

Transformacja i zasady działania psychiatrycznego oddziału jednoimiennego w trakcie pandemii COVID-19

Transformation and operation of a uniform psychiatric ward dedicated to COVID-19 patients during the pandemic

Maciej Pilecki¹, Agata Dimter¹, Marcin Siwek², Krzysztof Styczeń¹, Weronika Rodak¹, Anna Krupa³, Natalia Śmierciak¹, Dominika Dudek¹

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Zakład Zaburzeń Afektywnych

³ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,
Szkoła Doktorska Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Summary

This article aims to describe the experience of transforming the Clinical Department of Adult, Child and Adolescent Psychiatry of the University Hospital in Krakow (CDACAP) into a ward designated by the Malopolska Voivod to provide the treatment for mentally ill adults from Malopolska Voivodship and adolescents from the south of Poland during the COVID-19 pandemic. We discuss sequent stages of transformation, practical solutions and difficulties encountered in the process. 9 patients with confirmed SARS-CoV-2 infection were hospitalized in the CDACAP between 09.04 and 29.05.2020, and 97 were tended to by consulting psychiatrists in the main building of the University Hospital in Krakow between 23.03 and 23.05.2020. In our experience, the Polish healthcare facilities, especially psychiatric and long-term care ones, were ill-equipped to operate during the pandemic crisis. This situation has brought out the nationwide lack of systemic solutions, particularly in the areas of child and adolescent psychiatry as well as forensic psychiatry. Functioning during the epidemic and confronting the risk of rapid deterioration in patients' condition clearly pointed out the necessity of creating psychiatric wards within the multispecialty hospitals. The requirement for ensuring separate spaces for patients with SARS-CoV-2 infection or with exclusion thereof should be considered in the psychiatric reform which assumes the regional responsibility of stationary wards.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, choroby zakaźne, COVID-19

Key words: public health, infectious diseases, COVID-19

Wstęp

Pod koniec 2019 roku istotnym problemem zdrowotnym w Chińskiej Republice Ludowej, a następnie na całym świecie, w tym w Polsce, stał się nowy rodzaj odzwierzęcego koronawirusa – SARS-CoV-2. Wywoływany przez niego zespół objawów klinicznych nazwano Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). W dniu 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oceniła stan rozpowszechnienia COVID-19 jako pandemię [1].

Z dniem 26 marca na mocy zarządzenia wojewody małopolskiego zdecydowano, że poszczególne oddziały Szpitala Uniwersyteckiego (SU) w Krakowie, w tym Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży (OKPDDiM), będą miejscem hospitalizacji pacjentów w wieku powyżej 14 lat z zaburzeniami psychicznymi oraz diagnozą COVID-19. Na ten cel przeznaczono 15 łóżek w budynku OKPDDiM mieszczącym się w dawnej siedzibie SU w Krakowie. Pacjenci w średnim i złym stanie somatycznym mieli być hospitalizowani w budynku głównym nowej siedziby SU w Krakowie, na oddziałach somatycznych.

OKPDDiM zapewnia osobom dorosłym i młodzieży leczenie w warunkach ambulatoriów konsultacyjno-diagnostycznych, oddziałów stacjonarnych (55 łóżek dla osób dorosłych i 32 łóżka dla młodzieży), oddziałów dziennych, zespołu leczenia środowiskowego, poradni: seksuologicznej, uzależnień i psychologicznej oraz pełni funkcję Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych dla Dzielnicy Kraków Śródmieście. OKPDDiM jest też miejscem realizacji zadań dydaktycznych i badawczych prowadzonych przez Katedrę Psychiatrii UJ CM. Oddział zatrudnia 48 lekarzy, 69 psychologów, 71 pielęgniarek i pielęgniarzy, 6 terapeutów zajęciowych oraz 15 pracowników administracji. Katedra Psychiatrii zatrudnia 52 pracowników naukowych, którzy w większości wykonują też zadania dla OKPDDiM.

Celem niniejszego artykułu jest opisanie własnych doświadczeń z funkcjonowania oddziału psychiatrycznego odgrywającego rolę oddziału jednoimiennego przeznaczonego do hospitalizacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zakażonych SARS-CoV-2 (COVID+) oraz związanych z tym wyzwań i dylematów.

Proces transformacji

Punktem wyjścia naszych działań było założenie, że adaptacja do pracy w zmieniających warunkach musi być oparta na podejściu systemowym obejmującym całokształt naszego funkcjonowania, a kluczowym jej elementem jest ochrona personelu [2–4].

Reorganizacja systemu zarządzania oddziałem

Pierwszym etapem naszej reorganizacji było utworzenie zalecanego w literaturze przedmiotu sztabu kryzysowego mającego możliwość podejmowania decyzji dotyczących funkcjonowania oddziału na bieżąco [3]. W jego skład weszli: kierownik Oddziału Klinicznego, dwie osoby pełniące funkcję jego zastępców oraz kierownik Katedry Psychiatrii. Uzupełnieniem sztabu byli szefowie poszczególnych oddziałów,

zespołów w OKPDDiM, liderzy poszczególnych projektów oraz przedstawiciele rezydentów. Nie powołaliśmy zespołu administracyjnego, gdyż jego funkcje pełnił zespół administracyjny szpitala.

W ramach OKPDDiM oraz Katedry Psychiatrii utworzyliśmy też trzy dodatkowe zespoły, których zadaniem było odpowiednio:

- (1) Pozyskiwanie i aktualizacja, opartej na badaniach naukowych oraz wytycznych gremiów ekspertów i towarzystw naukowych, wiedzy na temat COVID-19: zasad leczenia, standardów postępowania, rozporządzeń itp.; identyfikacja oraz dementowanie informacji fałszywych czy danych, które utraciły swoją ważność.
- (2) Organizacja odpowiedniego zaopatrzenia i poszukiwanie alternatywnych rozwiązań w razie braków zaopatrzeniowych czy sprzętowych oraz pozyskiwanie funduszy i darowizn dla oddziału i szpitala.
- (3) Zapewnienie wsparcia i pomocy dla chorych lub przebywających na kwarantannie, lub zgłaszających taką potrzebę pracowników SU w Krakowie oraz ich rodzin [5].

Zwłaszcza w ciągu kilkunastu pierwszych dni, poza dostarczaniem zamówieniami szpitalnymi, szczególnie ważne okazały się działania zespołu zapewniającego dostęp do dodatkowych środków ochrony indywidualnej (ŚOI). Nielimitowany i powszechny dostęp do ŚOI, bez zbędnej biurokracji, spełniał istotną funkcję psychologiczną wśród obecnego na oddziale personelu. Ustalono, że rezerwy ŚOI w poszczególnych pododdziałach muszą zapewniać płynność bezpieczeństwa opieki przynajmniej na okres 1 dnia. Zdefiniowano zasady i sposoby dekontaminacji sprzętu, w tym sposoby dekontaminacji wybranych elementów ŚOI (gogli, przyłbice) w celu ich powtórnego użytku w razie niedoborów sprzętowych. Zespół odpowiadający za organizację zaopatrzenia, poza zapewnianiem stałej dostępności ŚOI, wprowadzał i testował rozwiązania technologiczne mające na celu maksymalizację zabezpieczeń w obszarze komunikacji z pacjentem oraz między personelem w różnych strefach epidemiologicznych (walkie-talkie, elektroniczne nianie, interkomy, kamery, telefony) [4, 6].

Ustalenie sposobów komunikacji i ochrony danych

Ważnym postulatem pojawiającym się w literaturze przedmiotu jest usprawnienie komunikacji w zespole [3, 7–11]. Przyjęliśmy dwa systemy komunikacji dostępne zarówno z poziomu telefonów komórkowych, jak i komputera – WhatsApp oraz MS Teams. W aplikacji WhatsApp stworzona została początkowo jedna grupa, w której skład weszło 150 osób. Z czasem pojawiło się kilka dodatkowych podgrup, np. psychologów, lekarzy zajmujących się dziećmi i młodzieżą. Sposób komunikacji został zaplanowany tak, aby informacja wysłana przez sztab kryzysowy docierała do pracownika bezpośrednio, lub tak, aby niedyspozycja jednej osoby nie odcinała innych od dostępu do aktualnych informacji. Dołożono także starań, aby podobnie funkcjonowała komunikacja zwrotna. Osoby sprawujące stanowiska kierownicze dbały o przestrzeganie zasad dotyczących przesyłanych treści w zakresie ich merytoryczności, zachowania poufności danych osobowych oraz stosownych ram czasowych

(poza nielicznymi wyjątkami komunikacja w godzinach od 7.00 do 17.00). Kanał ten przydał nam się kilkadziesiąt razy w takich sytuacjach, jak np. możliwa kontaminacja poszczególnych stref kliniki, informowanie zespołu o podejrzeniu infekcji COVID-19 u jednego z pracowników, wykluczenia infekcji, nagłe problemy techniczne, które mogłyby zdeorganizować pracę oddziału. Wspólne kanały komunikacyjne umożliwiły także sprawną organizację spotkań personelu, mających na celu regulację napięć i rozwiązywanie sporów pojawiających się w zespole OKPDDiM między grupami zawodowymi lekarzy specjalistów, rezydentów, psychologów i pielęgniarek oraz wśród pracowników oddziałów sprawujących opiekę nad pacjentami o różnym statusie zakażenia COVID (ujemnym, dodatnim lub podejrzanym).

Redefinicja relacji w ramach systemu opieki zdrowotnej i relacji z podmiotami zewnętrznymi

Jednym z postulatów pojawiających się w literaturze przedmiotu jest dbałość o relacje z innymi jednostkami sprawującymi opiekę nad pacjentami z danego terenu [3]. W ramach sprawowania opieki nad pacjentami COVID+ współpracowaliśmy nie tylko z pozostałymi oddziałami SU w Krakowie czy innymi szpitalami, ale także z domem opieki społecznej, z którego pochodzili nasi pacjenci, gdy wystąpiło w nim ognisko zakażenia COVID-19. Przy czym w naszej ocenie podjęte w tym względzie wysiłki były niewystarczające, a problemy, jakie się pojawiły, dotyczyły trzech obszarów:

- (1) zaniechania przejęcia przez inne oddziały opieki nad pacjentami z grupy niezakażonych SARS-CoV-2 (COVID-), w tym zwłaszcza nastoletnimi;
- (2) braku jednoznacznych wytycznych co do postępowania z pacjentami pozostającymi na detencji;
- (3) braku jasnych wytycznych co do zasad postępowania z pacjentami przebywającymi w domach pomocy społecznej, u których infekcja SARS-CoV-2 nie powodowała objawów COVID-19.

Ważnym kontekstem tych problemów był brak jasnych wytycznych ze strony Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia czy Urzędu Wojewódzkiego. Trzeba tu zaznaczyć, że dokument regulujący większość wątpliwości w tym względzie pojawił się dopiero 21.05.2020 roku.

Reorganizacja pracy oddziałów

W przestrzeni OKPDDiM ze względu na niedostateczną liczbę personelu oraz ograniczenia architektoniczne uruchomiono 3 oddziały hospitalizujące pacjentów bez względu na wiek:

- (1) COVID (+), w którego ramach hospitalizowani byli pacjenci z diagnozą COVID-19 (COVID+) i pacjenci z kontaktu lub w kwarantannie z wysokim prawdopodobieństwem rozwoju infekcji (COVID+/-).
- (2) COVID (-), gdzie zostali zgromadzeni pacjenci oddziałów stacjonarnych, których stan nie pozwalał na wypis, lub pacjenci przenoszeni z oddziału COVID (+).

- (3) COVID (+/-) – dla pacjentów bez wykluczenia zakażenia, z niskim ryzykiem sanitarno-epidemiologicznym obecności infekcji (Oddział Przejściowy).

Dodatkowo stworzono pełniący całodobowe dyżury zespół lekarzy konsultujących pacjentów ze schorzeniami psychicznymi, którzy ze względu na średni bądź ciężki stan somatyczny musieli być leczeni na oddziałach somatycznych, w głównej siedzibie SU w Krakowie lub zgłaszali się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR).

Przez cały czas trwania opisywanego etapu pandemii do dnia 1 czerwca 2020 roku w budynku przyjmowano pacjentów do oddziału COVID (+) oraz nastolatków bez diagnozy COVID-19. Realizowano też przeniesienia pacjentów z oddziału COVID (+) do COVID (-) oraz COVID (+/-), a także sprawowano opiekę zdalną nad pacjentami ambulatorium oraz oddziałów dziennych.

Choć zgodnie ze wskazówkami literatury światowej planowane było utworzenie oddzielnego oddziału COVID (+/-) [6, 12–14], nie było to możliwe ze względu na niedostateczną liczbę personelu i ograniczenia lokalowe. Jednakże w ramach oddziału COVID (+) pacjenci z potwierdzeniem infekcji przebywali w innych salach niż chorzy z podejrzeniem zakażenia oraz korzystali oni z odrębnych łazienek. Wszyscy przebywający w oddziale COVID (+) pacjenci pozostawali w swoich salach, opuszczając je jedynie w celu skorzystania z toalety/kąpieli. Łączenie funkcji oddziału dla pacjentów COVID+ i COVID+/- spowodowało szereg trudności praktycznych związanych z kolejnością wizyt na salach, dekontaminacją pomiędzy poszczególnymi pacjentami czy z korzystaniem z łazienek. Zespół miał świadomość, że część osób przebywających w kwarantannie to osoby mające realne wysokie ryzyko infekcji, część zaś podlega izolacji ze wskazań okołomedycznych (powrót z zagranicy, bez innych czynników ryzyka).

Stworzono procedury przyjmowania pacjentów bez podejrzenia lub stwierdzenia COVID-19 oraz instrukcje przenoszenia i postępowania z ozdrowieńcami.

Reorganizacja pracy personelu

Pierwszym krokiem w reorganizacji pracy personelu było określenie ryzyka sanitarno-epidemiologicznego związanego z możliwością zarażenia się w innym miejscu niż OKPDDiM każdego pracownika, przeprowadzane przez bezpośrednich przełożonych, z zachowaniem zasad prywatności. W naszej placówce personel podzielono na dwie grupy: o wyższym i niższym ryzyku sanitarno-epidemiologicznym [15]. Osoby o niskim ryzyku sanitarno-epidemiologicznym stworzyły zespół oddziału COVID (-). Kryteriami doboru do zespołu oddziału COVID (+) były: dobrowolne zgłoszenie się, młodszy wiek, dobry stan zdrowia. Personel tego oddziału został wyłączony z innych zadań klinicznych. Dotyczyło to zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek oraz osób sprzątających. Następnie wszyscy pracownicy zostali podzieleni na podzespoły, które podejmowały pracę w formie rotacyjnej.

Zgodnie z wytycznymi oddzielono wejścia do budynku i wyjścia z niego oraz szlaki komunikacyjne i obszary przebywania dla poszczególnych grup personelu [6, 12, 13, 16]. W efekcie tych zabiegów logistycznych i drobnych modyfikacji architektoniczno-

-remontowych udało się *de facto* uzyskać całkowity fizyczny i proceduralny rozdział części COVID (+) i pozostałej części OKPDDiM. Podział ten obowiązywał także personel pełniący dyżury.

Zdecydowano także o podjęciu szeregu działań prewencyjnych, aby zminimalizować ryzyko wewnątrzszpitalnej transmisji zakażenia [16–19]. Zastosowano metody dystansu społecznego tak, aby pomiędzy pracownikami lub pracownikami i pacjentami zachowana była odległość przynajmniej 2 metrów oraz dostosowano do tego pomieszczenia przez przyklejenie do podłogi taśm określających odległości [19]. Niezależnie od pracy personelu sprzątającego do dbania o pomieszczenia włączono także pracowników, zalecając regularną dekontaminację powierzchni, z których korzystają (mysz, klawiatura, telefon) [20]. Wprowadzono obowiązek noszenia ubrania szpitalnego, a także bezwzględny zakaz noszenia biżuterii i zegarków przy pracy z pacjentem o podwyższonym ryzyku. W pierwszej kolejności do powyższych zasad mieli się zastosować członkowie sztabu kryzysowego, ordynatorzy czy kierownicy zespołów jako osoby modelujące zachowania podwładnych [21]. Nasze doświadczenia wskazują, że obserwowany wśród kadry zarządzającej brak stosowania się do zaleceń epidemiologicznych może być jednym z kluczowych aspektów warunkujących ignorowanie zasad bezpieczeństwa związanych z pandemią przez pozostałych pracowników opieki zdrowotnej w Polsce.

Ustalono w jednoznaczny sposób sześć poziomów zabezpieczeń w ŚOI dla poszczególnych działań w ramach OKPDDiM, takich jak pobieranie wymazu, badanie pacjenta bez ustalonego statusu sanitarno-epidemiologicznego, opieka nad pacjentem COVID+, praca w ramach oddziału COVID (-), opieka nad ozdrowieńcem, opieka lekarska ambulatoryjna i psychoterapia ambulatoryjna [14].

Troska o stan psychiczny personelu

Działanie w warunkach podwyższonego stresu i poczucia osobistego ryzyka wpływa na efektywność i morale pracowników oraz stwarza ryzyko wypalenia zawodowego lub rozwoju zespołu stresu pourazowego [22–24]. Wybuch pandemii COVID-19 jest sytuacją obciążającą środowisko medyczne nie tylko przez intensywność pracy, ale także w wymiarze psychicznym. Należy podkreślić, że praca psychiatry wiąże się z ryzykiem fizycznej agresji ze strony pacjenta, co w wypadku opieki nad pacjentami COVID+ wiąże się z nasileniem niepokoju personelu ze względu na ryzyko utraty czy naruszenia ŚOI i innych zabezpieczeń w wyniku gwałtownego zachowania pacjenta lub niestosowania się przez niego do zaleceń.

W trakcie pracy naszego zespołu zaobserwowaliśmy zjawiska znane z literatury przedmiotu dotyczącej działania zarówno jednostek, jak i grup w sytuacji podwyższonego stresu [21]. Ciekawym i częściowo niespodziewanym skutkiem standardów i procedur, jakie wprowadziliśmy, by poprawić komfort funkcjonowania personelu, była widoczna w pracy niektórych osób trudność w wychodzeniu poza rekomendacje i poszukiwaniu rozwiązań w sytuacjach nieopisanych w wytycznych.

Jednymi z najistotniejszych elementów wpływających w naszej ocenie na możliwość funkcjonowania pomimo czynników regresujących były otwarta komunikacja,

W pracę oddziału COVID (+) zaangażowanych było łącznie 35 osób: 24 pielęgniarki, 9 lekarzy oraz dwie panie z personelu sprząającego. Praca personelu pielęgniarskiego była zmianowa w trybie 24-godzinnym. Jednocześnie w „gorącej” części oddziału przebywały 2 pielęgniarki na 4-godzinnych zmianach. Lekarze pracowali w systemie rotacyjnym w dwóch zespołach z wyjątkiem kierującego bezpośrednio pracą oddziału lekarza psychiatry. Na dyżurze lekarskim po godzinie 15.05 do 7.30 następnego dnia przebywał jeden lekarz. Do godziny 20.05 towarzyszył mu drugi lekarz w trakcie specjalizacji.

Łączne zużycie ŚOI wynosiło na dobę 9 zestawów, składających się z czepka, gogli, przyłbicy, maski FFP2, jednorazowego kompletu chirurgicznego (bluza i spodnie), fartucha barierowego, fartucha foliowego, ochrony nóg (dwóch sztuk), rękawic (trzech par).

Podsumowanie

Nasze działania przygotowujące oddział do funkcji oddziału jednoimiennego oparte były na zdrowym rozsądku, literaturze światowej oraz doświadczeniach zagranicznych oddziałów psychiatrycznych, które przyjęły na siebie rolę placówek prowadzących leczenie pacjentów psychiatrycznych COVID+. Ważnego dla nas wsparcia w przygotowaniu oddziału do pandemii COVID-19 udzielili nam też w początkowym etapie pracownicy Zakładu Medycyny Katastrof UJ CM.

Przeprowadzona reorganizacja OKPDDiM oraz jego funkcjonowanie w pierwszej fazie epidemii COVID-19 przyniosły kilka wniosków. I tak trzeba stwierdzić, że polska służba zdrowia – przynajmniej w obszarze dotyczącym opieki psychiatrycznej – nie była przygotowana na dużą epidemię wymagającą reorganizacji zasad funkcjonowania instytucji leczących. Wnioskiem oczywistym – choć wykraczającym poza możliwości sprawcze autorów tekstu – jest potrzeba stworzenia planów i symulacji uwzględniających los pacjentów psychiatrycznych na wypadek różnych sytuacji katastroficznych. Wydaje się, że ograniczony zakres pandemii w Polsce – przynajmniej do momentu powstania tej pracy czyli połowy czerwca 2020 roku – wskazuje na konieczność ustaleń ponadregionalnych dotyczących opieki psychiatrycznej, w tym zwłaszcza psychiatrii dzieci i młodzieży czy psychiatrii sądowej. Długi stosunkowo czas wypisywania pacjentów z oddziału powoduje, że plany powinny dotyczyć nie tylko tego, które oddziały przyjmą na siebie funkcję oddziałów jednoimiennych, ale też tego, które z pozostałych oddziałów przejmą hospitalizowanych pacjentów lub pilne hospitalizacje pacjentów COVID-. Także realizowanie w pełnym zakresie programu pilotażowego Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), zgodnie z założeniami reformy psychiatrii, nie zostało wzięte pod uwagę przy wyznaczeniu SU w Krakowie do pełnienia funkcji szpitala jednoimiennego. Niezbędne jest zatem wypracowanie rozwiązań, które nie zaburzą ciągłości opieki w zakresie hospitalizacji w rejonie objętym pilotażem przez CZP, przy jednoczesnym realizowaniu działań kryzysowych.

Ważnym kontekstem jest tu również brak precyzyjnego dookreślenia w początkowym okresie pandemii, którzy z pacjentów psychiatrycznych zakażonych SARS-CoV-2 powinni być hospitalizowani na oddziałach psychiatrycznych, a którzy na

oddziałach somatycznych. Niepokój nasilają tu dane mówiące o możliwym gwałtownym pogorszeniu się stanu pacjenta w przebiegu COVID-19 [2]. Wiele kontrowersji budziły też decyzje o hospitalizacji podjęte przez inspektora Sanepidu, gdyż siłą rzeczy nie były to decyzje merytoryczne, podjęte przez lekarza psychiatrę. Wydaje się, że w części przypadków miały one walor izolacji psychicznie chorego pacjenta, a nie realnego wskazania do leczenia specjalistycznego. Stawia to pod znakiem zapytania samą ideę powoływania psychiatrycznych oddziałów jednoimiennych dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Istnieje bowiem niebezpieczeństwo, że brzemień choroby psychicznej skutkować będzie mniej adekwatną opieką somatyczną, co obserwuje się przecież w psychiatrii na co dzień [28]. Minimalnym postulatem w tym zakresie jest wyznaczenie do takiej funkcji oddziałów w szpitalach ogólnomedycznych i dalsza konsekwentna reforma psychiatrii likwidująca psychiatryczne „getta” dla pacjentów.

Etap, na którym podsumowujemy naszą pracę, nie oznacza końca epidemii. Wyzwaniem, przed jakim stajemy obecnie, jest powrót do wszystkich wcześniejszych aktywności klinicznych, naukowych oraz dydaktycznych, a także potencjalna konieczność powrotu do funkcji oddziału jednoimiennego w krótkim czasie.

Dotychczasowy okres funkcjonowania zespołu OKPDDiM oraz Katedry Psychiatrii UJ CM w czasie pierwszego etapu pandemii można jednak podsumować jako satysfakcjonujący. Dzięki mobilizacji całego personelu i aktywnemu dążeniu do wdrożenia zmian umożliwiających niesienie chorym pomocy w bezpieczny sposób nie odnotowano ani jednego przypadku transmisji zakażenia COVID-19 wśród personelu w naszym oddziale lub na pacjentów, w tym na pacjentów w kwarantannie. Dodatkowo nasze doświadczenia okazały się przydatne dla grupy utworzonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT): pierwszy autor tego artykułu był członkiem panelu ekspertów zajmującego się bezpieczeństwem personelu.

Mamy nadzieję, że przebieg dalszych etapów pandemii pozwoli na rychły powrót do wcześniejszego funkcjonowania.

Choć na co dzień wolimy myśleć o sobie jako o ochronie zdrowia, od czasu do czasu nasza praca staje się służbą. Miejmy nadzieję, że nie częściej niż raz na pokolenie instytucje medyczne konfrontowane będą z wyzwaniem zbliżonym do tego, przed jakim stają frontowe jednostki wojskowe. Wiąże się ono z koniecznością realizacji zakładanych celów z uwzględnieniem ryzyka dla życia i zdrowia pracowników. Outsourcing, praca kontraktowa, częściowe zatrudnienia adekwatne na co dzień, w zwykłych okolicznościach, wskazują na swoją ograniczoną przydatność w czasie realizacji podobnych „bojowych” zadań. W pracy liczy się zaś nie tylko profesjonalizm, ale też lojalność, poczucie odpowiedzialności za innych oraz czasami odwaga. Warto zachować pamięć o tym doświadczeniu również wtedy, gdy pandemia przejdzie do historii.

Piśmiennictwo

1. WHO. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*, 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (dostęp: 11.02.2020).

2. ECDC *Rapid Risk Assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU / EEA and the UK – ninth update. What is new in this update?*, 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update> (dostęp: 23.04.2020).
3. CDC. *Steps Healthcare Facilities Can Take Now to Prepare for COVID-19*, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/steps-to-prepare.html> (dostęp: 20.03.2020).
4. WHO. *Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19)*, 2020. [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-\(ppe\)-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-(ppe)-for-coronavirus-disease-(covid-19)) (dostęp: 19.03.2020).
5. ECDC. *Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients*, 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-checklist-hospitals-preparing-receptioncare-coronavirus-patients.pdf> (dostęp: 11.03.2020).
6. CDC. *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings*, 2020. https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0038/939656/qh-covid-19-Infection-control-guidelines.pdf (dostęp: 23.04.2020).
7. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. *Video consultations for Covid-19*. *BMJ* 2020; 368: m998.
8. Hollander JE, Carr BG. *Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19*. *N. Engl. J. Med.* 2020; 382(18): 1679–1681.
9. Koivunen M, Niemi A, Hupli M. *The use of electronic devices for communication with colleagues and other healthcare professionals – Nursing professionals’ perspectives*. *J. Adv. Nurs.* 2015; 71(3): 620–631.
10. Chopra V, Toner E, Waldhorn R, Washer L. *How should U. S. hospitals prepare for coronavirus disease 2019*. *Ann. Intern. Med.* 2020; M20-0907.
11. ECDC. *COVID-19: How Can Hospitals Protect Workers and Patients?*, 2020. <https://health-management.org/c/hospital/news/covid-19-how-can-hospitals-protect-workers-and-patients> (dostęp: 20.03.2020).
12. Schwartz J, King CC, Yen MY. *Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak – Lessons from Taiwan’s SARS response*. *Clin. Infect. Dis.* 2020; 71(15): 858–860.
13. CDC. *Discontinuation of Transmission-Based Precautions and Disposition of Patients with COVID-19 in Healthcare Settings (Interim Guidance)*, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html> (dostęp: 20.06.2020).
14. ECDC. *Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings*, 2020 (dostęp: 20.03.2020).
15. CDC. *Strategies to Mitigate Healthcare Personnel Staffing Shortages*, 2020 (dostęp: 23.04.2020).
16. Italian Society of Psychiatry. *Recommendations for mental health departments regarding activities and measures of contrast and containment of the SARS-COV-19 virus*, 2020. https://www.evidence-based-psychiatric-care.org/wp-content/uploads/2020/04/SARS-COV-19_Suppl_Special_Rivista_SIP_eng.pdf (dostęp: 23.04.2020).
17. Zhu Y, Chen L, Ji H, Xi M, Fang Y. *The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals*. *Neurosci Bull.* 2020; 36(3): 299–302.
18. CDC. *Hand Hygiene Recommendations*, 2020 (dostęp: 23.04.2020).
19. Atkinson P, French J, Lang E, McColl T, Mazurik L. *Just the facts: Protecting frontline clinicians during the COVID-19 pandemic*. *Can. J. Emerg. Med.* 2020: 1–5.

20. CDC. *Cleaning and Disinfection for Households*, 2020. <https://tools.cdc.gov/api/v2/resources/media/407464/content.html> (dostęp: 28.03.2020).
21. Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M i wsp. *COVID-19 pandemic response*. *Nat. Hum. Behav.* 2020; 4: 460–471.
22. Heitzman J. *Impact of COVID-19 pandemic on mental health*. *Psychiatr. Pol.* 2020; 54(2): 187–198.
23. CDC. *Emergency Responders: Tips for taking care of yourself*, 2020. <https://emergency.cdc.gov/coping/responders.asp> (dostęp: 20.03.2020).
24. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. *Moral distress among healthcare professionals: Report of an Institution-Wide Survey*. *J. Nurs. Scholarsh.* 2015; 47(2): 117–125.
25. Babicki M, Kotowicz K, Piotrowski P, Stramecki F, Kobyłko A, Rymaszewska J. *Areas of stigma and discrimination of mentally ill people among Internet respondents in Poland*. *Psychiatr. Pol.* 2018; 52(1): 93–102.
26. Bravo-Mehmedbašić A, Kučukalić S. *Stigma of psychiatric diseases and psychiatry*. *Psychiatr. Danub.* 2017; 29(Suppl 5): 877–879.
27. Fischer LS, Mansergh G, Lynch J, Santibanez S. *Addressing disease-related stigma during infectious disease outbreaks*. *Disaster Med. Public Health Prep.* 2019; 13(5–6): 989–994.
28. Chevance A, Gourionb D, Hoertelc N, Llorcad P-M, Thomase P, Bocherf R i wsp. *Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review*. *L'Encéphale.* 2020; 46(3): 193–201.

Adres: Maciej Pilecki
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Katedra Psychiatrii
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a
e-mail: maciej.pilecki@uj.edu.pl

Otrzymano: 10.07.2020
Zrecenzowano: 11.08.2020
Otrzymano po poprawie: 20.08.2020
Przyjęto do druku: 20.08.2020