

Szczepan COFTA

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
ORCID: 0000-0002-4269-6590

Hanna M. WINIARSKA

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu  
ORCID: 0000-0002-4387-4977

## Szpital tymczasowy w Poznaniu. Ramowe zasady funkcjonowania w szpitalu

**Streszczenie:** Szpital tymczasowy w Poznaniu funkcjonował w ramach przyjętego w kraju modelu postępowania podczas epidemii COVID-19, będąc jedną z największych tego typu lecznic w kraju. Stał się istotnym elementem w walce z pandemią w regionie. W artykule przedstawiono podstawowe zasady i ramy organizacyjne funkcjonowania tego prowizorycznego szpitala, który spełnił swoją rolę medyczną i społeczną dzięki wytrwałej pracy szerokiego grona kompetentnych pracowników i dobrze wykorzystanej infrastruktury.

**Słowa kluczowe:** COVID-19, szpital tymczasowy, pandemia w Polsce

---

### 1. Geneza powstania szpitala tymczasowego

Szpital tymczasowy zlokalizowany na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich w Poznaniu powstał jako odpowiedź na potrzeby epidemiczne województwa wielkopolskiego. Pierwsze szpitale tymczasowe w kontekście pandemii COVID-19 zaczęły powstawać w Chinach w mieście Wuhan (Agencja Oceny, 2020), a w Europie pojawiły się już w kwietniu 2020 roku (Candel, Marco, 2021, s. 280–288). Z założenia szpitale tymczasowe zostały przeznaczone do leczenia pacjentów z łagodną i umiarkowaną postacią choroby, a chorzy wymagający intensywniejszego nadzoru byli transportowani do szpitali stacjonarnych (Candel, Marco, 2021, s. 280–288, Candel, Zapatero i in., 2021). Model chiński zakładał przyjmowanie do szpitali tymczasowych także pacjentów bezobjawowych w celu zapewnienia im izolacji i sprawnej pomocy w przypadku pogorszenia stanu zdrowia (Kowalska i in., 2020). Szpitale różniły się między sobą lokalizacją (areny sportowe, hale targowe, pokłady statków) oraz wielkością: mogły przyjąć od kilkudziesięciu (Candel, Marco, 2021, s. 280–288) do ponad tysiąca chorych (Our World in Data) jednocześnie.

Szpital tymczasowy na Międzynarodowych Targach Poznańskich został zlokalizowany w tzw. czteropaku – czterech halach, które stanowiły część przeznaczoną dla pacjentów, a strefa pomiędzy nimi – część czysta z punktu widzenia epidemiologicznego – przeznaczona była dla bieżącej działalności personelu medycznego. W sumie szpital mógł potencjalnie przyjąć 597 chorych, na 549 łóżkach internistycznych z dostępem do tlenu oraz 48 łóżkach intensywnej terapii. Szpital był drugim co do wielkości szpitalem tymczasowym w Polsce.

Zgodnie z wytycznymi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 3 listopada 2020 roku szpital podzielono na moduły: 28-łóżkowy w przypadku oddziałów zachowawczych oraz 10-łóżkowy w przypadku oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (Sacchetto i in., 2020, s. 1–4).

W celu zapewnienia optymalnej opieki nad pacjentami, okazało się jednak niezbędnym zwiększenie liczby personelu medycznego w porównaniu z ww. zaleceniami. Na 28-łóżkowym module zachowawczym pracowało jednocześnie 2 lekarzy, 6 pielęgniarek, 6 opiekunów medycznych (personel lekarski przebywał w tzw. strefie brudnej w zależności od potrzeb wynikających z wykonywania działalności medycznej, personel pielęgniarski i opiekunów rotacyjnie – sekwencyjnie w strefie czystej i brudnej).

Na oddziale pulmonologii, który gromadził najcięższych pacjentów, którzy nie spełniali jeszcze kryteriów kwalifikacji na oddział respiratorowy, zwiększono obsadę lekarską w ciągu dnia do 3 dyżurnych. Personel medyczny pracował w systemach zmianowych – 12-godzinnych, a ciągłość opieki nad pacjentami zapewniały niezwykle rzetelne raporty lekarskie oraz odprawy (podczas zmian każdego z dyżurów w gronie obecnych w szpitalu, a także w gronie wszystkich oddziałów *online* w dni robocze o godzinie 14.30).

W stosunku do zaleceń AOTMiT zmodyfikowano działalność szpitala, zapewniając opiekę m.in. kapelana, psychologa, fizjoterapeutów, w szpitalu zapewniono także dyżur farmaceuty oraz radiologa.

W celu usprawnienia kontaktu z rodzinami, powołano centrum kontaktu z bliskimi pacjentów, tzw. *call center* – zadaniem tej struktury było zapisywanie numerów telefonów do osób bliskich, pragnących uzyskać informację o stanie zdrowia pacjentów. Lekarze po wyjściu ze strefy brudnej kontaktowali się telefonicznie z bliskimi pacjentów.

Decyzja o zorganizowaniu szpitala zapadła jesienią 2020 roku, placówka zaczęła przyjmować pacjentów w czasie III fali epidemii COVID 19 i pracowała od 1 lutego 2021 do 9 lipca 2021 roku. W szpitalu uruchomiono 3 spośród 4 dostępnych hal z dostępną liczbą łóżek: 20 respiratorowych oraz 336 internistycznych (w 12 modułach). W sumie 356.

W tym czasie szpital udzielił pomocy 1289 pacjentom, w tym 126 w ramach oddziału intensywnej terapii. W chwili maksymalnego obłożenia (8.04.2021 r.) na terenie placówki przebywało 322 pacjentów – w tym czasie średnia dzienna liczba zachorowań w Polsce w ciągu ostatnich 7 dni wynosiła 20 362 (Weihong i in., 2020, s. 1339–1345).

Po kilku miesiącach pozostawania w trybie pasywnym, szpital ponownie rozpoczął swoją działalność w dniu 2 listopada 2021 roku, funkcjonując do 31 marca 2022 roku. W tym czasie szpital udzielił pomocy 1864 pacjentom, w tym 99 w ramach oddziału intensywnej terapii. W chwili maksymalnego obłożenia (w dniu 20.12.2021 r.) szpital liczył 252 pacjentów. Obejmował jeden moduł respiratorowy (10 łóżek) oraz 9 modułów internistycznych (252 łóżka). W sumie 262 dostępne łóżka w chwili najbardziej intensywnego funkcjonowania w trzech halach.

Tak duża liczba pacjentów wymaga odpowiedniego zaplecza kadrowego. W III fali w szpitalu tymczasowym pracowało (w niepełnym wymiarze godzin) 918 osób: 145 lekarzy, 434 pielęgniarki, 124 ratowników medycznych (w tym ratowników strażaków), 141 opiekunów medycznych, 12 sanitariuszy, 14 pracowników rejestracji medycznej, 5 farmaceutów i techników farmacji, 5 techników RTG, 38 osób pozostałego personelu.

Szpital stanowił zatem nie tylko olbrzymie wyzwanie medyczne (w czasie obu fal zużyto około 1 miliona kilogramów tlenu), ale także organizacyjne.

Personel pracujący w szpitalu tymczasowym to osoby z różnych zakładów pracy o odmiennej organizacji, z innymi systemami informatycznymi, zasadami zlecenia i pobierania badań, tworzenia i odbierania zleceń lekarskich, którzy rozpoczynali pracę w zupełnie nowej, nieznaną w zwykłych szpitalach rzeczywistości, jaką jest granica pomiędzy strefą „czystą” a „brudną” i wiążące się z nią trudności w wykonywaniu obowiązków.

W celu optymalizacji pracy szpital zapewniał cykl szkoleń skierowanych do nowozatrudnionych osób, rozpoczynając od szkolenia BHP, w tym ze środków ochrony osobistej, poprzez zaznajomienie z systemem informatycznym, na szkoleniach medycznych kończąc.

Każdego dnia od poniedziałku do piątku przedstawiciele wszystkich oddziałów, a także służb niemedycznych, gromadzili się na odprawie internetowej o godzinie 14:30. Podczas spotkania omawiane były bieżące tematy organizacyjne, a każde zebranie kończyło się krótkim szkoleniem, zwykle o tematyce medycznej, poszerzającym umiejętności leczenia COVID. Korzystając z nagrań ze szkoleń utworzono także Bibliotekę COVID, w której każdy mógł odnaleźć archiwalne wykłady i odsłuchać ponownie tych, których aktualnie potrzebował.

W celu uporządkowania kwestii organizacyjnych, już przed otwarciem szpitala tymczasowego powstał plik, w którym zawarte były najważniejsze ścieżki postępowania w wybranych przypadkach (numery telefonów, nazwiska konsultantów, informacje o sposobach wypełniania wybranych dokumentów).

Na bazie tego zbioru informacji, już w pierwszych dniach pracy szpitala powstał dokument o nazwie *Ramowe zasady funkcjonowania w Szpitalu Tymczasowym MTP – przewodnik dla personelu*, który doczekał się aż 14 wydań, uzupełnianych wciąż o nowe zagadnienia tak, by większość problemów natury organizacyjnej udawało się rozwiązywać poprzez procedury w nim zawarte.

W związku z tym, że w szpitalu pracowały zespoły, które nie znały struktury organizacyjnej Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego – struktury macierzystej szpitala – w przewodniku zawarto liczne wskazówki dotyczące postępowania od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala, poprzez wszelkie zlecenia wykonywane na terenie lecznicy, sposoby pobierania krwi, zlecenia konsultacji, przekazywania do innych placówek itd. aż do wypisu chorego. Niejako w uzupełnieniu do informacji zawartych w *Przewodniku*, nad szpitalem bez przerwy czuwali koordynatorzy (koordynator medyczny, koordynator pielęgniarek), którzy na bieżąco rozwiązywali problemy wykraczające poza ramy dokumentu.

Opracowano także specjalną ulotkę dla pacjentów i rodzin, którą każdy chory otrzymywał w chwili przyjęcia na oddział, podstawowe informacje organizacyjne dla rodzin pacjentów były także zamieszczone na stronie internetowej.

Poniżej przedstawiono wybrane informacje *Przewodnika dla personelu*, które obrazują informacje w nim zawarte.

## 2. Przyjęcie do szpitala

Pacjent był kierowany do szpitala tymczasowego MTP na podstawie decyzji *call center* lub zgłaszał się do niego samodzielnie. Pacjent zostawał poddany procedurze

*triage* w izbie przyjęć MTP, dokonywanej przez ratownika izby przyjęć. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, decyzję o skierowaniu pacjenta na oddział podejmował lekarz dyżurny pulmonologii, którego decyzja była ostateczna. Wszelka diagnostyka przeprowadzana była na docelowych oddziałach. W przypadku konieczności przekazania chorego do innego szpitala odbywało się to także przez regionalne *call center*.

### 3. Wywiad i badanie przedmiotowe

Wykonywane wg wzoru dostępnego w systemie operacyjnym szpitala – Eskulap. Wzór zawierał w sobie wszystkie wymagane prawem informacje dotyczące stanu medycznego pacjenta, korzystanie z ww. wzoru było niezbędne.

### 4. Obserwacje lekarskie

Wykonywane co najmniej 2 razy dziennie, w tym co najmniej 1 raz dziennie z uwzględnieniem skal oceny zdrowia zawartych w odpowiednich rozporządzeniach – tworzono informacje według zaproponowanego wzoru. W zleceniach lekarskich, poza informacjami zawartymi we wzorze, znajdowały się:

- informacje o zastosowaniu lub zakończeniu tlenoterapii;
- informacje o zastosowaniu lub zakończeniu wentylacji nieinwazyjnej;
- informacje o zastosowaniu lub zakończeniu stosowania konkretnych leków (tylko czas włączenia i zakończenia, bez dawkowania);
- informacje o stosowanych lekach: baricytynib, remdesivir, tocilizumab, molnupiravir, regdanvimab;
- informacje o zastosowaniu lub zakończeniu stosowania antybiotykoterapii.

### 5. Zlecenia lekarskie

Wykonywane w strefie brudnej i przekazywane personelowi pielęgniarstwu. W zleceniach używano wyłącznie nazw międzynarodowych leków. W związku z brakiem pieczętek lekarskich w strefie, konieczne było podpisywanie w sposób umożliwiający identyfikację osoby zlecającej i odbierającej zlecenie. Wskazane było tworzenie i uzupełnianie zleceń w programie WORD i zapisywanie w folderze umożliwiającym ich otwarcie w strefie czystej. Rangę dokumentu medycznego miała wyłącznie wydrukowana i podpisana karta zleceń znajdująca się w strefie brudnej.

### 6. Zlecenia badań laboratoryjnych

Należało uwzględnić dzień planowanego pobrania, zaznaczać opcję ułatwiającą odbiór w laboratorium. Ustalono co najmniej dwukrotne pobierania krwi u pacjenta w trakcie pobytu (w profilu badań wzięto pod uwagę sugestie Ministerstwa Zdrowia

zawarte w zaleceniach dotyczących opieki nad pacjentem z chorobą koronawirusową (COVID-19) wymagającym hospitalizacji) (Yan, Tianyu i in., 2020, s. 201920–26).

**PO PRZYJĘCIU, najlepiej na czczo:**

- morfologia krwi z rozmazem,
- enzymy wątrobowe (AST, ALT, GGTP),
- dehydrogenza mleczanowa (LDH),
- CRP, PCT, IL-6,
- kreatynina,
- bilirubina,
- d-dimery, APTT, INR,
- glukoza,
- profil lipidowy,
- sód, potas,
- proteinogram (elektroforeza białek surowicy) – pobrać do osobnej probówki z brązowym korkiem, IgG,
- Hbs ag, anty HIV, anty HCV.

**PRZY WYPISIE (do 48 godzin przed wypisem):**

- morfologia krwi z rozmazem,
- enzymy wątrobowe (AST, ALT),
- CRP,
- Kreatynina,
- sód, potas,
- glukoza.

Pozostałe badania wykonywano według wskazań klinicznych.

W systemie operacyjnym medycznym szpitala dostępne były profile umożliwiające wykonanie ww. badań (COVIDprz, COVIDwyp). Pozostałe badania laboratoryjne uzależnione były od indywidualnych decyzji lekarskich.

## 7. Badanie grupy krwi

Przed rozpoczęciem procedury oznaczania grupy krwi, należało upewnić się, czy pacjent nie ma przy sobie dokumentu z oznaczoną wcześniej grupą. Z uwagi na częstą konieczność przetaczania osocza (bez próby krzyżowej), prawidłowe pobranie i oznaczenie grupy krwi wymaga wyjątkowej staranności. Dokument dotyczący grupy krwi wydawany jest na podstawie 2 niezależnych pobrań. Aby uniknąć sytuacji, w której do 2 probówek krew pobierana była przez 1 osobę, sugerowało się, aby 1 pobranie zlecane było np. rano, 2 w południe. Zlecenie na badanie grupy krwi należało oznaczyć w systemie informatycznym szpitala jako „aktualne”, wydrukować i podpisać stosowny dokument. Skierowanie na badanie oznaczenia grupy krwi musiało zawierać: datę, godzinę pobrania krwi, oraz podpisy osoby pobierającej i zlecającej badanie (podobnie jest w przypadku prób zgodności). Na probówce z krwią pacjenta musiała znaleźć się data i godzina pobrania próbki krwi (oznaczenie musi być trudne do usunięcia!). Krew na badanie oznaczenia grupy krwi należało pobierać do probówek zawierających EDTA o pojemności 2,7 ml. Na próbę zgodności optymalne były probówki o pojemności 7,6 ml.

## 8. W przypadku zakłucia się personelu

Należało pobrać krew do badania po ekspozycji, zarówno od pacjenta, jak i pracownika. Zestaw do pobierania krwi od pracownika, znajdował się w pomieszczeniu rejestracji. Pełna procedura postępowania poekspozycyjnego, znajdowała się w intranecie.

## 9. Transport krwi do laboratorium

**Transport krwi i moczu do laboratorium** odbywał się codziennie o 6:30, 13:00 i 19:00. W przypadku konieczności wykonania badań w innych godzinach należało zgłosić ten fakt w rejestracji. Pracownicy rejestracji zamawiali transport. Zadaniem rejestratorek medycznych było sprawdzenie, czy na innych oddziałach nie ma materiału do pilnego wysłania do laboratorium. Personel pobierał próbki krwi i wkładał do pojemnika „na mocz”, następnie umieszczał je w worku strunowym. Tak przygotowany materiał wkładany był do pojemnika, który znajdował się przy śluzie czystej – po stronie brudnej na stoliku z napisem „**Badania**”. Następnie należało zadzwonić do rejestracji i poinformować pracowników rejestracji o gotowości materiału do przekazania do laboratorium. Rejestrator ubierał się w fartuch barierowy, przyłbicę, rękawiczki oraz maseczkę i z przygotowanym pojemnikiem czekał w śluzie czystej na odbiór materiału do badań. Osoba ze strony brudnej przekładała materiał do otwartego pojemnika, który trzymał rejestrator, a ten następnie zamykał pojemnik i odsyłał próbki do laboratorium. Należało sprawdzić, czy kubki z moczem są szczelnie zamknięte i umieścić je w osobnym worku strunowym, a następnie w pojemniku do transportu moczu. W oddzielnym pojemniku transportowane były próbki z krwią.

## 10. EKG

Badanie EKG było wykonane co najmniej 1 raz przy przyjęciu chorego. Każdorazowe wykonanie EKG było zakończone jego opisem, umieszczonym w odpowiedniej rubryce wypisu, opatrzonym datą, godziną, imieniem i nazwiskiem lekarza opisującego tak, aby w przypadku kilku badań możliwa była precyzyjna identyfikacja lekarza opisującego.

## 11. Badania radiologiczne

Skierowanie przekazywano pracownikom rejestracji, którzy umawiali badanie. Należało pamiętać, aby przed wykonaniem badania radiologicznego u pacjentek w wieku rozrodczym, oznaczyć poziom beta-HCG we krwi. Radiolog dostępny był od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–15:00. Technik dostępny był od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–15:00, w soboty, niedziele i święta od 9:00 do 14:00.

Poza wskazanymi zakresami czasu, w celu wykonania badania należało kontaktować się z rejestracją, pracownicy rejestracji powiadamiali technika (w przypadku badań bez kontrastu) lub lekarza (w przypadku badań z kontrastem), a te osoby powiadamiały pozostałych członków zespołu.

Uważano, by nie zgłaszać badań bezpośrednio do techników, z pominięciem rejestracji. Spis dyżurów lekarzy radiologów dostępny był w rejestracji. Na skierowaniu powinny znaleźć się informacje o wszystkich schorzeniach, które mogły wpływać na obraz radiologiczny, a także o dokładnym celu badania.

Skierowanie należało koniecznie uzupełnić o oznaczenie hali, oddziału i numeru łóżka, współistnienia ewentualnej cukrzycy pacjentów oczekujących na badanie wymagające pozostawania na czczo. Badania niecierpiące zwłoki oznaczone były dopiskiem „pilne”.

Oddział, który zlecał badanie, zapewniał pacjentowi opiekę pielęgniarską na czas transportu i diagnostyki. Na każdym oddziale znajdowała się jedna pielęgniarka uprawniona do kontaktu z pracownią radiologii i koordynowania przewożenia pacjentów.

Przy łóżkach pacjentów wymagających pozostawania na czczo do badania wieszano kartkę z informacją „na czczo”.

W instrukcji uregulowano sposób zamawiania krwi i preparatów krwiopodobnych.

## 12. Insulinoterapia i profil glikemii

- Glikemie mierzone były w godzinach: 7:30, 13:00, 17:00 i 22:00 (tzw. profil glikemii) lub przed i 2 godziny po posiłkach, w przypadku pacjentów leczonych metodą wielokrotnych wstrzyknień – według tabeli.
- W przypadku pacjentów leczonych glikokortykosterydami – kontrola glikemii była przeprowadzana TYLKO o 7:30 i 17:00.
- Posiłki podawane były w godzinach: 8:30, 14:00, 18:00 – insulina do posiłkowa podawana jest 15–30 min przed posiłkiem (w zależności od rodzaju insuliny), insulina bazowa o godzinie 7 i 22. Insulinoterapia MUSI być skorelowana z posiłkiem – maksymalnie 30 min przed jedzeniem!!! Podanie insuliny 1 godzinę przed posiłkiem, grozi wystąpieniem hipoglikemii.
- Zarówno profil glikemii, jak i dawkowanie insuliny, zawarte było na osobnej karcie zleceń.

## 13. Konsultacje

Konsultacje lekarskie zlecane były w systemie informatycznym szpitala. Na wezwanie dostępne były konsultacje kardiologiczne, okulistyczne, chirurgiczne, neurologiczne, laryngologiczne i psychiatryczne. W razie konieczności także innych specjalności.

Obecna była w godzinach pracy pomoc fizjoterapeutów (w szczytowej chwili funkcjonowania szpitala – 3 etaty), psychologiczna – 3 razy w tygodniu. Wykaz osób pracujących w szpitalu MTP wraz z numerami telefonów był załącznikiem do przewodnika.

## 14. Kapelan

Pełnił posługę wśród pacjentów dwa razy w tygodniu rutynowo. W przypadku konieczności zapewnienia posługi w innych dniach należało wysłać smsa do godzi-



ny 12:00 każdego dnia, wówczas kapelan zjawiał się w godzinach popołudniowych. W sprawach nagłych był dostępny całodobowo. Możliwa była pomoc kapelanów innych – niż rzymskokatolickie – wyznań.

## 15. Raporty

W związku ze zmianowym trybem pracy, bezwzględnie konieczne było wykonywanie raportów lekarskich na każdej zmianie. Sposób tworzenia raportu był wewnętrznym ustaleniem poszczególnych oddziałów.

## 16. Wypis

Wstępny szkic wykonywany był przez rejestratorki medyczne. Epikryza, zalecenia były tworzone w oparciu o wzory dostępne w systemie informatycznym szpitala.

Przekazanie Pacjenta do Ośrodka Rehabilitacji Pulmonologicznej – wykaz ośrodków świadczących usługi w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w województwach wielkopolskim oraz lubuskim stanowił załącznik do przewodnika.

Skierowanie pacjenta na rehabilitację po przebytej chorobie COVID-19 wystawić mógł pacjentowi każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończeniu leczenia związanego z chorobą COVID-19. Decyzje o wystawieniu skierowania do programu, należało podjąć na podstawie wyniku poniższych badań:

- RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby,
- aktualna morfologia, OB, CRP (białko ostrej fazy),
- EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19.

Przekazanie do izolatorium – należało kontaktować się z regionalnym *call center*, a następnie z transportem. Pacjent był przewożony do izolatorium.

Procedura wyjścia pacjenta ze szpitala – pacjent niezakaźny przebierał się we własne ubrania, a następnie był odprowadzany do łącznika z pracownią tomografii komputerowej, skąd był zabierany przez zespół pogotowia ratunkowego lub przez rodzinę (po uprzednim zgłoszeniu tego faktu przez personel szpitala firmie chroniącej obiekty). Możliwy był również powrót pacjenta – po okresie izolacji – środkami transportu publicznego.

Instrukcja przewidywała także odbiór rzeczy osobistych z depozytu.

Zgon Chorego – odstąpienie od przeprowadzenia sekcji zwłok w szpitalu tymczasowym MTP, miał prawo potwierdzić dyrektor, koordynator medyczny lub kierujący oddziałem respiratorowym – starszy lekarz dyżurny – anestezjolog. Karta stwierdzenia zgonu wydawana była w strefie czystej, po uprzednim umówieniu telefonicznym z rodziną, przez lekarza będącego aktualnie na dyżurze.

## 17. Dokumentacja medyczna po wypisie

Każdy oddział posiadał wskazane miejsce na kwarantannowanie historii chorób, gdzie odkładano dokumentację w przygotowane kartony w ciągu 24 godzin od za-



kończenia hospitalizacji ze wskazaniem daty rozpoczęcia kwarantanny. Kwarantanna trwała 48 godzin; nie mieszano w kartonach historii chorób o różnych datach rozpoczęcia kwarantanny; dokumentacja medyczna ze strony czystej była przekazywana do rejestracji w ciągu 72 godzin tak, aby można ją scalić z dokumentacją ze strony brudnej. Dokumentacja była archiwizowana wg numeru książki głównej.

## **18. Informowanie rodzin**

Z dniem 27 marca 2021 roku, uruchomione zostało call center, z odrębnymi numerami telefonów, czynne codziennie w godzinach 10:00–18:00. Osoby obsługujące punkt informacyjny, odnotowywały zgłaszaną potrzebę kontaktu z personelem lekarskim, a następnie przekazywały informację do odpowiednich dyżurek w strefie czystej.

Proszono personel o – w miarę szybki – kontakt telefoniczny.

## **19. Rejestr COVID**

Rejestry dotyczące wolnych łóżek i respiratorów leżały w zakresie kompetencji rejestratorek medycznych.

## **20. Dyżury medyczne**

Do dnia 25 każdego miesiąca osoby odpowiedzialne za organizację pracy na oddziałach były zobowiązane do przesłania dyrektorowi (do wiadomości koordynatora medycznego) planów dyżurów lekarskich wraz z pełnymi danymi osób dyżurujących i numerami telefonów kontaktowych. Następnie zaakceptowane dokumenty były rozesłane na wszystkie oddziały. Analogiczna procedura obowiązywała w pionie pielęgniarsko-ratowniczym i opiekuńczym – podległym koordynatorowi pielęgniarskiemu.

## **21. Pozostałe Informacje Organizacyjne**

Określono sposób wjazdu do szpitala oraz parkowania. Obowiązywała ewidencja czasu pracy (czytnik identyfikatorów znajduje się na posterunku nr 1 – żołnierzy WOT). Przed rozpoczęciem pracy pracownicy byli zobowiązani odbyć szkolenie bhp oraz epidemiologiczne. Na terenie szpitala mogły przebywać tylko osoby upoważnione (potwierdzenie identyfikatorem lub listą). Należało na wezwanie żołnierzy Wojsk Ochrony Terytorialnej okazywać się identyfikatorem. Osoby nieupoważnione nie były wpuszczane na teren szpitala tymczasowego i punktu szczepień, nie było też możliwości odwiedzin na terenie szpitala przez członków rodziny personelu. Praca personelu szpitala tymczasowego odbywa się w tzw. „czteropaku”. Stroną czystą był tzw. pasaż – przebywanie w nim nie wymagało stosowania dodatkowych środków ochronnych – ważne było, by stosować maseczki ochronne i utrzymywać przewidziane procedu-

rami epidemiologicznymi zasady dystansu społecznego. Określono także procedurę związaną z pobieraniem testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 u pracowników szpitala tymczasowego.

Ponadto:

- odzież, obuwie robocze oraz klucze do szafek były wydawane przez żołnierzy WOT;
- w szatniach znajdowały się szafki dla każdego pracownika, w których należało zostawić prywatną odzież;
- w części centralnej znajdowała się część socjalna z jadalniami wyposażonymi w czajniki, lodówki, mikrofalówki;
- dostępne były miejsca wypoczynku: sypialnie oraz kanapy;
- środki ochrony indywidualnej znajdowały się w śluzie czystej.

### Podsumowanie i wnioski

Utworzenie szpitala tymczasowego, w miejscu do tego prowizorycznie przystosowanym, poza murami szpitalnymi, z nowo zatrudnionymi pracownikami, zaproszonymi z różnych podmiotów leczniczych, stanowiło olbrzymie wyzwanie organizacyjne i logistyczne.

Choć szpital większość rozwiązań czerpał z bogactwa Szpitala Klinicznego im. Przemienienia Pańskiego, część aspektów organizacyjnych była nowa, właściwa tylko szpitalowi tymczasowemu i to ona stanowiła przedmiot największej troski.

Przy pomocy szerokiego grona osób kompetentnych i pełnych zapału, wzajemnej życzliwości, podejmujących trudną nieraz dyskusję na temat ostatecznego kształtu szpitala, udało się stworzyć lecznicę sprawną medycznie i organizacyjnie, ale przede wszystkim stawiającą na pierwszym miejscu podmiot naszego działania – chorego człowieka.

Takie działanie – w sytuacji szczególnej – okazało się możliwe i stało się szczególnie wyrazistym dziełem.

W podziękowaniu jednego z pacjentów czytamy: „Warunki, w jakich pełnicie swoje obowiązki są trudne. Wasze imiona trzeba odgadywać z bazyliki flamastrem na plecach. Macie powody być zmęczeni, sfrustrowani, obojętni... A jednak z Waszych niewidocznych twarzy emanuje misyjne posłannictwo. Jedyna część Was, którą widać, Wasze oczy, wyrażają skupienie, determinację, troskę, współczucie, radość kolejnych powodzeń, które dla nas, pacjentów, oznaczają życie. Składam Wam hołd. Składam hołd Waszej pracy i jej zbawiennym efektom. (...) Ja na ulicy nie rozpoznam nikogo z Was. Każde z Was na ulicy minę obojętnie. Niech więc dotrą do Was te słowa!”

### Bibliografia

- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji WT (2020), *Propozycja modelu szacowania kosztów funkcjonowania szpitala tymczasowego*, opracowanie nr WT.541.12.2020 z dnia 3.11.2020.
- Candel F. J., Canora J., Marco J. (2021), *Temporary hospitals in times of the COVID pandemic. An example and a practical view*, „Revista Española de Quimioterapia” 34, s. 280–288.

- Candel F. J., Zapatero A., Barba R., González del Castillo J., García-Casasola G., San-Román J., Gil-Prieto R., Barreiro P., Fragiell M., Prados F., Busca P., Vázquez-Castro J., Marco J. (2021), *Temporary hospitals in times of the COVID pandemic. An example and a practical view*, „Revista Española de Quimioterapia”.
- Kowalska J., Podlasin R. B., Paciorek M., Pulik P. (2020), *Zalecenia dotyczące opieki nad pacjentem z chorobą koronawirusową (COVID-19) wymagającym hospitalizacji*, Ministerstwo Zdrowia, wersja 1.0 z dnia 22.10.2020.
- Our World in Data, HJHU CSSE COVI-19 Data.
- Sacchetto D., Raviolo M., Beltrando C., Tommasoni N. (2020), *COVID-19 Surge Capacity Solutions: Our Experience of Converting a Concert Hall into a Temporary Hospital for Mild and Moderate COVID-19 Patients*, „Disaster Medicine and Public Health Preparedness”, s. 1–4.
- Weihong Z., Yang W., Kui X., Huilin Z., Yi T., Sean P. C., Junmei X., Jiapeng H. (2020), *Establishing and Managing a Temporary Coronavirus Disease 2019 Speciality Hospital in Wuhan, China*, „Anesthesiology”, 132, s. 1339–1345.
- Yan Y. T. A., Tianyu W., Jiangqiao Z., Yonggang M., Xiueng L., Honping D. (2020), *The application of Temporary Ark Hospitals in controlling COVID-19 spread: The experiences of one Temporary Ark Hospital, Wuhan, China*, „Journal of Medical Virology”, s. 201920–26.

## Temporary Hospital in Poznań. Framework rules for the functioning of the hospital

### Summary

The MTP Temporary Hospital in Poznań operated within the nationally adopted model of dealing with the COVID-19 epidemic, being one of the largest clinics of this type in the country. It has become an essential element in the fight against the pandemic in the region. The article presents the basic principles and organizational framework for the functioning of this makeshift hospital, which fulfilled its medical and social role thanks to the persistent work of a wide range of competent employees and well-used infrastructure.

**Key words:** COVID-19, field hospital, temporary hospital, pandemy in Poland

