie dotyczyło rodzin); brak możliwości organizowania zgromadzeń powyżej pięciu osób, zamknięto galerie handlowe, kina, restauracje, salony fryzjerskie i kosmetyczne, siłownie i baseny. Wystąpiła również potrzeba realizowania pracy w trybie zdalnym w miejscu zamieszkania pracownika.

Obostrzenia wprowadzone na poziomie państwa rzutowały na konieczność wprowadzenia nowych zasad postępowania w placówkach medycznych i dokonania weryfikacji strategii jej działania.

6. Strategia a pandemia

Strategia placówki onkologicznej pozostała niezmienna w pandemicznym świecie VUCA. Leczenie chorób nowotworowych, stosując najnowocześniejsze metody

¹⁶ W. Suchorska, *op. cit.*

diagnostyczne i terapeutyczne, to główna misja placówki. Zespół medyczny i administracyjny jednostki nie ustaje w staraniach, by każdego dnia stworzyć klimat budowania więzi z pacjentem mimo wielu ograniczeń, które należy zastosować w kontaktach i komunikacji z ludźmi w tym trudnym epidemiologicznie czasie. Empatia, poszanowanie godności, zapewnienie poczucia komfortu i bezpieczeństwa to wartości pielęgnowane od momentu powstania placówki. W badaniu jakościowym pracownicy potwierdzili swoje zaangażowanie w myśl przytoczonych zasad oraz podkreślili istotę podtrzymywania ciągłości działania placówki właśnie dla dobra pacjentów onkologicznych. Świat w pewnym sensie się zatrzymał, ale życie biegnie dalej. Niezmiennie ludzie napotykać trudności zdrowotne i szukają wsparcia lekarzy. Tak też jest w przypadku nowotworów. W procesach leczenia onkologicznego bardzo ważna jest profilaktyka, szybka diagnoza i niezwłoczne rozpoczęcie leczenia. Czas zatem odgrywa główną rolę w tym procesie. Kolejnym ważnym aspektem jest zachowanie ciągłości leczenia i jak najkrótsze przerwy w jego realizacji, np. w leczeniu chemioterapeutycznym czy radioterapeutycznym. Dlatego utrzymanie ciągłości pracy każdej komórki organizacyjnej placówki medycznej wpisywało się bezpośrednio w strategię określoną w misji jednostki. Na skuteczność realizacji tego celu składało się wiele wdrażanych działań logistyczno-organizacyjnych, jak tworzenie podziałów pracowników na niewielkie, niespotykające się ze sobą zespoły, tworzenie harmonogramów przyjęć pacjentów, praca zdalna dla określonych stanowisk pracy, komunikacja w formie telekonferencji oraz telefoniczna i mailowa.

7. Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii

W badaniu jakościowym rozmówcy wymienili wyzwania, jakie w czasie pandemii napotykali na swoim stanowisku i w miejscu pracy. W efekcie powstała rozbudowana lista wyzwań logistyczno-organizacyjnych. Autorka dokonała dodatkowego pogrupowania tych wyzwań na sześć obszarów występowania: 1) zarządzanie, 2) koordynacja ruchu pacjentów na terenie placówki medycznej, 3) udzielanie świadczeń medycznych, 4) osobowy (ludzie), 5) techniczno-operacyjny i 6) utrzymania czystości. Przywołane obszary funkcjonowania placówki medycznej wpisują się w przedmiotowy charakter działań logistyczno-organizacyjnych. Tabela 4 prezentuje zestawienie wymienionych wyzwań w podziale na obszary funkcjonowania placówki onkologicznej.

Tabela 4. Wyzwania logistyczno-organizacyjne w placówce onkologicznej w czasie pandemii COVID-19 w podziale na obszary funkcjonowania placówki

Obszar funkcjonowania placówki onkologicznej	Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii COVID-19
zarządzanie	<ul style="list-style-type: none"> – organizacja większości spotkań wieloosobowych w trybie zdalnym (wideokonferencje), – ustalenie nowego podziału kompetencji dla osób oddelegowanych do przeciwdziałania skutkom pandemii, – ustalenie priorytetów i zasad funkcjonowania placówki medycznej w czasie pandemii, – sporządzenie instrukcji i zasad postępowania w placówce onkologicznej w czasie pandemii, – wdrożenie wytycznych Ministerstwa Zdrowia i innych organów administracji rządowej i samorządowej w sprawie pandemii, – ustanowienie harmonogramów pracy uwzględniających zabezpieczenie ciągłości pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych placówki onkologicznej, – konieczność ustalenia możliwości pracy zdalnej dla określonych grup zawodowych pracujących z pacjentem, – zabezpieczenie pracowników w możliwość prowadzenia pracy zdalnie (udostępnienia systemowe, sprzętowe, organizacyjne, inne), – określenie zasad nadzorowania i rozliczania pracy zdalnej, – ustalenie zasad pracy pracowników, którzy są rodzicami małych dzieci w okresie zamkniętych szkół, przedszkoli i żłobków, – powołanie koordynatorów ruchu pacjentów do nadzorowania wejść na teren placówki, – powołanie zespołów i grup zadaniowych m.in. ds. pomocy pracownikom, ds. diagnostyki COVID-19, ds. wskazań do diagnostyki COVID-19, ds. koordynacji ruchu pacjentów, ds. nadzoru kosztów i rozliczania świadczeń, – uruchomienie laboratorium COVID-lab dla pracowników i pacjentów, w którym są wykonywane wymazy na obecność wirusa SARS-CoV-2 z wykorzystaniem PCR, – zorganizowanie akcji edukacyjnej wśród pracowników na temat szczepień COVID-19, – przeprowadzenie szczepień personelu przeciw COVID-19, – wydzielenie oddziału dla pacjentów, u których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, a którzy wymagają zapewnienia hospitalizacji w placówce, – zorganizowanie specjalnego miejsca obserwacyjnego dla pacjentów z wynikiem dodatnim SARS-CoV-2 oczekujących na transport ze szpitala do innej jednostki (dom, izolatorium lub oddział „covidowy” w zależności od stanu ogólnego i objawów), – oddelegowanie jednostki zamiejscowej (filii) do kontynuacji leczenia pacjentów pozostających w leczeniu radioterapeutycznym, a u których zdiagnozowano obecność wirusa SARS-CoV-2

Obszar funkcjonowania placówki onkologicznej	Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii COVID-19
<p>koordynacja ruchu pacjentów na terenie placówki onkologicznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> – wprowadzenie obowiązku dezynfekcji rąk przez pacjentów i pracowników, – wyodrębnienie wejść dla pacjentów na teren placówki medycznej i rozdzielenie dróg poruszania się pacjentów wewnątrz placówki, – codzienne planowanie ruchu chorych i sporządzanie list na konkretne wejścia, – weryfikacja zdrowia pacjenta na wejściach do placówki (badanie pulsoksymetrem, pomiar temperatury, wywiad (ankieta)), – wejście pacjenta na teren placówki najwcześniej godzinę przed przyjęciem lub wizytą, – wprowadzenie ograniczenia względem osób towarzyszących (brak wejścia na teren placówki, chyba że pacjent nie jest w stanie poradzić sobie bez opieki), – uruchomienie systemu powiadamiania pacjentów smsem o terminie wizyty lub teleporady, – uruchomienie systemu elektronicznego skierowania pacjenta/pracownika do COVID-lab oraz na testy antygenowe, – wykonywanie wymazów na obecność wirusa SARS-CoV-2 w przypadku planowanego na następny dzień przyjęcia na oddział (wynik jest ważny do 72 godzin) oraz co każdy cykl podania leczenia systemowego w formie wlewu dożylnego (nie częściej niż co czternaście dni), – losowe badanie na obecność wirusa SARS-CoV-2 chorych z grup ryzyka, którym udzielane są świadczenia medyczne w trybie ambulatoryjnym lub pobytu jedno-dniowego, – głównie telefoniczna forma rejestracji, – zmiana sposobu rejestracji: pacjenci, którzy są leczeni od dłuższego czasu, rejestruje poradnia, w której pacjent jest leczony, – komunikacja i informowanie pacjentów o wdrożonych zmianach (szczególnie na początku pandemii), – uruchomienie informacji telefonicznej, – udostępnianie dokumentacji medycznej na wniosek i prośbę pacjenta głównie drogą pocztową za potwierdzeniem odbioru, koszty przesyłki pokrywa pacjent
<p>udzielanie świadczeń medycznych</p>	<ul style="list-style-type: none"> – udzielanie pacjentom najważniejszych informacji organizacyjno-logistycznych na wejściu do placówki i podczas wizyty, – brak możliwości swobodnego poruszania się po placówce medycznej (konieczność poruszania się wyznaczonymi, wydłużonymi trasami, ograniczenie przemieszczania w sali chorych i między salami chorych), – nastawienie pacjenta do procesu leczenia i opieki w placówce medycznej, – wprowadzenie dla wszystkich pacjentów otrzymujących leczenie systemowe (chemioterapię) maseczek, – przeniesienie konsultacji głównie na tryb teleporad (telefoniczna), – powiązanie czasowe teleporady z badaniem diagnostycznym wykonywanym na miejscu w placówce (np. badaniem krwi, radiologicznym, innym), – pilnowanie terminowego rozliczania świadczeń medycznych udzielonych pacjentom w ramach umów z NFZ lub MZ (w ramach programów ministerialnych)

Obszar funkcjonowania placówki onkologicznej	Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii COVID-19
osobowy (ludzie)	<ul style="list-style-type: none"> – przemęczenie pracowników (praca w wydłużonych godzinach, codziennie, w weekendy i dni wolne od pracy, brak możliwości wykorzystania urlopów), – depresja, frustracja, – wysoki poziom stresu w związku z narażaniem się na kontakt z osobą potencjalnie zakażoną, szczególnie przed okresem szczepień, – nierówne wynagradzanie, tylko wybrane grupy zawodowe otrzymały dodatek covidowy, – potrzeba udostępniania przez pracowników prywatnych numerów telefonów komórkowych dla celów usprawnienia komunikacji w zespołach i z pacjentami (wykorzystywane również poza godzinami pracy placówki), – brak możliwości swobodnego poruszania się po placówce medycznej (konieczność poruszania się wyznaczonymi, wydłużonymi trasami), – konieczność stosowania środków ochrony indywidualnej, szczególnie w kontakcie z pacjentem, – brak pomieszczeń do pracy z pacjentami, – konfrontacja z lękiem pacjentów, – utrudnione bliskie rozmowy z pacjentem na temat ich emocji i przeżyć (np. psycholog, lekarz, pielęgniarka), – lęk o bliskich w związku z ryzykiem zachorowania, – konieczność prowadzenia rozmów z pacjentami w maskach i przyłbicach podniesionym głosem – ograniczona słyszalność, zwłaszcza dla osób z niedosłuchem, – brak możliwości zorganizowania pacjentom czasu wolnego w trakcie pobytu w placówce medycznej, – brak możliwości prowadzenia zajęć grupowych dla pacjentów, – podział zespołu lekarzy na trzy odizolowane grupy, w tym dwie pracujące na zmianę, – praca zdalna (konsylia, teleporady), – zwiększona zachorowalność pracowników na COVID-19 w szczycie pandemii, – umiejętność pracy w zmniejszonych zespołach pracowników w szczycie pandemii, – niedobór kadr medycznych, – rotacje pracowników i przejście pracowników na świadczenie emerytalne, – brak czasu na szkolenia osób nowo przyjętych w utrudnionych warunkach sanitarnych
techniczno-operacyjny	<ul style="list-style-type: none"> – konieczność przeprowadzenia pilnego remontu w wybranych komórkach organizacyjnych placówki medycznej (oddziałach, poradniach, pracowniach) w celu zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjentom i pracownikom (m.in. zmiana funkcjonalności i wielkości pomieszczenia itp.), – konieczność zmniejszenia liczby pacjentów hospitalizowanych, – konieczność zwiększenia liczby pacjentów przyjmowanych w trybie ambulatoryjnym i hospitalizacji jednodniowej, – montaż lamp antywirusowych i antybakteryjnych w każdej sali, gabinecie i na korytarzach w miejscach oczekiwania i gromadzenia się pacjentów,

Obszar funkcjonowania placówki onkologicznej	Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii COVID-19
techniczno-operacyjny	<ul style="list-style-type: none"> – zakup i montaż parawanów/osłon stojących i wiszących oddzielających pacjentów na salach chorych i w miejscach udzielania świadczeń medycznych (m.in. miejsca podawania chemioterapii), – montaż dodatkowych urządzeń do dezynfekcji rąk, – rozwieszenie dodatkowych materiałów informacyjnych i rozdawanie każdemu pacjentowi ulotek dotyczących przestrzegania zasad bezpieczeństwa na terenie placówki, – określenie zasad przemieszczania i postępowania dla ekip remontowych, rozdzielania dróg poruszania się robotników, personelu i pacjentów, – zabezpieczenie płynności zakupów zestawów do oznaczenia wirusa SARS-CoV-2 i testów genetycznych do COVID-lab, – ograniczenie użycia Steamera w procesie sterylizacji (urządzenie służące usuwaniu zabrudzenia w trudno dostępnych miejscach na narzędziach, ze względu na fakt tworzenia się aerozolu pary i zanieczyszczeń) i przejście na doczyszczanie ręczne narzędzi, – sterylizacja wszystkich otrzymywanych i szytych ręcznie maseczek (szczególnie na początku pandemii), – w poradniach skrócenie czasu przechowywania materiału po sterylizacji, w efekcie wzrost liczby resterylizacji, – zwiększenie liczby procedur dekontaminacji (maseczek, gogli, przyłbic stosowanych w zwiększonej liczbie w procesach leczenia i opieki przez pracowników i pacjentów na terenie placówki), – zwiększenie liczby środków higienicznych i czystościowych
utrzymania czystości	<ul style="list-style-type: none"> – zwiększona częstotliwość realizacji procesu dezynfekcji, tj. dezynfekcja pomieszczeń po każdej zmianie dyżurów, – dodatkowa dezynfekcja pomieszczeń w gabinetach po wymazach w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2, – dezynfekcja pomieszczeń po pacjentach zakażonych wirusem SARS-CoV-2, – dezynfekcja wejść do szpitala w ciągu dnia, w tym specjalnych namiotów ustawionych przed wejściem do placówki medycznej, – zwiększenie liczby pojemników na odpady na terenie placówki medycznej, – zwiększona częstotliwość zbierania i usuwania odpadów, – zwiększenie zużycia środków higienicznych i czystościowych, – zwiększona częstotliwość uzupełniania płynów do dezynfekcji rąk na wejściach, w korytarzach, toaletach i pomieszczeniach, – konieczność szybkiego i elastycznego reagowania na sytuacje nagłe, nieplanningowane (konieczność dezynfekcji dodatkowych pomieszczeń z uwagi na kontakt z osobą zarażoną SARS-CoV-2), – wydłużone godziny pracy zespołów porządkowych, w tym w godzinach nocnych, – stosowanie maszyny zamglawiającej, – konieczność nauczania się zakładania kombinezonów do realizacji zadań bieżących w narażeniu na SARS-CoV-2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W obszarze zarządzania największa uwaga badanych skoncentrowała się na wytycznych otrzymywanych ze strony kierownictwa, zawierających wskazówki, które obszary są kluczowe dla funkcjonowania placówki onkologicznej. Wyzwaniem zarządczym było stworzenie nowych harmonogramów pracy, podział pracowników na zespoły, oddelegowanie ludzi do pracy zdalnej i określenie zakresu obowiązków w tym trybie pracy. Tu również wymienia się potrzebę stworzenia dokumentów regulujących najważniejsze ustalenia, czyli procedur i instrukcji postępowania dla pracowników. Wyzwaniem logistyczno-organizacyjnym w tym obszarze było zorganizowanie pracy w zmniejszonych zespołach w czasie zwiększonej liczby zachorowań na COVID-19 wśród pracowników czy absencja spowodowana koniecznością zaopiekowania się małymi dziećmi w sytuacji zamknięcia żłobków, przedszkoli i szkół.

W obszarze związanym z koordynacją ruchu pacjentów na terenie placówki onkologicznej największa uwaga badanych zwrócona została na nowe zasady wpuszczania pacjentów na wejściach do placówki. Przede wszystkim ważnym ustaleniem był podział wejść ze względu na rodzaj realizowanych procedur medycznych (osobne wejście do poradni, na oddziały, do zabiegów jednodniowych itp.). Ponadto wprowadzenie reżimów sanitarnych (dezynfekcja, maseczka, dystans) oraz triage'u dla pacjentów (badanie pulsoksymetrem, pomiar temperatury, wywiad w postaci kwestionariusza ankietowego).

W obszarze udzielania świadczeń medycznych rozmówcy zauważają kwestie związane z poruszaniem się pacjentów na terenie placówki oraz ich nastawienie do procesu leczenia i opieki w placówce onkologicznej. Wprowadzenie teleporad i konsultacji telefonicznych również stanowiło poważne wyzwanie po stronie pracowników.

Praca w placówce medycznej związana jest z ludźmi, którzy występują na każdym etapie procesu. Pacjent, dla którego funkcjonuje placówka onkologiczna, jest najważniejszy. Dlatego istotne są wszelkie relacje na styku pacjent–personel placówki, szczególnie: pacjent–sekretarka medyczna, pacjent–pielęgniarka i pacjent–lekarz. Komunikacja jest podstawą właściwego zrealizowania procesu leczenia i opieki nad pacjentem. Kluczowe zatem jest zdobycie wzajemnego zaufania, okazanie szacunku do drugiej osoby i zachowanie godności. W badaniu jakościowym w obszarze osobowym (ludzi) badani wskazywali więc takie wyzwania jak: dostępność pomieszczeń do rozmowy z pacjentem, konfrontacja z lękami pacjenta związanymi z pandemią COVID-19, umiejętność radzenia sobie z emocjami (zarówno pracownicy, jak i pacjenci), stres, frustracja i depresja. Wyzwania były tym większe, im mniej było pracowników na miejscu. Praca w zmniejszonych zespołach lub brak ludzi do pracy powodowały kumulowanie się wielu zadań koniecznych do wykonania przez personel obecny w placówce. Niejednokrotnie towarzyszyło temu uczucie bezsilności, notorycznego przemęczenia i smutku, przy równoczesnym poczuciu odpowiedzialności i pracowitości.

W kolejnym obszarze, czyli techniczno-operacyjnym, badani skupili się na wyzwaniach związanych z remontami, zmianą organizacji i funkcjonalności pomieszczeń czy montażu niezbędnych zabezpieczeń epidemiologicznych. W tych działaniach wymieniono także konieczność rezygnacji z wykorzystania niektórych urządzeń (np. Steamer w sterylizatorni) i przejście na pracę niezautomatyzowaną w czasie pandemii.

Ostatnim obszarem wyodrębnionym w podziale wyzwań logistyczno-organizacyjnych jest obszar utrzymania czystości. Z epidemiologicznego punktu widzenia jest to najważniejszy obszar do zabezpieczenia w czasie pandemii. Zasady dezynfekcji indywidualnej, pomieszczeń, urządzeń, powierzchni, toalet i innych pomieszczeń sanitarnych, a także ciągów komunikacyjnych i pomieszczeń gospodarczych są określone procedurami i instrukcjami w placówkach onkologicznych oraz restrykcyjne przestrzegane. Te działania zapewniają jakość realizowanych usług i bezpieczeństwo wszystkich uczestników w procesach medycznych. Dlatego badani w wywiadach wielokrotnie podkreślili istotę sprawnego i niezakłóconego funkcjonowania służb porządkowych na terenie placówki.

8. Kluczowe decyzje w czasie pandemii

W przeprowadzonych wywiadach badani podkreślali rolę COVID-lab (laboratorium wykonującego testy w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2) zorganizowanego na terenie placówki onkologicznej. W ich ocenie działanie to dało jednostce pełną niezależność w funkcjonowaniu, a pracownikom i pacjentom poczucie pewności i możliwość szybkiego działania. Decyzja o utworzeniu na swoim terenie takiego laboratorium zapadła na początku pandemii, czyli w drugiej połowie marca 2020 r. Celem utworzenia takiej jednostki było zapewnienie bezpieczeństwa przede wszystkim chorym onkologicznie przyjmowanym do placówki, którzy znajdują się w grupie szczególnego ryzyka rozwoju ciężkich powikłań po przebyciu COVID-19, oraz wszystkim pracownikom. Testy wykonywane są zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO/COVID-19/laboratory/2020.5) przez dwa niekontaktujące się ze sobą zespoły. Laboratorium działa w cyklu dwunastogodzinnym, a zespoły zmieniają się co dwa tygodnie. Na terenie placówki wyznaczono dwie poradnie, w których codziennie pobierane są wymazy z nosogardzieli do badań molekularnych w godzinach 8.15–9.30 oraz 12.00–13.30¹⁷.

Zgodnie z uzyskanymi w placówce onkologicznej danymi w okresie od kwietnia 2020 r. do kwietnia 2021 r. wykonano 18 639 testów, w tym 17 947 przebadanych osób, stwierdzono 416 dodatnich wyników na obecność SARS-CoV-2, czyli 416 nowych osób

¹⁷ *Ibidem.*

zakażonych wirusem, co stanowi dwuprocentowy wskaźnik osób zakażonych. W prowadzonych wywiadach pracownicy zauważają, że tak niski procent zakażonych osób może być spowodowany zaobserwowanym przez nich i bardzo istotnym zachowaniem pacjentów. Mianowicie w czasie pandemii świadomość pacjentów onkologicznych była szczególnie wysoka i wykazywali oni zwiększoną uważność na własny stan zdrowia. W sytuacji gdy pacjent zauważał pogorszenie samopoczucia lub objawy przeziębienia, odwoływał wizytę i nie ryzykował ekspozycji na potencjalnie zakażone osoby w otoczeniu. Często pozostawał w samoizolacji w domu, żeby móc przyjechać na odroczoną wizytę w jak najkrótszym czasie.

Analizując raport dotyczący diagnostyki laboratoryjnej w kierunku koronawirusa, zauważa się, że najwięcej testów (średnio ok. 100 oznaczeń dziennie) było wykonywanych w trakcie szczytu drugiej fali pandemii, tj. w październiku i listopadzie 2020 r. Mniej badań (średnio ok. 45 oznaczeń dziennie) wykonywanych było od początku 2021 r., przy czym od lutego 2021 r. nie wykonuje się testów dla pracowników, którzy się zaszczepili.

Diagnostyka zakażeń wirusem SARS-CoV-2 oparta jest na wykryciu przy użyciu techniki PCR materiału genetycznego RNA tego wirusa. Ograniczone możliwości techniczne w całej Polsce stanowiły poważne wyzwanie w sprostaniu potrzebom diagnostyki na początku pandemii. Dlatego w kwietniu 2020 r. Minister Zdrowia powołał zespół do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID-19, którego zadaniem było prowadzenie wykazu takich laboratoriów, opracowanie standardów procesu diagnostycznego, monitorowanie wydajności laboratoriów, nadzór nad jakością badań i czynności diagnostyki laboratoryjnej. W efekcie wprowadzonych zmian istotnie wzrosła liczba laboratoriów COVID-19 z 49 w marcu 2020 r. do 309 w kwietniu 2021 r. Na początku pandemii oprócz badań molekularnych jedynym narzędziem diagnostycznym było stosowanie szybkich testów, tzw. kasetkowych, do wykrywania przeciwciał anty-SARS-CoV-2 we krwi obwodowej. Te szybkie i proste w wykonaniu testy, pozwalające na uzyskanie wyniku w ciągu kilkunastu minut, stały się badaniem laboratoryjnym pozwalającym na wykrycie osób, które uległy zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 bądź przeszły infekcję w sposób skąpoobjawowy lub bezobjawowy. Stosowano dostępne wówczas na rynku IVD testy jakościowe oparte na metodzie immunochromatograficznej wykrywające przeciwciała anty-SARS-CoV-2 klasy IgM i IgG. Placówka onkologiczna wykorzystywała testy zarówno zakupione ze środków własnych, jak i uzyskane z Agencji Rezerw Materiałowych. W późniejszym okresie epidemii firmy diagnostyczne zaczęły wprowadzać na rynek testy o wyższej czułości i swoistości diagnostycznej pozwalające na ilościowe bądź jakościowe wykrywanie przeciwciał różnych klas skierowanych przeciwko ściśle określonym antygenom wirusa. W maju 2020 r. rozpoczęto oznaczanie przeciwciał anty-SARS-CoV-2 skierowanych przeciwko białkom nukleokapsydu wirusa (Anti-SARS-CoV-2

firmy Roche Diagnostics). Wykrycie przeciwciał dało możliwość identyfikacji osób, które przeszły zakażenie, również bezobjawowo. Dalszy rozwój technik laboratoryjnych pozwolił wprowadzić na rynek IVD szybkie testy antygenowe umożliwiające wykrycie białek wirusa z wymazów z nosogardzieli. W placówce onkologicznej od początku listopada 2020 r. wykorzystuje się testy antygenowe (Panbio™ COVID-19 Rapid Test Device Abbott). Dzięki zastosowaniu tych testów wielokrotnie udało się szybko zidentyfikować zakażenie u pacjentów bądź pracowników i podjąć natychmiastowe działania, zapobiegając dalszemu rozprzestrzenianiu się zakażenia¹⁸.

Szczepienia przeciw COVID-19 stanowią kolejną kluczową decyzję w kierunku przeciwdziałania wyzwaniom stawianym przez pandemię. Wielokrotnie podkreśla się fakt, że organizacja i logistyka tych szczepień jest wielkim przedsięwzięciem na całym świecie m.in. dlatego, że szczepionki muszą być transportowane w nadzorowanych warunkach i reżimach temperaturowych. Cały proces szczepień opiera się na dobrze funkcjonujących sieciach dystrybucji hurtowni farmaceutycznych. Punkty szczepień składają zamówienia w przeznaczonym do tego systemie informatycznym, umożliwiającym monitoring zamówień oraz stanu realizacji dostaw. W placówce onkologicznej szczepienia pracowników rozpoczęły się 4 stycznia 2021 r. przez zatrudniony na miejscu personel medyczny spełniający wszelkie wymogi prawne w zakresie kompetencji do wykonywania szczepień. Akcja szczepień ze względu na swoją skalę oraz procedurę wytwarzania i dystrybucji szczepionek przebiegała etapowo¹⁹. W wywiadach pracownicy podkreślają, że bardzo ważna i potrzebna była akcja edukacyjna na temat szczepień, o rodzaju szczepionek oraz efektów ich działania. Wiele osób było sceptycznych, a po szkoleniu upewniali się, że warto się szczepić. W efekcie większość pracowników (ponad 70%) zostało zaszczepionych.

W leczeniu radioterapeutycznym, czyli leczeniu z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, bardzo ważne jest zachowanie pełnego cyklu napromieniania i nieprzerwanie leczenia. W przypadku zachorowania pacjenta onkologicznego na COVID-19 utrzymanie niezakłóconego procesu leczenia stało się utrudnione. Dlatego kierownictwo placówki oddelegowało zamiejscową filię (zakład radioterapii) do kontynuacji leczenia pacjentów pozostających w leczeniu radioterapeutycznym, u których zdiagnozowano zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Zorganizowano pracę jednostki w taki sposób, że rano przyjmowani są do napromieniania zdrowi pacjenci, a po nich leczeni są zakażeni. Na koniec dnia pomieszczenie do napromieniania (tzw. bunkier) i akcelerator są gruntownie dezynfekowane. Zakażeni pacjenci są odizolowani od siebie i nocują w hostelu, który

¹⁸ E. Leporowska, *Diagnostyka zakażeń wirusem SARS-CoV-2*, 2021, materiały własne.

¹⁹ A. Pleszewa, *Szczepienia w Wielkopolskim Centrum Onkologii*, „Kurier Onkologii” 17, 2021, vol. 1, s. 7–8.

stanowi integralną część filii (znajduje się na jej terenie). Wyżywienie zapewniane jest za pośrednictwem firmy cateringowej i dostarczane w określonych godzinach pacjentom w izolacji.

9. Stan bieżący placówki onkologicznej

Pandemia COVID-19 od samego początku związana była z chaosem komunikacyjnym i informacyjnym. Szczególnie pierwsze miesiące trwania obostrzeń (marzec–kwiecień 2020) związane były ze zwiększonym niepokojem wśród całego społeczeństwa w kraju. Dlatego w tamtym czasie niezmiernie ważne było regularne i częste komunikowanie pojawiających się w placówce onkologicznej zmian organizacyjnych i określanie jasnych wytycznych postępowania. Jak podkreślają badani, kierownictwo placówki aktywnie wykorzystywało pocztę elektroniczną i Intranet do przekazywania wewnętrznych ustaleń obowiązujących pracowników oraz stronę internetową i komunikator społecznościowy do informowania pacjentów o podjętych działaniach. Uruchomiono także sześć infolinii ogólnych, w ramach których pacjenci mogli uzyskać informację na temat ogólnej działalności i reorganizacji szpitala, a także infolinie tematyczne, przeznaczone dla pacjentów, którzy potrzebują wsparcia w zakresie fizjoterapii onkologicznej oraz poradnictwa psychologicznego i socjalnego²⁰.

W wywiadzie badani zostali poproszeni o opinię na temat wyzwań związanych z pracownikami, zatrudnieniem, wynagradzaniem i motywowaniem. Osoby udzielające wywiadu podkreśliły niesprawiedliwość, która spotkała różne grupy zawodowe w tej samej placówce medycznej. Brak zapisów prawnych regulujących przyznanie wszystkim pracownikom ochrony zdrowia tzw. dodatku covidowego spotkało się z rozczarowaniem i niezadowoleniem. Jest to również główny demotywowator dla osób, które przez wiele miesięcy poświęcały się pracy i działaniom na rzecz pacjentów. Często spotykali się z sytuacją, że po godzinie 17.00 otrzymywali informację telefoniczną np. o konieczności dezynfekcji pomieszczeń po kontakcie z osobą zarażoną wirusem SARS-CoV-2 do dnia następnego. To także sytuacje, kiedy oddział został zamknięty na weekend i w tym czasie trzeba było dokonać dokładnej dezynfekcji każdego pomieszczenia oddziału. Ponadto braki zasobów kadrowych w pandemii uwidoczniły się w różnych obszarach funkcjonowania placówki onkologicznej, nie tylko w zespołach medycznych. Zamykanie szkół, przedszkoli i żłobków to jeden z determinantów deficytu kadr w miejscach pracy, ponieważ personelem placówki są rodzice małych dzieci, które muszą mieć zapewnioną opiekę.

²⁰ N. Kosmalska (2020) *COVID-19 w 2020 roku – podsumowanie działań wdrożonych w Wielkopolskim Centrum Onkologii*, „Kurier Onkologii” 4, 2020, nr 16, s. 10–12.

W badanej placówce onkologicznej najmniej liczna jest grupa anestezjologów, a bardzo potrzebna do płynnego funkcjonowania placówki. Dlatego o tę grupę zawodową szczególnie trzeba było się zatroszczyć i uważać, by nie doszło do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wśród personelu. Dlatego przed każdym zabiegiem chorzy byli badani na obecność wirusa SARS-CoV-2, aby wszyscy mieli pewność, że anestezjolog jest bezpieczny.

Wiosną 2020 r. ludziom w Polsce towarzyszył przede wszystkim lęk przed zachorowaniem, poczucie braku kontroli i niepokój o bliskich. Obawy potęgował chaos informacyjny oraz wyobrażenia dotyczące możliwego pobytu w szpitalu zakaźnym w całkowitej izolacji od najbliższych. Niektórzy zostali zmuszeni do zrewidowania swoich życiowych planów ze względu na kłopoty finansowe i utratę pracy. Ograniczenia w możliwości uczestniczenia w spotkaniach z bliskimi i przyjaciółmi uświadomiły ludziom istotę relacji międzyludzkich. Z kolei dzieci i młodzież utraciły tak ważny dla nich kontakt z rówieśnikami, który niejednokrotnie odbił się na zdrowiu psychicznym najmłodszych pokoleń. Pracując w placówce onkologicznej, pracownicy zmuszeni są konfrontować obawy o własne zdrowie (w tym zdrowie bliskich) z udzielaniem pomocy pacjentom. Utrzymujący się stres, izolacja, niepokój, liczne straty, brak możliwości korzystania z wypracowanych sposobów odzyskiwania równowagi psychicznej mogą prowadzić do zaburzeń depresyjnych i lękowych. Zwłaszcza lekarze i personel pielęgniarski narażeni są na rozwój zespołu stresu pourazowego (ang. *posttraumatic stress disorder*, PTSD). Pandemia COVID-19 utrudniła możliwość uczestniczenia w spotkaniach z lekarzami i psychologami na żywo, jednak powstało wiele inicjatyw, dzięki którym można korzystać z profesjonalnej pomocy online. W placówce onkologicznej badani wskazują, że dla pracowników została uruchomiona specjalna infolinia tematyczna i popołudniowe dyżury telefoniczne. Na stronie internetowej dostępne są informacje dotyczące radzenia sobie w sytuacji pandemii. Dodatkowo materiały na temat psychologicznych metod radzenia sobie ze skutkami pandemii udostępniane są na przeznaczony dla pracowników placówki platformie e-learningowej²¹.

10. Otoczenie zewnętrzne

Pandemia COVID-19 wymusiła na kierownictwie placówki onkologicznej wprowadzenie licznych zmian logistyczno-organizacyjnych. Wymienić warto uporządkowanie godzin przyjęć w poradniach oraz rozciągnięcie ich udzielania na godziny popołudniowe, co zapewniło zachowanie bezpieczeństwa oraz podniosło jakość świadczeń

²¹ D. Gołąb, *Nasze emocje w czasach pandemii*, „Kurier Onkologii” 1, 2021, nr 17, s. 7.

medycznych m.in. poprzez możliwość poświęcenia każdemu pacjentowi większej ilości czasu w trakcie wizyty. Był to także czas wypracowania pierwszych procedur postępowania, bazując częściowo na doświadczeniach chińskich, a dodatkowo na przygotowaniach Kanady i krajów azjatyckich z okresu epidemii SARS w 2003 r. W szybkim tempie procedury medyczne usystematyzowano, doprecyzowano i wdrożono. Powstały przewodniki postępowania, instrukcje i wytyczne. Wiele z tych dokumentów było dostosowywanych do dynamicznie zmieniających się przepisów prawnych wydawanych przez organy rządowe i/lub samorządowe.

Od września 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wprowadził nowe zasady finansowania świadczeń medycznych, a w szczególności zasadę finansowania tylko tych świadczeń, które zostały wykonane. Zasada ta była zawieszona na okres od marca do sierpnia 2020 r., a placówka onkologiczna otrzymywała zaliczkę do późniejszego rozliczenia. Trzeba podkreślić, że placówki onkologiczne w praktyce nie objęła pomoc NFZ polegająca na podwyższeniu wartości świadczeń o 8% (5% + 3%). Dla wyjaśnienia, placówki wieloprofilowe otrzymały od 1 stycznia 2020 r. podwyżkę 5% cen procedur w ramach ryczału. Dla badanej placówki onkologicznej oznacza to wzrost jedynie o 0,7%. Decyzje NFZ dotyczące wspomnianego finansowania na czas epidemii są zatem krzywdzące dla wszystkich jednostek onkologicznych. Należy zaznaczyć, że wiele placówek, które otrzymały ośmioprocentową poprawę finansowania, zawiesiło w znacznym zakresie działalność, natomiast placówki onkologiczne pracowały nieprzerwanie.

Przychody placówki onkologicznej są zależne od liczby wykonanych świadczeń, jak zostało to podkreślone wcześniej. I choć poziom liczby realizowanych w placówce świadczeń medycznych w czasie pandemii COVID-19 był zbliżony do poziomu sprzed pandemii, zakres jej działalności wymagał pewnego przemyślenia na przyszłość, tak aby głównie zapewnić diagnostykę i leczenie chorym na nowotwory z zachowaniem nie tylko bezpieczeństwa, lecz przede wszystkim odpowiednich standardów świadczeń. Dlatego kierownictwo placówki utrzymało na niezmiennym poziomie wynagrodzenia, zatrudnienie i fundusz premiowy, choć przychody w czasie pandemii się zmniejszyły. Badani w wywiadach podkreślali, że powzięto liczne działania mające na celu optymalizowanie kosztów i uszczelnianie systemu rozliczeń świadczeń medycznych, tak aby nie dochodziło do sytuacji, w której pomimo udzielenia świadczenia placówka nie uzyskiwałaby odpowiedniego względu na koszty finansowania.

W związku z sytuacją epidemiczną zajęcia dydaktyczne odbywały się na terenie placówki w znacznie ograniczonym zakresie, głównie zajęcia teoretyczne (wykłady, seminaria) w formie wideokonferencji (zdalnie) lub – jeżeli muszą być wykonane w formie kontaktu ze studentami – poza terenem placówki. Dla zajęć praktycznych (znacząca mniejszość), które odbywały się na terenie placówki, przygotowano szczególne regulacje

i zabezpieczenia, w tym obowiązek sprawdzenia obecności oraz przechowywania list obecności. Warto podkreślić, że władze uczelni udostępniały placówkom środki telekomunikacyjne oraz technologie dla przekazów telewizyjnych z różnych miejsc, w których wykonywane są procedury medyczne, tak aby ograniczyć potrzebę przebywania studentów na terenie placówki medycznej. Zorganizowanie zajęć w formie zdalnej wymagało niejednokrotnie większego nakładu pracy niż forma tradycyjna, a także było bardziej udokumentowane. Niewątpliwie był to trudny okres dla procesu dydaktyki, ale organizując zajęcia z rzeczywistym udziałem studentów na terenie placówki, nauczyciele akademicy powinni byli bardzo starannie ważyć ryzyko realizacji zajęć w tym trybie.

11. Zarządzanie zmianą

Wypracowane przez placówkę onkologiczną w czasie pandemii COVID-19 rozwiązania polegające na stosowaniu tam, gdzie to możliwe dystansu społecznego, zabezpieczeń osobistych (zakrywanie ust i nosa) oraz częstej dezynfekcji rąk, zapobiegają zakażeniom i ograniczają ryzyko zachorowania na COVID-19. W opinii badanych dzięki zastosowaniu środków ochrony osobistej i dystansowania nie zauważono źródeł zakażenia wirusem SARS-CoV-2 pracowników między sobą wewnątrz komórek organizacyjnych, zwykle źródłem zakażenia był pacjent.

Dla celów realizacji strategii placówki onkologicznej kierownictwo podtrzymywało działania zmierzające do tego, aby pacjenci, którzy wymagają diagnostyki i leczenia onkologicznego, byli przyjmowani terminowo. W placówce udzielane były i są praktycznie wszystkie świadczenia onkologiczne, choć pacjenci w poradniach nadal są przyjmowani w większych odstępach czasowych. Niezmiennie obowiązuje zasada zdalnego umawiania wizyty, a jedynie w uzasadnionych przypadkach rejestracja pacjentów następuje w siedzibie placówki.

Wprowadzono własny, niezależny od NFZ, system „przypominania” pacjentom o zbliżającym się terminie wizyty za pomocą SMS-u, który dodatkowo zawiera informację o rodzaju wizyty (teleporada lub wizyta na miejscu).

Kontynuowane jest stosowanie sprawdzonych zabezpieczeń, a więc: ograniczenie wejść do szpitala poprzez szczegółową kontrolę na wejściach; stosowanie zasad strefowania przestrzennego i czasowego tak, że gdy osoba chora (pracownik lub pacjent) się pojawi, to jak najmniejsza liczba pracowników i pacjentów ma z nią kontakt i zostaje skierowana przez sanepid do kwarantanny; przestrzeganie zasad bezpieczeństwa, w tym zachowanie odległości, dezynfekcja rąk, pomieszczeń i urządzeń oraz stosowanie środków ochrony osobistej, szczególnie podczas udzielania świadczeń medycznych; badania PCR, badania antygenowe oraz przesiewowe badania przeciwciał w kierunku COVID-19.

Zdobyte w placówce doświadczenie pokazało, że ważne jest kontynuowanie na oddziałach zabiegowych, bloku operacyjnym i oddziale intensywnej opieki medycznej, w których najtrudniej zachować zasady niekontaktowania się i dystansu, reguły bezpieczeństwa epidemicznego (w różnych oddziałach w różnym zakresie). Ordynatorzy pozostają zatem odpowiedzialni za zorganizowanie pracy lekarzy, a Naczelna Pielęgniarka – pracy pielęgniarek, tak aby zapewnić ciągłość udzielania świadczeń w przypadku zakażenia osoby z personelu wirusem SARS-CoV-2. Przede wszystkim chodzi o podział pracowników na dwa zespoły lub utrzymywanie minimalnej rezerwy lekarzy na oddziałach chirurgicznych (ok. dwóch osób) poza placówką (w ramach pracy zdalnej). Personel poradni i oddziałów również powinien pracować w zespołach i się dystansować, tak aby lekarze z poradni nie przychodzili na oddział, do dyżurki itp. Zespoły lekarskie, które operują na różnych salach operacyjnych, nie powinny stykać się ze sobą w ciągu dnia. W wywiadzie jakościowym badani podkreślili, że efektywność i zasadność kontynuacji powyższych reguł została omówiona z nimi na przeznaczonym do tego spotkaniu.

Kierownictwo placówki na wideonaradach i telekonferencjach z pracownikami podkreślało potrzebę i wartość utrzymania wielu zasad, które w zdecydowany sposób poprawiły jakość realizacji ścieżki leczenia i opieki nad pacjentem. Wśród wymienianych są: kontrola wejść, triage, ograniczenia wejść dla osób towarzyszących, stosowanie i rozwijanie wypracowanych rozwiązań technologicznych (głównie w systemie informatycznym placówki), wykorzystanie możliwości pracy zdalnej dla stanowisk, na których istnieje możliwość jej zdalnego wykonywania oraz weryfikacji, a także prowadzenie spotkań w formie wideokonferencji, teleporady i wideokonsultacje.

12. Technologie

Podczas gdy pandemia COVID-19 zasadniczo zmieniła sposób świadczenia opieki zdrowotnej, posłużyła także jako przyspieszacz innowacji w dziedzinie telezdrowia i udostępniania danych, które stały się niezbędnymi narzędziami do płynnego świadczenia usług medycznych w czasie COVID-19²². Również placówka onkologiczna stanęła przed wyzwaniem zastosowania nowoczesnych rozwiązań komunikacji w kontaktach z pacjentem i w zespołach. Badani w wywiadach jako główne narzędzie wymieniają wprowadzenie teleporad, które przed pandemią nie były stosowane na taką skalę. Ta forma przeprowadzenia wizyty pacjenta spotkała się z różnymi reakcjami, zarówno po

²² J.Y. Zhang, T. Shang, D. Ahn, K. Chen, G. Coté, J. Espinoza, C.E. Mendez, E.K. Spanakis, B. Thompson, A. Wallia, L.E. Wisk, D. Kerr, D.C. Klonoff, *How to Best Protect People With Diabetes From the Impact of SARS-CoV-2: Report of the International COVID-19 and Diabetes Summit*, „Journal of Diabetes Science and Technology” 15, 2021, nr 2, s. 478–514.

stronie świadczeniodawcy, jak i świadczeniobiorcy. Teleporady posiadają wiele zalet, do których należy zaliczyć m.in. brak konieczności obecności na miejscu, pacjent nie naraża się na potencjalny kontakt z innymi osobami, które mogą być zarażone wirusem SARS-CoV-2, rozmowa odbywa się drogą telefoniczną i trwa ok. 15 minut, lekarz wystawia e-receptę i e-skierowanie, które pojawiają się na Indywidualnym Koncie Pacjenta zaraz po zakończeniu porady. Jednak teleporada wiąże się również z ograniczeniami i wyzwaniem natury organizacyjnej, m.in. brakiem prawidłowego i/lub pełnego numeru telefonu pacjenta, brakiem kontaktu z pacjentem, bo nie odbiera obcych numerów telefonów komórkowych, pacjent nie wyraża zgody na przyjazd do placówki medycznej celem wykonania badania na miejscu (np. na pobranie krwi) z uwagi na strach przed pandemią, brakiem możliwości potwierdzenia przez pacjenta zapoznania się z klauzulą RODO z uwagi na niekorzystanie przez pacjentów z Internetu. Wskazana kwestia braku konieczności stawiania się pacjenta na miejscu w placówce onkologicznej w przypadku teleporady nabiera innego znaczenia, gdy pacjentowi trzeba wykonać badania diagnostyczne. Badania krwi lub obrazowe (radiologiczne) powinny zostać wykonane w określonym odstępie czasu od zrealizowania porady lekarskiej. Dlatego bardzo ważne jest pojawienie się pacjenta w placówce w celu zrealizowania niezbędnych badań. Rzeczywistość pokazała, że wiązały się z tym duże opóźnienia, pacjent przyjeżdża na badanie, na które otrzymał w trybie teleporady skierowanie w terminie znacznie oddalonym od daty wizyty (od dwóch miesięcy do roku). To stanowi poważne wyzwanie dla personelu wykonującego badanie, ponieważ powiązanie np. badania genetycznego z wizytą jest niezbędne do prawidłowego rozliczenia badania z NFZ lub MZ (w ramach programów ministerialnych). Szczególna trudność w tym względzie pojawia się w momencie, gdy skierowanie było wystawione pod koniec roku, a umowa z płatnikiem była zamykana.

Kolejnym nowym rozwiązaniem usprawniającym działanie placówki było wprowadzenie harmonogramów i algorytmów przyjęć w poradniach. Badani w wywiadach zwrócili uwagę na opracowany wspólnie z przedstawicielami oddziałów algorytm rejestracji pacjentów do poradni uwzględniający etap diagnostyki i leczenia (kategorie: pierwszorazowy, etap diagnostyki wstępnej/pogłębionej, pozabiegowy, kontrola po leczeniu itp.), na którym znajduje się pacjent. Przygotowano system informatyczny w taki sposób, że pacjent rejestrowany jest od razu do właściwego, kolejnego etapu DILO²³.

²³ DiLO – Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, potocznie: zielona karta DiLO, została wprowadzona 1 stycznia 2015 r. wraz z pakietem onkologicznym – grupą przepisów mających na celu poprawę diagnostyki i usprawnienie leczenia raka w Polsce. Szybka terapia onkologiczna przeznaczona jest dla pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy oraz chorym w trakcie leczenia onkologicznego. Nie ma żadnych ograniczeń wiekowych w dostępie do leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej, Zwrotnik Raka, <https://www.zwrotnikraka.pl/pakiet-onkologiczny-zielona-karta-leczenia/> [dostęp: 28.04.2021].

Ponadto na kolejną wizytę w poradni pacjenci umawiani są bezpośrednio w danej poradni (bez potrzeby kontaktu pacjenta z rejestracją w placówce).

Bardzo chwalonym w wywiadach rozwiązaniem informatycznym była możliwość generowania w szpitalnym systemie informatycznym planowanej listy porad pacjentów w poradniach. Lista ta powiązana jest z prowadzoną w placówce, a obowiązkową w systemie ochrony zdrowia, listą oczekujących pacjentów, uwzględniając osoby przewidziane do teleporad, osoby umówione dodatkowo (z ważnych powodów) i osoby, których wizyta ulegnie przesunięciu. Uzgodnienie i weryfikacja listy powinna następować z wyprzedzeniem dwu-, trzydniowym. Wygenerowana lista planowanych porad stanowi listę pacjentów przekazywaną na dany dzień na wejścia do placówki i umożliwiającą pacjentom poruszanie się na jej terenie. Ponadto listy umożliwiają weryfikację pacjentów w systemie e-WUŚ²⁴ pod kątem kwarantanny.

Harmonogramy wizyt pacjentów w systemie informatycznym placówki powiązane zostały z systemem powiadamiania SMS-em pacjentów o terminie wizyty lub teleporady oraz systemem elektronicznego skierowania pacjenta/pracownika do COVID-lab lub na testy antygenowe.

Wspomniane rozwiązania technologiczne to jedno z wielu wymienianych przez badanych usprawnienia bieżącego działania placówki onkologicznej. Wideokonferencje, wideospotkania, wideokonsylia to narzędzia bardzo aktywnie wykorzystywane każdego dnia w zespołach medycznych i administracyjnych. Badani podkreślali głównie zalety tych rozwiązań i zauważają potrzebę kontynuowania tego rodzaju komunikacji w przyszłości. Pandemia COVID-19 z pewnością przyspieszyła proces wdrażania najnowszych technologii w onkologii i niewątpliwie będą one nadal rozwijane.

Wnioski

Pandemia COVID-19 wywołała na świecie kryzys zdrowotny i gospodarczy. W systemie ochrony zdrowia w Polsce bezwzględnie zweryfikowała skuteczność działania systemu i obnażyła słabości opieki zdrowotnej. W placówkach medycznych pojawiło się wiele wyzwań natury logistyczno-organizacyjnej, z którymi radzili sobie wszyscy pracownicy placówki. Intencją autorki artykułu było zasygnalizowanie potrzeby zidentyfikowania wyzwań, z którymi w czasie pandemii zmierzyła się placówka onkologiczna. W efekcie przeprowadzonego badania empirycznego powstała lista wyzwań, które zostały podzielone na sześć obszarów występowania w placówce: 1) zarządzanie,

²⁴ e-WUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców) to system umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, NFZ, <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-w-nfz/e-wus/faq/> [dostęp: 26.04.2021].

2) koordynacja ruchu pacjentów na terenie placówki medycznej, 3) udzielanie świadczeń medycznych, 4) osobowy (ludzie), 5) techniczno-operacyjny i 6) utrzymania czystości, które przedstawione zostały w tabeli 4.

Wyzwaniem zarządczym było stworzenie nowych harmonogramów pracy, podział pracowników na zespoły i oddelegowanie ludzi do pracy zdalnej. W obszarze związanym z koordynacją ruchu pacjentów największa uwaga badanych zwrócona została na nowe zasady wpuszczania pacjentów na teren placówki, czyli podział wejść, wprowadzenie reżimów sanitarnych (DDM) oraz triage'u dla pacjentów (badanie pulsoksymetrem, pomiar temperatury, wywiad w postaci kwestionariusza ankietowego). W obszarze udzielania świadczeń medycznych rozmówcy podkreślają wprowadzenie teleporad i konsultacji telefonicznych. Dostępność pomieszczeń do rozmowy z pacjentem, konfrontacja z lękami pacjenta związanymi z pandemią COVID-19, umiejętność radzenia sobie z emocjami (zarówno pracownicy, jak i pacjenci), stres, frustracja i depresja to wyzwania wymienione w obszarze osobowym (ludzi). Wyzwania związane z remontami, zmianą organizacji i funkcjonalności pomieszczeń czy montażem niezbędnych zabezpieczeń epidemiologicznych zostały zakwalifikowane do grupy wyzwań w obszarze techniczno-operacyjnym. Z epidemiologicznego punktu widzenia najważniejszy jest obszar dotyczący utrzymania czystości, który zapewnia jakość realizowanych usług i bezpieczeństwo wszystkich uczestników procesów medycznych, a w pandemii nabiera szczególnego znaczenia.

W wywiadach autorka dopytywała o wiele ważnych kwestii, jak: strategia, kluczowe decyzje w czasie pandemii, stan bieżący, otoczenie zewnętrzne, zarządzanie zmianą i technologie. Odpowiedzi badanych dopełniły analizę wymienionych i uszeregowanych wyzwań oraz ukazały wieloaspektowość napotykanых przeszkód i istotę wprowadzonych zmian. Uzyskano także odpowiedzi na zadane pytania badawcze, dotyczące kluczowych decyzji dla funkcjonowania placówki onkologicznej czy zastosowania najnowszych technologii.

Epidemiologicznie zdominowany świat VUCA wymusił na liderach zmianę perspektywy działania i podejmowania decyzji. Najważniejsza jest umiejętność patrzenia na to, co przychodzi i zastanowienia się, w jaki sposób wpłynie to na funkcjonowanie placówki onkologicznej. Bazą jest strategiczna wizja, czyli kierunek, w którym jednostka podąża. Zaufanie, uważne słuchanie, skoncentrowanie na człowieku, otwarta komunikacja na wszystkich szczeblach w hierarchii zapewniają pozyskanie informacji zwrotnej z otoczenia, która jest kluczowa do podejmowania najważniejszych decyzji w tak trudnym czasie. Złożoność sytuacji i zmienność warunków otoczenia powodują, że lider powinien być zwinny, czyli umieć rozpoznawać sytuację i wdrażać eksperymentalne rozwiązania, szyte na miarę potrzeb placówki onkologicznej.

Przeprowadzone badanie empiryczne obciążone jest ograniczeniami metody badawczej, do której należy zaliczyć przeszkody natury technicznej, utrudniające udzielenie wywiadu indywidualnego przez pracowników placówki onkologicznej. Krótki czas prowadzenia wywiadów (kwiecień 2021) oraz wybór rozmówców w liczbie piętnastu osób traktowany jest przez autorkę jako badanie wstępne. Wyniki uzyskane w przeprowadzonej analizie warto potraktować jako dane wejściowe do badań na większej grupie pracowników placówki onkologicznej oraz można rozważyć rozszerzenie badań o pracowników innych placówek onkologicznych w Polsce. Dzięki takiemu ujęciu tematu badania nabiorą cech uniwersalności w skali Polski.

Podsumowując, problem badawczy dotyczący wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii COVID-19 stanowi istotny obszar sfery poznawczej i metodycznej i niewątpliwie wymaga kontynuacji badań empirycznych. Przywołane przykłady zastosowanych rozwiązań, które przeciwdziałały skutkom pandemii COVID-19 w badanej placówce, stanowią bardzo szeroką płaszczyznę otwartą do eksploracji.

Bibliografia

- Banaszyk P., Deszczyński P., Gorynia M., Malaga K., *Przesłanki modyfikacji wybranych koncepcji ekonomicznych na skutek pandemii COVID-19*, „Gospodarka Narodowa” 305, 2021, nr 1.
- Cherri S., Lemmers D.H.L., Noventa S., Hilal M.A., Zaniboni A., *Outcome of oncological patients admitted with COVID-19: experience of a hospital center in northern Italy*, „Therapeutic Advances in Medical Oncology” 12, 2020, s. 1–8, DOI: [10.1177/1758835920962370](https://doi.org/10.1177/1758835920962370).
- Chilamakuri R., Agarwal S., *COVID-19: Characteristics and Therapeutics*, „Cells” 10, 2021, nr 206, <https://doi.org/10.3390/cells10020206>.
- Chowdhury P., Paul S.K., Kaiser S., Moktadir A., *COVID-19 pandemic related supply chain studies: A systematic review*, „Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review” 148, 2021, 102271, <https://doi.org/10.1016/j.tre.2021.102271>.
- Flick U., *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Gołąb D., *Nasze emocje w czasach pandemii*, „Kurier Onkologii” 1, 2021, nr 17, s. 7.
- Internet rzeczy*, [hasło w:] Wikipedia 2021, https://pl.wikipedia.org/wiki/Internet_rzeczy.
- Jemielniak D., *Wprowadzenie. Różnorodność metod i narzędzi w badaniach jakościowych*, [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Jeske A., *Kompetencje w świecie VUCA*, 21 lipca 2018, <https://taptalent.eu/kompetencje-w-swiecie-vuca/>.
- Juszczak S., *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.
- Kosmalska N., *COVID-19 w 2020 roku – podsumowanie działań wdrożonych w Wielkopolskim Centrum Onkologii*, „Kurier Onkologii” 4, 2020, nr 16, s. 10–12.

- Kvale S., *Prowadzenie wywiadów. Niezbędnik badacza*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Leporowska E., *Diagnostyka zakażeń wirusem SARS-CoV-2*, 2021, materiały własne.
- Maison D., *Jakościowe metody badań marketingowych. Jak zrozumieć konsumenta*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Olejniki I., Kaczmarek M., Springer A., *Badania jakościowe – metody i zastosowania*, CeDeWu, Warszawa 2018.
- Pleszewa A., *Szczepienia w Wielkopolskim Centrum Onkologii*, „Kurier Onkologii” 1, 2021, nr 17, s. 7–8.
- Stasik A., Gendźwił A., *Projektowanie badania jakościowego*, [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe*, t. 1. *Podejścia i teorie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Suchorska W., *WCO wykonuje testy w kierunku COVID-19 dla swoich Pacjentów i Pracowników*, „Kurier Onkologii” 2, 2020, nr 14, s. 6–7.
- WHO, *WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part*, „Joint WHO-China Study” 14 January–10 February 2021, Joint Report.
- Zhang J.Y., Shang T., Ahn D., Chen K., Coté G., Espinoza J., Mendez C.E., Spanakis E.K., Thompson B., Wallia A., Wisk L.E., Kerr D., Klonoff D.C., *How to Best Protect People With Diabetes From the Impact of SARS-CoV-2: Report of the International COVID-19 and Diabetes Summit*, *Diabetes Technology Society*, „Journal of Diabetes Science and Technology” 15, 2021, nr 2, s. 478–514.