

**Żaneta Zając<sup>1</sup>**

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie  
ORCID: 0000-0002-4080-7541

**Andrzej Ziarko<sup>2</sup>**

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie  
ORCID: 0000-0001-5561-0234

## **Bezpieczeństwo i rola medyków w dobie zagrożenia epidemicznego na przykładzie COVID-19 w Polsce**

Safety and the role of medics in the era of epidemic threat on  
the example of COVID-19 in Poland

### **Wprowadzenie**

Pandemia choroby COVID-19, która rozpoczęła się pod koniec 2019 roku w jednej z prowincji Państwa Środka, okazała się niezwykle istotnym punktem zwrotnym we współczesnej historii medycyny, epidemiologii, bezpieczeństwa czy też organizacji systemu opieki zdrowotnej. Zaangażowanie

---

<sup>1</sup> Żaneta Zając: mgr, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Centrum Symulacji i Doskonalenia Zarządzania Bezpieczeństwem „Pro Patria, Pro Civium”, Szkoła Doktorska Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, e-mail: zaneta.zajac@up.krakow.pl

<sup>2</sup> Andrzej Ziarko: mgr, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Centrum Symulacji i Doskonalenia Zarządzania Bezpieczeństwem „Pro Patria, Pro Civium”, Instytut Bezpieczeństwa i Informatyki, e-mail: andrzej.ziarko@up.krakow.pl

wszystkich dostępnych sił i środków, a zwłaszcza pracowników systemu ochrony zdrowia, aby skutecznie przeciwdziałać temu wówczas nieznanemu zagrożeniu, stało się koniecznością. Wiosną 2020 roku wirus SARS-CoV-2 o nieznannej etiologii, wirulencji, a także o nieustalonym potencjale pandemicznym stanowił wyzwanie dla medyków mierzących się na pierwszej linii frontu z zagrożeniem, którego konsekwencje, zarówno w bliższej, jak i dalszej perspektywie, nie były znane. W początkowym czasie pandemii patogenu koronawirusa to nie sam czynnik chorobotwórczy stanowił najważniejsze wyzwanie, ale przede wszystkim postawy i opinia publiczna wraz z organizacją i bezpieczeństwem pracy w placówkach medycznych. Wraz z rozwojem sytuacji epidemicznej w państwie stosunek do medyków ulegał dynamicznym zmianom: od podziękowań i gratulacji po przykłady mowy nienawiści wyrażającej sugestię, że personel medyczny jest kolejnym potencjalnym źródłem transmisji koronawirusa. Takie zachowania potęgowały stres, który wynikał również z niedoborów personelu i niedostatecznego przygotowania ochronnego.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie i przeanalizowanie pandemii COVID-19 w aspekcie roli i bezpieczeństwa personalnego medyków pracujących w Systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Powodem zwrócenia uwagi na ten konkretny obszar systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest fakt, że to właśnie pokłady ambulansów zespołów ratownictwa medycznego, a dalej szpitalne oddziały ratunkowe zabezpieczyły najwięcej pacjentów chorych na COVID-19, niosąc pomoc w niezwykle trudnych i niebezpiecznych warunkach.

Niniejszy artykuł przede wszystkim opiera się na wnioskach płynących z doniesień medialnych, rozmów z ratownikami medycznymi, a także konkluzji pochodzących z doświadczeń i obserwacji zdobytych podczas pracy w zespołach wyjazdowych Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz mobilnych punktach wymazowych, tzw. drive-thru oraz Test&Go, które do marca 2022 roku zajmowały się pobieraniem wymazów od pacjentów w celu ustalenia obecności koronawirusa w organizmie badanego.

## Pandemia COVID-19 – jej początek oraz rola personelu medycznego

Wirus SARS-CoV-2, który pod koniec 2019 roku został zidentyfikowany w chińskim mieście Wuhan w prowincji Hubei, początkowo był przedstawiany jako zagrożenie o charakterze lokalnym. Uważano wówczas, że ten chorobotwórczy patogen stanowi jedynie kolejne wyzwanie dla miejscowego systemu opieki zdrowotnej. Doniesienia medialne oraz próby zdobycia informacji na temat potencjału wirusa były przede wszystkim postrzegane jako dotyczące kolejnej epidemii, jednakże o zasięgu endemicznym. Sugestie te wynikały bezpośrednio ze zdobytych doświadczeń, z których wywnioskowano, że najwięcej wirusów swoją etiologię ma właśnie na kontynencie azjatyckim, a stamtąd patogen nie przedostaje się na inne obszary globu. Niedoszacowanie ryzyka związanego z możliwością przeobrażenia się ówczesnej sytuacji kryzysowej w ogólnoswiatowy kryzys zdrowotny doprowadziło do stadium, na którym to na podmiotach medycznych spoczywał nie tylko obowiązek walki z wirusem, ale przede wszystkim ciężar niedomagań logistycznych i zaopatrzeniowych. Już kilka tygodni po potwierdzeniu wirusa wywołującego chorobę COVID-19 różnym formom izolacji podlegały co najmniej dwa miliardy osób na całym świecie (MacKenzie, 2020, s. 9).

Potwierdzenie pierwszego pozytywnego przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce miało miejsce 4 marca 2020 roku. Pacjentem „zero” był mężczyzna podróżujący z Niemiec, który został zdiagnozowany przez lubuską stację sanitarno-epidemiologiczną. Zdaniem ówczesnego Ministra Zdrowia, w tamtym momencie wszelkie procedury bezpieczeństwa zadziałały, a dodatkowo państwo było gotowe do przeprowadzenia działań zapobiegawczych ukierunkowanych na minimalizowanie skutków pandemii koronawirusa (Ministerstwo Zdrowia, 2020). Mimo uzyskania wcześniej potwierdzonych informacji i doniesień o zbliżającym się kryzysie zdrowotnym sytuacja logistyczna, zaopatrzeniowa i organizacyjna w Polsce była jednak daleka od zadowalającej, co więcej uwidoczniła wieloletnie zaniedbania i prowizoryczne przygotowanie do wielu niezwykle ważnych procedur, których zaniechanie narażało pacjentów i medyków na utratę zdrowia, a nawet życia.

Rola personelu medycznego – zwłaszcza w początkowej fazie stanu epidemii oraz w momentach następujących po sobie kolejnych fal zachorowań na COVID-19 – okazała się ogromnie istotna. Podejmowane działania, tj. odporna organizacja pracy w zależności od potrzeb podmiotu, zakup z własnych funduszy indywidualnych środków ochrony czy też adaptacja do dynamicznie zmieniającego się otoczenia, wykazały, jak kluczową wartość mają dla systemu opieki zdrowotnej RP medycy, którzy podczas trwania pandemii niejednokrotnie przekraczali dopuszczalny wymiar godzin pracy, by zapewnić ciągłość funkcjonowania systemu, będącego już na skraju wydolności, dla zapewnienia ochrony zdrowia i życia obywateli.

### **Bezpieczeństwo medyków w aspekcie stosowania środków ochrony indywidualnej**

Bezpieczeństwo personelu medycznego podczas pandemii COVID-19 w dużej mierze zależało od wprowadzonych procedur, stosowania odpowiednich indywidualnych środków ochrony, organizacji wewnętrznej pracy, a także kooperacji poszczególnych decydentów systemu ochrony zdrowia. Kluczowe dla zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa były środki ochrony biologicznej, na które zapotrzebowanie w drugim kwartale 2020 roku osiągnęło niespotykaną dotąd skalę. Od 16 kwietnia 2020 roku obowiązywał nakaz zasłaniania ust i nosa w przestrzeni publicznej (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii). To spowodowało, że standardowa podaż była niewystarczająca, a ceny wyrobów medycznych znacznie wzrosły. Można stwierdzić, że stanowiły one towar wysokodeficytowy i reglamentowany. Z porównania poziomu sprzedaży masek medycznych w aptekach w latach 2019 i 2020 wynika, że wzrosła ona aż 213 razy (Sprzedaż maseczek medycznych w latach 2002–2021 [raport], 2022).

Fundamentalną ochronę dla medyków stanowiły wówczas maseczki chirurgiczne, fartuchy barierowe i rękawiczki, bardzo rzadko kombinezony. Jeśli znajdowały się w szpitalnych magazynach, to najczęściej w liczbie kilku sztuk na zespół liczący kilkanaście osób. Maski z filtrami, zgodnie z wytycznymi, mia-

ły być stosowane tylko w nadzwyczajnych przypadkach, tj. kontaktu z pełnoobjawową osobą. Prowadziło to do sytuacji, w których personel medyczny na własny koszt i z własnej inicjatywy zmuszony był poszukiwać środków ochrony, organizować zbiórki pieniężne na ich zakup bądź bardzo oszczędnie nimi dysponować. Na skutek dokonania państwowych zakupów środków medycznych, a także oddolnej inicjatywy społecznej polegającej na szyciu masek materiałowych, liczba medycznych środków ochrony indywidualnej zdecydowanie się poprawiła, tym samym zwiększając poczucie bezpieczeństwa medyków.

Odnosząc się do poszczególnych elementów zabezpieczenia medycznego, należy podkreślić ich różnorodność oraz zróżnicowaną klasę zabezpieczenia w zależności od potrzeb, gdyż z uwagi na pełnioną funkcję w systemie nie każdy jego pracownik był zobowiązany do stosowania najskuteczniejszych środków ochrony. Ich celem było zapobieganie przenoszeniu niebezpiecznych cząsteczek, które mogą stanowić zagrożenie zarówno dla personelu medycznego, jak i dla pacjentów (Dąbrowski i in., 2021, s. 61). Można wśród nich wyróżnić następujące rodzaje: półmaski twarzowe typu FFP2/FFP3, maski pełnotwarzowe z wymiennymi filtrami, maski chirurgiczne, kombinezony, rękawice medyczne (najczęściej nitrylowe lub lateksowe), gogle, okulary, przyłbice, fartuchy barierowe, a także ochraniacze na obuwiu oraz czepki z kołnierzem. Przedstawione elementy odzieży ochronnej mogły być kompletowane indywidualnie przez medyków, np. pod względem rozmiaru bądź preferowanego modelu, lub przygotowane w ramach gotowych pakietów ochronnych zawierających wszystkie niezbędne elementy służące zabezpieczeniu osoby, tj. Indywidualnych Pakietów Ochrony Biologicznej pozwalających na całościowe zabezpieczenie biologiczne użytkownika (ParaMedica Polska, b.d.).

W kontekście zapewnienia bezpieczeństwa personelu medycznego ważną rolę pełniły wówczas wymazy pobierane z nosogardzieli, które dając jednoznaczny wynik, warunkowały dalsze postępowanie z chorym pacjentem, gdyż COVID-19 obejmuje szerokie spektrum objawów w zależności od występującego wariantu wirusa. Mogą to być: gorączka powyżej 38°C, suchy kaszel, silne uczucie duszności oraz ucisku w klatce piersiowej, a także zaburzenia powonienia, smaku czy inne objawy neurologiczne lub grypopodobne (Dzieciatkowski, 2021, s. 3). Zakażenie koronawirusem może mieć różnorod-

ny przebieg. Począwszy od całkowicie bezobjawowego bądź skąpoobjawowego, przez pełnoobjawowy, a kończąc na zespole ostrej niewydolności oddechowej oraz niewydolności wielonarządowej, które najczęściej kończą się zgonem chorego (Zając i Ziarko, 2022, s. 141). W początkowej fazie epidemii, kiedy testy były wykonywane jedynie pełnoobjawowym osobom, bardzo często dochodziło do incydentów, w których całe zespoły medyczne były kierowane na 14-dniową kwarantannę, ze względu na zbyt późną diagnostykę w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, gdyż pacjent nie wykazywał pełnego spektrum symptomów świadczących o chorobie. Tym sposobem wszystkie osoby, z którymi chory miał kontakt, a były bez środków ochrony indywidualnej, potencjalnie mogły zakazić się wirusem.

Wspominając o odzieży i elementach ochronnych jako podstawowych środkach zabezpieczających, nie można pominąć procesów dezynfekcji i dekontaminacji, które przede wszystkim odegrały istotną rolę w przygotowywaniu sprzętu wielokrotnego użytku, ambulansów czy też izolatoriów dla pacjentów m.in. szpitalnego oddziału ratunkowego. Wskazane działania ze względu na swój proces technologiczny zajmowały nawet dwie godziny, czego skutkiem było wyłączenie z użytkowania danej powierzchni, zespołu lub pojazdu, a tym samym chwilowe osłabienie potencjału medycznego danego podmiotu. Zapewniały jednak bezpieczeństwo zarówno medykom, jak i pacjentom.

### **#NieKłamMedyka – akcja ratowników medycznych**

Niewątpliwie należy podkreślić, że bezpieczeństwo personalne medyków podczas pandemii nie sprowadza się jedynie do stosowania indywidualnych środków ochrony bądź postępowania zgodnie z procedurami dezynfekcji, dekontaminacji czy też zdejmowania odzieży ochronnej. Bezpieczeństwo personalne medyka to przede wszystkim skrupulatnie przeprowadzony wywiad z pacjentem, a także chęć osoby zgłaszającej do poinformowania służb o kluczowych symptomach wskazujących na stan zdrowia chorego. Z tym związany jest problem zatajania objawów bezpośrednio wskazujących na chorobę COVID-19, bliskiego kontaktu z osobą zdiagnozowaną w kierunku wirusa SARS-CoV-2, powrotu z zagranicy, przebywania w ognisku potencjalne-

go zakażenia bądź informacji na temat odbywanej kwarantanny lub izolacji. Ten aspekt dotyczy przede wszystkim czasu początków pandemii, kiedy system raportowania był niezwykle przeciążony, co skutkowało opóźnieniami w uzupełnianiu danych w ogólnokrajowej ewidencji nowych przypadków. W związku z niedoinformowaniem zespołów ratownictwa medycznego wielokrotnie się zdarzało, że realizowali wizyty w domach i mieszkaniach zabezpieczeni jedynie w maski bez odzieży ochronnej, bo z wywiadu jednoznacznie wynikało, że pacjent nie jest w jakikolwiek sposób powiązany z COVID-19. Niemniej jednak po przeprowadzaniu własnego wywiadu i wykonaniu testu antygenowego medycy byli zmuszeni do opuszczenia lokalu mieszkalnego w celu zabezpieczenia się przed zakażeniem, ponieważ osoba wykazywała cechy chorobowe świadczące o koronawirusie. Warto również dodać, że przyjmuje się, że ekspozycja na SARS-CoV-2 nie powinna przekraczać 15 minut w przypadku braku środków ochrony indywidualnej (Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, 2020). Problem ten został dostrzeżony i zapoczątkował jedną z najgłośniejszych kampanii informacyjnych 2020 roku, a mianowicie akcję #NieKłamMedyka. Miała ona na celu zwiększenie świadomości społecznej ukierunkowanej na przekazywanie rzetelnych informacji związanych z COVID-19, ponieważ tylko dzięki nim oraz szczeroci wypowiedzi personel medyczny był w stanie udzielić fachowej i profesjonalnej pomocy, nie eksponując się na zakażenie i nie narażając się na kwarantannę, a tym samym zapewniając ciągłość pracy dyżurujących medyków.

### **„Szanuję Ciebie, szanuj mnie!” – czyli odbiór społeczny medyków**

Omawiając bezpieczeństwo personelu medycznego podczas pandemii, należy również zwrócić uwagę na stosunek opinii publicznej, który zmieniał się wraz ze wzrostem krzywej epidemii, zwiększaniem się liczby hospitalizacji i zgonów spowodowanych chorobą COVID-19 czy pojawianiem się nowych obostrzeń sanitarnych. W momencie wybuchu pandemii oraz po wprowadzeniu stanu epidemii na terenie kraju społeczeństwo żyło w poczuciu zjednoczenia oraz chęci pomocy personelowi ochrony zdrowia, który już od pierwszego

dnia był wystawiony na jak dotąd niespotykaną próbę sił. Wówczas lokalni aktywiści, restauratorzy oraz osoby kierowane potrzebą serca szyły maseczki, dostarczały żywność do szpitali oraz stacji pogotowia, okazując wdzięczność i wsparcie medykom. Jednak na skutek kreowania atmosfery strachu, upubliczniania fałszywych informacji dotyczących pandemii bądź negatywnych doświadczeń pojawiła się mowa nienawiści, której adresatami byli medycy oraz ich rodziny. Jej przejawy stanowiły między innymi ataki słowne czy agresywne zachowania, tj. niszczenie mienia, groźby, wykluczenie, odmowa obsługi w obiektach użyteczności publicznej czy też niewpuszczenie dziecka do przedszkola lub żłobka (Derda, 2020). Zwykle takie sytuacje kreowane były przez najbliższe otoczenie adresata – sąsiadów, okolicznych właścicieli sklepów bądź znajomych, którzy obciążali medyków winą za transmisję wirusa, sugerując zmianę miejsca zamieszkania, zwłaszcza w budynkach wielorodzinnych. W związku z zaistniałymi okolicznościami została ogłoszona kampania informacyjna „Szanuję Ciebie, szanuj mnie!”, której celem było zwrócenie uwagi na problem braku wzajemnego szacunku, empatii i zrozumienia przejawiającego się na co dzień, ale w szczególności podczas pandemii.

## Wnioski

Reasumując, rolę personelu medycznego w zwalczaniu pandemii COVID-19 w Polsce uznać należy za kluczową dla funkcjonowania systemu opieki medycznej, który będąc na skraju załamania, udźwignął ciężar wymagań pandemii tylko za sprawą zaangażowania i poświęcenia całego jego personelu, niezależnie od pełnionej funkcji. Natomiast kwestie bezpieczeństwa pozostawiają wiele wątpliwości. Wieloaspektowość problemów, z jakimi mierzył się wspomniany podmiot, poczynszy od niedoprecyzowanych procedur i braku środków zabezpieczających, przez społeczną mowę nienawiści, a kończąc na wyczerpaniu i braku pomocy psychologicznej, skutkowały niejednokrotnie postrzeganiem medyków jako ludzi pozbawionych empatii, chcących wykorzystać pandemię wyłącznie w celach materialnych. W związku z tym w kontekście dalszych rozważań na podejmowany temat istotna może być kwestia edukacji społecznej oraz zwiększenia świadomości opinii publicznej dotyczącej roli medyków we współczesnym systemie bezpieczeństwa państwa.



**Streszczenie:** Przedmiotem niniejszego opracowania jest bezpieczeństwo i rola medyków systemu opieki zdrowotnej w Polsce na przykładzie pandemii COVID-19. W kontekście omawianego bezpieczeństwa zwrócono szczególną uwagę na aspekt personalny odnoszący się w tym przypadku do konkretnej grupy zawodowej z powodu utrudnień, jakimi były: braki sprzętowe, niejasne procedury, zatajanie informacji czy też społeczny ostracyzm. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa personalnego medyków, którzy podczas pandemii w szczególny sposób byli narażeni nie tylko na potencjalne zakażenie, ale również na obciążenie psychologiczne i fizyczne wynikające z nakładu pracy czy niesprzyjającego odbioru społecznego. Kwestie poruszone w niniejszym artykule stanowią jedynie wprowadzenie do szeroko rozumianej problematyki bezpieczeństwa personelu medycznego w czasie wykonywania procedur medycznych. Prowadzone obserwacje oraz zdobyte doświadczenie pozwoliły na przedstawienie w artykule najważniejszych aspektów pracy personelu medycznego w związku z pandemią COVID-19, z naciskiem na pierwsze tygodnie występowania wirusa SARS-CoV-2 w Polsce.

**Abstract:** The subject of this paper is the safety and the role of medics of the health care system in Poland on the example of COVID-19 pandemic. In the context of the discussed safety, special attention was paid to the personal aspect, referring in this case to a specific professional group due to the impediments, which were: equipment shortages, unclear procedures, concealment of information, or social ostracism. The purpose of this article is to highlight the need to ensure the personal safety of medics, who during the pandemic were particularly vulnerable not only to potential infection, but also to the psychological and physical burden of the workload, or unfavorable public perception. The issues raised in this article are only an introduction to the broader issue of the safety of medical personnel during medical procedures. The observations made and experience gained have allowed this article to present the most important aspects of the work of medical personnel in connection with the COVID-19 pandemic, with emphasis on the first weeks of the SARS-CoV-2 virus in Poland.

**Słowa kluczowe:** personel medyczny, bezpieczeństwo, bezpieczeństwo personalne, COVID-19, pandemia

**Keywords:** medical personnel, safety, personnel security, COVID-19, pandemic

## Bibliografia

- Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (2020). *Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia osób pracujących w czasie epidemii COVID-19*. <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/222228/koronawirus-zalecenia%20ogolne%202020%2005%2019.pdf>
- Dąbrowski, M., Dąbrowska, A., Puślecki, M. (2021). Poziomy bezpieczeństwa kombinizonów ochronnych. W: Ł. Szarpak, T. Dzieciatkowski i K. J. Filipiak, *Bezpieczeństwo personelu medycznego w dobie COVID-19 według zasad EBM* (s. 61–74). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Dzieciatkowski, T., Charakterystyka ogólna koronawirusów. W: Ł. Szarpak, T. Dzieciatkowski i K. J. Filipiak, *Bezpieczeństwo personelu medycznego w dobie COVID-19 według zasad EBM* (s. 1–8). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Derda, D. (17 kwietnia 2020). *Koronawirus. Hejt i ataki na pracowników ochrony zdrowia niepokoją RPO*. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/koronawirus-hejt-i-ataki-na-pracownikow-ochrony-zdrowia-niepokoja-rpo>
- MacKenzie, D. (2020). *COVID-19. Pandemia, która nie powinna się zdarzyć, i jak nie dopuścić do następnej*. Tł. T. Bieroń. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Ministerstwo Zdrowia. (4 marca 2020). *Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce>
- ParaMedica Polska. (b.d.). *Indywidualny Pakiet Ochrony Biologicznej. Model IPOB*. Pobrane 25 kwietnia 2023 z: <https://www.medipment.pl/produkt/paramedica-ipob-56051>
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 658).

- Sprzedż maseczek medycznych w latach 2002–2021 [raport]. (2022). *OSOZ*, 3. <https://blog.osoz.pl/raport-osoz-sprzedaz-maseczek-medycznych-w-latach-2002-2021>
- Zajęc, Ź., Ziarko, A. (2022). COVID-19 (aspekt medyczny). W: O. Wasiuta i S. Wasiuta (red.), *Encyklopedia bezpieczeństwa* (t. 5, s. 139–145). Kraków: Libron.