

3

Projektowanie doświadczeń pacjenta ważnym elementem dentystycznej opieki zdrowotnej w czasach zakłóceń

<https://doi.org/10.18559/978-83-8211-251-1/3>

 Joanna Kwiatek

Klinika Kwiatek

joannakwiatek@klinikakwiatek.pl

Patient experience design as an important part of dental healthcare in times of disruption

Abstract: This article addresses a very important topic of patient experience design. The patient purchases and receives a service in a specific form and with specific features, supplemented by additional services and goods. At the same time he or she gains real experience related not only to the service itself, but also to the way it is offered, delivered and consumed. This experience is influenced by the seller—service provider—hence we can talk about designing this kind of experience. In this article, we consider dental services. This allows to shed new light on the issue of experience design, because it is not only the way the service (medical procedure) is performed, but also the physical evidence (clinic infrastructure, interior appearance, staff clothing, additional attributes), and above all, the patient's comfort, safety and the guarantee of proper medical performance. The latter translates into the lack of complications, patients health and the evaluation of service quality from patients' viewpoint. Experience design in the dental healthcare is multi-faceted and is an important element of clinic management in times of disruption. The credibility of the considerations will be supported by the experience of the author, co-managing a dental clinic that, during the SARS-CoV-2 pandemic, continuously provided services ensuring patient safety, which was unique in the industry. The purpose of this article is to show how redesigning

Sugerowane cytowanie: Kwiatek, J. (2025). Projektowanie doświadczeń pacjenta ważnym elementem dentystycznej opieki zdrowotnej w czasach zakłóceń. W: M. Szymczak (red.), *Logistyka i zarządzanie łańcuchem dostaw w czasach turbulencji, zakłóceń i niestabilnej gospodarki* (s. 50–71). Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. <https://doi.org/10.18559/978-83-8211-251-1/3>



Ta książka jest udostępniana na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 Międzynarodowe

the patient experience—triggered by the pandemic—influenced the management of a dental clinic and the healthcare services continuity.

Keywords: healthcare management, dental healthcare, patient experience, continuity management in healthcare, digital transformation in healthcare.

Wstęp

Projektowanie doświadczeń odbiorców towarów i usług to wspólnie bardzo nośny temat. Odbiorca – klient – nabywa towar lub usługę w konkretnej postaci i z określonymi cechami, ale jednocześnie zdobywa rzeczywiste doświadczenie związane nie tylko z samym produktem czy usługą, lecz także ze sposobem ich zaoferowania, dostarczenia czy konsumpcji. To sprzedawca ma największy wpływ na te doświadczenia. Może on zatem świadomie je projektować. W tym rozdziale będziemy mówić o usługach stomatologicznych. Dostawcą w tym przypadku jest klinika stomatologiczna, praktyka dentystyczna, lekarz stomatolog, a odbiorcą jest pacjent. Ten przypadek pokazuje, jak szerokim zagadnieniem może być projektowanie doświadczeń pacjenta. Nie stanowi o nim wyłącznie sposób wykonania usługi (zabiegu), lecz także wygląd gabinetu, zachowanie i ubiór personelu, a przede wszystkim komfort, bezpieczeństwo i zdrowie pacjenta.

Projektowanie doświadczeń w branży stomatologicznej stanowi istotny element zarządzania w czasach turbulencji i zakłóceń. Stwierdzenie to jest poparte doświadczeniem autorki współzarządzającej kliniką dentystyczną, która w czasie pandemii SARS-CoV-2 nieprzerwanie świadczyła usługi, zapewniając bezpieczeństwo pacjentom, co było wyróżniające w branży. Rozdział stanowi w zasadzie opis studium przypadku, którego wiarygodność potwierdza autorka jako członek zarządu. Celem rozdziału jest pokazanie, jak przeprojektowanie doświadczeń pacjenta na podstawie doświadczeń pandemii SARS-CoV-2 wpłynęło na funkcjonowanie kliniki dentystycznej i zapewnienie ciągłości działania.

3.1. Projektowanie doświadczeń w podmiotach leczniczych

W ujęciu najbardziej ogólnym podmioty lecznicze zajmują się dostarczaniem najważniejszego dobra, jakim jest zdrowie. Materializuje się to w postaci różnorodnych procedur medycznych zmierzających do przywrócenia prawidłowego funkcjonowania organizmu w poszczególnych jego obszarach. Po drugiej stronie pacjent, jako

finalny odbiorca – również w pewnym uproszczeniu – oczekuje, by żyć komfortowo, co ma mu zapewnić zdrowie i dobre samopoczucie.

W tym sensie podmioty lecznicze ukierunkowane na świadczenie usług stomatologicznych mają złożone zadanie. Z jednej strony powinny wdrażać najlepsze sposoby terapeutyczne zapewniające zdrowie w obrębie jamy ustnej i poza nią, na co wskazuje współczesna medycyna (Babu i Gomes, 2011), z drugiej – umożliwić przy tym osiągnięcie upragnionej estetyki, gwaranta dobrego samopoczucia i samoakceptacji. Z kolei pod kątem ekonomicznym, dyktowanym przez mechanizm gospodarki rynkowej, podmioty lecznicze jako przedsiębiorstwa winny dążyć do maksymalizacji zysku, a konsumenci (tu: pacjenci) do maksymalizowania użyteczności wynikającej z konsumpcji (Gorynia, 2020b). Nawiązując do ram Porterowskiej koncepcji przewagi konkurencyjnej, według której dominację nad rywalami można budować poprzez przywództwo kosztowe, koncentrację na danym segmencie rynku lub różnicowanie (Gorynia, 2020d), warto przyjrzeć się wyzwaniom, przed jakimi stoją podmioty lecznicze bazujące na ostatniej z wymienionych strategii. Zdaniem autorki wdrażanie najlepszych możliwości terapeutycznych w stomatologii dopiero w połączeniu z nieustannym kreowaniem wyróżniających się praktyk wobec pacjenta stwarza szansę na budowanie przewagi konkurencyjnej. W realiach gospodarki wolnorynkowej samo dostarczanie usług bowiem nie wystarczy. Liczą się emocje konsumenta przy nabywaniu usługi, na które składa się szereg czynników przed- i posprzedażowych, ale przede wszystkim tych występujących na etapie jej realizacji. Dlatego tak istotne staje się świadome projektowanie doświadczeń pacjenta, stawiające na pierwszym miejscu cel, jakim jest zdrowie i bezpieczeństwo, przy jednoczesnym osiągnięciu wzajemnego zrozumienia. Z perspektywy odbiorcy rozumienie jego potrzeb i oczekiwań, z perspektywy praktyki stomatologicznej budowanie u pacjenta poczucia osiągnięcia maksymalnej użyteczności z otrzymanych usług.

Podmioty medyczne świadczące usługi stomatologiczne w sektorze prywatnym projektują doświadczenia odbiorców swoich usług, zanim jeszcze ci fizycznie pojawią się w placówce. Często pierwsze wrażenie jest budowane na podstawie opinii placówki w internecie. To właśnie ocena usług wystawiona przez innych użytkowników i ich opinie oraz – nierzadko – responsywność podmiotu kształtują w odbiorcy emocje, które zachęcą go lub nie do dalszego kontaktu. Zanim do niego dojdzie, statystyczny pacjent zapragnie ugruntować swoją decyzję na podstawie tego, jak sama placówka prezentuje się poprzez swoją stronę www. Nastawiona na edukowanie, oferująca zrozumiałe treści, zdywersyfikowana pod kątem formatu przekazu, tj. rysunków, zdjęć przed i po, filmów (oczywiście pod tym warunkiem, że multimedia są autorskie, a nie „stockowe”) – będzie stanowiła profesjonalną wizytówkę i skuteczne zaproszenie do skorzystania z usług. Dalej bardzo istotnym obszarem, od którego właściwego zagospodarowania zależą empiryczne doznania pacjenta, jest zaprojektowanie komunikacji: czy to przez standardowe kanały telefonii stacjonarnej lub komórkowej, czy bardziej wyrafinowane rozwiązania centrali

VoIP¹ z witającą pacjentów zapowiedzią rozmów i ich rejestracją (umożliwiającą ciągłą ewaluację i doskonalenie jakości obsługi), aż po zyskujące coraz szersze grono zwolenników kanały komunikacji internetowej (Messenger, Instagram). Nie ma jednak ważniejszego etapu projektowania doświadczeń pacjenta aniżeli ten dotyczący materializowania się jego wizyty w placówce stomatologicznej – począwszy od powitania przez zespół rejestracji i wprowadzenia w wypełnienie niezbędnej dla świadczenia usług medycznych dokumentacji pacjenta, przez zaproszenie do gabinetu, gdzie dokona się kluczowy proces przeprowadzenia procedury medycznej, aż po finalizację wizyty i pozabiegową opiekę, która wbrew pozorom nie kończy się wraz z zamknięciem drzwi placówki.

Zaprojektowanie doskonałych wrażeń na każdym z wyżej opisanych etapów jest wynikiem doświadczenia danej praktyki stomatologicznej, posiadanych przez nią zasobów ludzkich i finansowych (które wprost wpływają zarówno na infrastrukturę placówki, jak i wyposażenie, w tym sprzęt medyczny, prezencję personelu, oferowane udogodnienia). Podmioty sprawnie zarządzające zasobami ludzkimi zoptymalizują pracę zespołu nawet w przypadku wystąpienia zakłóceń, sprawiając, że personel nie tylko poprawi swoje wyniki, lecz także doceni zrównoważony rozwój pracodawcy (Ichsan i in., 2020).

Pochylając się nad istotą samego projektowania, warto popełnić w tym miejscu pewną dygresję i postawić hipotetyczne pytanie dotyczące materii powszechnie znanej: Co czyni pewne projekty architektoniczne lepszymi od pozostałych? Bez wątplenia, poza talentem samego architekta, za czynnik kluczowy wskazano by zasób czasu. Chodzi o ten niezbędny na zbudowanie własnego dorobku przez architekta (którego egemplifikacją jest jego zawodowe dossier), ale przede wszystkim o ten poświęcony tworzeniu, doskonaleniu, rewizji i ostatecznemu szlifowi finalnego dzieła. Jakie konsekwencje wywołałoby zatem radykalne skrócenie czasu dla wykonawcy projektu? Lub inaczej: Co by było, gdyby autorowi postawić wyzwanie całkowitego przeprojektowania dzieła w wyniku bezprecedensowej sytuacji, która zmieniła całkowicie dotychczasowe założenia projektu?

Można się domyślać, że z niniejszej sytuacji obronną ręką wyszliby twórcy najlepiej merytorycznie przygotowani, najbardziej pewni swoich działań i posiadający umiejętność dostosowywania się do zmiennych wymagań. Swoista determinacja w dążeniu do celu, a przy tym pewna zwinność i sprężystość w działaniu mogłyby zaowocować sprośnieniu tak niestandardowej sytuacji. Ta metafora płynnie przenosi nas w realia, których dotyczy niniejszy rozdział.

W przeciwieństwie do rozważań teoretycznych odpowiedzi na wyżej postawione pytania dostarczyło bowiem pojawienie się choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej

¹ Voice over Internet Protocol (VoIP) – technika umożliwiająca przesyłanie dźwięków mowy za pomocą łączy internetowych lub oddzielnych sieci wykorzystujących protokół IP, popularnie nazywana telefonią internetową.

przez koronawirusa SARS-CoV-2, która rozpoczęła się jako epidemia 17 listopada 2019 roku w mieście Wuhan, w środkowych Chinach, a 11 marca 2020 roku została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za pandemię. Dla gospodarki globalnej rozprzestrzenienie się COVID-19 i spowodowane tym restrykcje oznaczały radykalne zmiany i konieczność przeprojektowania dotychczasowych procesów, a wraz z nimi sposobu oferowania dóbr i usług, ich dostarczania, konsumpcji oraz użytkowania. Nastąpiła stagnacja gospodarcza i zawieszenie znacznej części przedsięwzięć, które są niezbędne dla życia i zdrowia społeczeństwa. Wstrzymano planowe zabiegi operacyjne, przyjęcia do szpitali czy rehabilitację. Także stomatologia, w tradycyjnym ujęciu sprzed pandemii, przestała istnieć.

Autorka, współzarządzająca wówczas jedenastogabinetowym podmiotem świadczącym usługi z zakresu implantologii i stomatologii estetycznej, wskazuje, że pojawienie się koronawirusa SARS-CoV-2 wywołało przede wszystkim potrzebę nagłego i całkowitego przestawienia się z filozofii wąsko specjalistycznego leczenia na profil udzielania pomocy doraźnej i interwencyjnej, dla pacjentów własnych, a z czasem i z całego województwa. Wiele praktyk dentystycznych w obliczu niemożności zapewnienia dostatecznej ochrony tak pacjentom, jak i personelowi, zmuszonych było bowiem zawiesić swoją działalność. Aby w czasie pandemii być zdolnym do niesienia pomocy, współzarządzany przez autorkę podmiot musiał całkowicie przemodelować swoje funkcjonowanie, co – zważywszy na dotychczasowy filar jego działalności: stomatologię estetyczną i implantologię – stanowiło duże wyzwanie organizacyjne i finansowe. Przy początkowym braku wytycznych ze strony Ministerstwa Zdrowia jako podmiot prywatny, działający bez statutowej pomocy ze strony instytucji państwowych, fundacji czy innych przedsiębiorstw, samodzielnie przygotowywał infrastrukturę i procedury do nowej rzeczywistości na podstawie wstępnych doświadczeń innych ośrodków klinicznych i szpitali, także tych zagranicznych.

W tym celu wspólną decyzją właścicieli, w tym autorki, zawieszono działalność podmiotu na okres dwóch ostatnich tygodni marca 2020 roku, wykorzystując ten czas na przebudowę istniejącej infrastruktury: wyznaczenie stref bezpieczeństwa, budowę śluz, oddzielenie przestrzeni rejestracji, wprowadzenie procedury triażu², testów przesiewowych oraz szkolenie personelu do pracy w warunkach epidemii. Konieczne okazało się zaprojektowanie i wdrożenie zindywidualizowanych procedur, a dla zespołu medycznego – nauka pracy w kombinezonach i maskach filtrujących ffp3.

Nie ma wątpliwości, że jednym z najważniejszych wymiarów pandemii był wymiar medyczny, sanitarny i biologiczny, a w tym wymiarze najistotniejsze było ratowanie zdrowia i życia ludzkiego (Gorynia, 2020a). Odpowiedzialność za ten kluczowy aspekt spoczywała przede wszystkim na personelu medycznym. Jednak niewiele osób zdawało sobie sprawę, że jedna grupa zawodowa była w szczególności podatna na eks-

² Stosowana w medycynie procedura segregująca pacjentów pod kątem konieczności udzielania szybkiej pomocy.

pozycję wirusa. To stomatolodzy i osoby personelu asystującego, z uwagi na specyfikę czynności wykonywanych w warunkach unoszącego się podczas pracy narzędziami stomatologicznymi aerozolu, mogącego zawierać cząsteczki koronawirusa obecnego w drogach oddechowych pacjenta, stali się grupą najwyższego ryzyka zawodowego w kontekście ekspozycji na wirusa SARS-CoV-2. Ta świadomość powodowała stres ciążący nie tylko na pracownikach, lecz także na ich rodzinach i bliskim otoczeniu. Właściwe zrozumienie odpowiedzialności swojej roli w walce z pandemią pozwoliło wykwalifikowanej kadrze medycznej opisywanej praktyki stomatologicznej skupić uwagę na niesieniu pomocy jako wartości nadrzędnej. A ponieważ w obliczu niepewności kluczowe w zarządzaniu zasobami ludzkimi jest tworzenie praktyk przywódczych, utrzymujących koncentrację oraz ciągłość między liderami i członkami ich zespołów (Ichsan i in., 2020), właściciele opisywanej kliniki utrzymali wszystkie etaty pracownicze, dodatkowo tworząc miejsca pracy dla osób uwolnionych na rynek pracy przez inne gabinety stomatologiczne redukujące zatrudnienie.

Kolejnym poważnym wyzwaniem dla utrzymania ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych było określenie infrastruktury i zasobów nieodzownych do świadczenia pracy w obliczu pandemii. W tym kontekście priorytetem dla zarządzających podmiotem leczniczym okazało się zaopatrzenie kliniki w niezbędne środki ochrony osobistej, takie jak maski filtrujące, rękawiczki, kombinezony, przyłbice czy środki dezynfekujące, które wówczas stały się towarami reglamentowanymi, a często nieosiągalnymi. Wynikało to wprost z szoku podażowego wywołanego zerwaniem globalnych łańcuchów dostaw i zakłóceń po stronie zaopatrzenia materiałowego, uniemożliwiającego utrzymanie ciągłości produkcji i w konsekwencji także dystrybucji i sprzedaży towarów na dotychczasowym poziomie (Banaszyk i Gorynia, 2020). Ceny opisanych produktów osiągały dwudziestokrotność stawek sprzed pandemii, natomiast ich ograniczona dostępność zmuszała do poszukiwania zupełnie nowych źródeł zakupu, w tym także do osobistego zaangażowania właścicieli w nabywanie pojedynczych opakowań środków ochronnych dzień po dniu.

Działania początkowo intuicyjnie podjęte przez zarząd przyniosły satysfakcjonujące rezultaty, wpisując się w dopiero później ogłoszone wytyczne Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (2024) oraz Ministerstwa Zdrowia dotyczące świadczeń stomatologicznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 (Krajowa Izba Lekarska i Dentystryczna, 2020).

Poniżej wymienione zostały rozwiązania, jakie zastosowano w opisywanej praktyce stomatologicznej w celu adaptacji do nowych, pandemicznych warunków działania.

a. Intensyfikacja dostępności komunikacji telefonicznej i internetowej

Niewątpliwie wybuch pandemii wywołał dojmujące poczucie lęku w całym społeczeństwie. Niepewność związana z kwestiami zdrowotnymi (przerwanym leczeniem, koniecznością poddania się nagłej interwencji zdrowotnej) potęgowała w pacjentach



Rysunek 3.1. Schemat postępowania w warunkach pandemii

[1] Indywidualny asystent pacjenta; [2, 3, 4] Ubranie pacjenta w pakiet ochronny; [5] Pomiar temperatury; [6] Testy na przeciwciała SARS-CoV-2; [7] Szczegółowy wywiad; [8] Wyjście ze służby; [9] Droga do określonego gabinetu; [10, 11] Wejście do gabinetu; [12] Rozpoczęcie procedury medycznej.

Źródło: opracowanie własne.

stres i poczucie skończenia. Tym większą rolę odegrał wykwalifikowany zespół rejestracyjny, w pełnej gotowości reagujący na zgłaszane problemy, działający w ścisłej zdalnej współpracy z zespołem lekarskim. Dodatkowo dentyści odpowiedzialni za kierowanie wieloetapowymi planami leczenia udostępniali prowadzonym pacjentom swoje prywatne numery telefonów w celu zapewnienia im poczucia stałej opieki i komfortu psychicznego. W tym czasie ugruntowała się również strategiczna rola

opiekuna pacjenta, wysoko wykwalifikowanego pracownika administracyjnego, który koordynuje kontakt na linii lekarz–pacjent i – dopilnowując właściwego porządku wizyt oraz procedur – przeciwdziała zakłóceniom ciągłości i jakości opieki.

b. Przemodelowanie systemu czasu pracy

Aby możliwe było udzielanie pomocy pacjentom zgłaszającym się z całego województwa w warunkach obowiązujących restrykcji dotyczących przyjęć, zarządzający praktyką stomatologiczną podjęli decyzję o całkowitym przeprojektowaniu jej dotychczasowego systemu czasu pracy. Kluczowe dla celów bezpieczeństwa i minimalizowania ryzyka epidemicznego było rozłożenie ruchu pacjentów w gabinetach, umożliwiające maksymalizację liczby przyjęć przy zachowaniu reżimu sanitarnego³. Wdrożono siedmiodniowy tydzień pracy i opracowano szczegółowy schemat postępowania, uwzględniający wytyczne Ministerstwa Zdrowia (patrz załącznik). Stworzone instrukcje miały na celu w sposób możliwie bezpieczny przeprowadzić pacjenta od momentu jego rejestracji, przez realizację procedury medycznej, po opuszczenie placówki (rysunek 3.1).

c. Przemodelowanie organizacji pracy oraz zmiana niektórych funkcji i ról pracowniczych

Konsekwentnie realizowany postulat udzielania pomocy doraźnej, przy podjęciu maksymalnych zabezpieczeń w celu zapobieżenia krzyżowemu zakażeniu się koronawirusem, wymagał również przeprojektowania organizacji pracy. Dokonano podziału personelu na oddzielne zespoły medyczne, niemające ze sobą fizycznego kontaktu. Wszystko po to, by w przypadku wystąpienia ewentualnego zakażenia poszczególne grupy dyżurujące nie miały ze sobą styczności, co pozwoliło minimalizować ryzyko zakłócenia pracy całego ośrodka. Wdrożono także zmiany niektórych funkcji pracowniczych. Część kadry przeszkolono na profesjonalnych asystentów pacjenta, odpowiedzialnych za realizację procedur dopuszczających do wizyty na tzw. wejściu do placówki. Z kolei wśród zespołu rejestracyjnego wyłoniono wspomnianych już wcześniej opiekunów pacjenta, którzy stali się z czasem strategicznym filarem organizacji, tworząc podwaliny pod funkcjonujący obecnie Dział Planowania Leczenia.

d. Zwiększenie elastyczności działania w służbie bezpieczeństwu

W obliczu globalnych zakłóceń po stronie zaopatrzenia materiałowego wywołanych zerwaniem łańcuchów dostaw zarządzający opisywanym podmiotem leczniczym za priorytet postawili sobie zapewnienie środków ochrony osobistej każdemu

³ Zgodnie z początkowymi wytycznymi Ministerstwa Zdrowia w jednym gabinecie mógł być przyjmowany tylko jeden pacjent na godzinę. Decyzją zarządzających wprowadzono dodatkowo godzinne przerwy pomiędzy wizytami z powodu prowadzonych dezynfekcji pomieszczeń, co było możliwe ze względu na posiadaną dużą liczbę gabinetów.

pracownikowi i pacjentowi. Konwencjonalny model składania zamówień w hurtowniach medycznych zastąpiły metody polegające na codziennym poszukiwaniu, weryfikowaniu, a następnie nabywaniu przez właścicieli pojedynczych opakowań.

Determinacja w dążeniu do budowania swoistej odporności kliniki przełożyła się również na wdrożenie w pełnej skali certyfikowanych testów serologicznych na obecność przeciwciał przeciwko koronawirusowi SARS-CoV-2 jako elementu wewnętrznej weryfikacji epidemiologicznej poprzedzającego każdą wizytę interwencyjną. W przypadku dodatniego wyniku w teście przesiewowym następowało skierowanie pacjenta na dalsze badania na obecność wirusa. Opisywana praktyka stomatologiczna miała w tym czasie podpisane umowy ze specjalistycznymi jednostkami diagnostycznymi na wykonywanie testów PCR z wymazów. Jeżeli test PCR dawał wynik ujemny, pacjenta niezwłocznie umawiano na wizytę stomatologiczną. Dzięki zastosowaniu certyfikowanych środków ochronnych i testów przesiewowych, zarówno wobec personelu, jak i pacjentów, zredukowano do minimum ryzyko zakażenia.

e. Przeprojektowanie istniejącej infrastruktury podmiotu leczniczego

Wydzielenie w infrastrukturze placówki trzech oddzielnie funkcjonujących śluz, tj. obszarów służących niezależnej obsłudze ruchu pacjentów przez wyznaczonej do



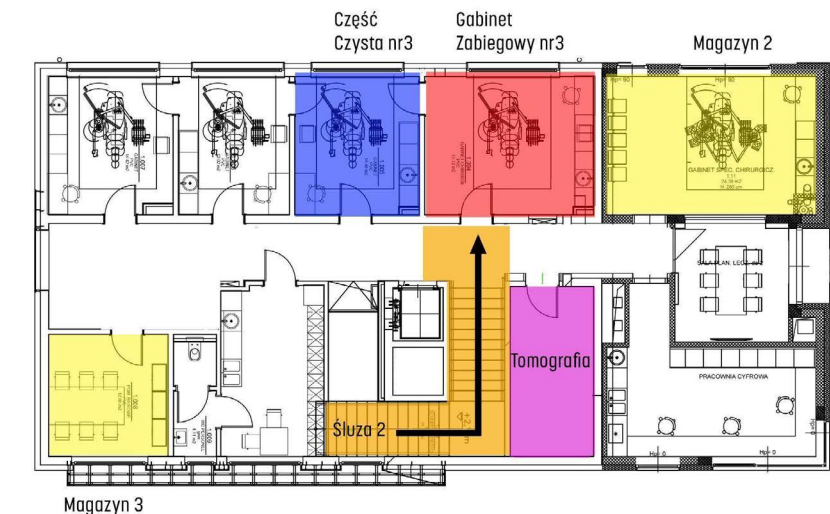
Rysunek 3.2. Widok z poczekalni na przestrzeń rejestracji oraz prowadzące do niej śluzy

Źródło: opracowanie własne.

tego personel, umożliwiło autonomiczną opiekę nad nimi w czasie rzeczywistym (rysunek 3.2). Logistyczny aspekt zarządzania fizycznym przepływem ludzi (ale też materiałów) w podmiocie leczniczym zyskał na znaczeniu, stając się jednocześnie nowym elementem budowania doświadczeń pacjenta w czasie pandemii. Drogi komunikacyjne pacjentów zostały poglądowo przedstawione na rysunku 3.3.



Parter - schemat organizacyjny



Piętro - schemat organizacyjny

Rysunek 3.3. Mapa z drogami komunikacyjnymi pacjenta w czasie pandemii

Źródło: opracowanie własne.

f. Inwestycja w dodatkowe urządzenia prewencyjne

Zainwestowano w zakup urządzenia Nocospray (fumigator) przeznaczonego do profesjonalnej, zautomatyzowanej dezynfekcji pomieszczeń za pomocą suchej mgły. Proces zamgławiania przy użyciu specjalistycznego urządzenia wykorzystującego biodegradowalny, silnie stężony nadtlenek wodoru trwa kilka minut, natomiast przez godzinę dezynfekowane pomieszczenie było wyłączone z użytku. Zamgławianie wykonywano po każdym pacjencie w gabinetach oraz na koniec dnia w pracy w przestrzeni rejestracyjnej, aby wyeliminować zagrożenie bakteryjne i wirusowe.

Dodatkowo w każdym gabinecie zafunkcjonowała stała dezynfekcja z wykorzystaniem lamp przepływowych UVC, które dodatkowo filtrowały powietrze, eliminując wszystkie drobnoustroje. Tunelowy sterylizator powietrza, bazując na promieniowaniu UV-C, umożliwiał redukcję mikroorganizmów bez konieczności opuszczania pomieszczenia, zapewniając przy tym bezustanną poprawę bezpieczeństwa w gabinecie.

g. Prowadzenie dostosowanych kampanii edukacyjnych

Pandemia przyspieszyła transformację cyfrową, wprowadzając w publikacjach medycznych takie ulepszenia jak animowane ilustracje, e-plakaty oraz filmy autorskie (Furtner i in., 2022). Opisywana placówka również aktywnie edukowała pacjentów i dzieliła się z nimi materiałami przy wykorzystaniu szeroko dostępnych mediów społecznościowych (Facebook, Instagram), ukazując, jak w pandemicznych warunkach wygląda praca kliniki od wewnątrz. Filmy z udziałem kadry medycznej niosły nie tylko prozdrowotny przekaz, ale dostarczały wielu cennych wskazówek, jak przygotować się do wizyty. Paradoksalnie w dobie koronawirusa wzrosła potrzeba kontaktu pacjenta z placówkami medycznymi, szczególnej interakcji z osobami, które w warunkach zagrożenia epidemicznego stoją na straży zdrowia. Opisywane aktywności wpisywały się także w tę potrzebę.

Wdrożone we współzarządzanej przez autorkę praktyce stomatologicznej rozwiązania adaptacyjne umożliwiły jej dostosowanie się do funkcjonowania w czasie zakłóceń. W kontekście biznesu zakłócenia to nie tylko zmiany, lecz także swoje szanse na tworzenie nowych, bardziej efektywnych i innowacyjnych modeli biznesowych, zwłaszcza dla tych firm, które potrafią właściwie reagować na zmieniające się warunki rynkowe (Gans, 2016). Zgodnie z literaturą zarządzania kryzysowego istnieją dwie orientacje odpowiedzi firmy w zakresie praktyk zarządzania ryzykiem i zakłóceniami: elastyczna oraz proceduralna. W orientacji elastycznej nacisk jest kładziony na adaptacyjność i improwizację, podczas gdy orientacje proceduralne zorientowane są na niezawodność i efektywność (Azadegan i in., 2020). W opinii autorki tylko elastyczne podejście pozwoliło łączyć różne plany reakcji, aby szybko i nowatorsko zareagować na zakłócenia występujące w łańcuchu dostaw w sytuacji awaryjnej wywołanej COVID-19. Skuteczność elastycznej orientacji w reakcji po-

lega między innymi na wytworzeniu zaangażowanej kultury organizacyjnej, dzięki której członkowie organizacji są upoważnieni do podejmowania samodzielnych decyzji i proaktywnych działań, jednocześnie pozostając wierni szerszej wizji i wartości firmy (Azadegan i in., 2020). Opisywanej praktyce stomatologicznej udało się sprawnie przemodelować rutyny organizacyjne i przeorientować role wybranych pracowników. Podjęte działania nie miały precedensu i doczekały się opisu przez media w ramach ukazujących się odpowiednio w marcu i kwietniu 2020 roku publikacji w prasie (Kijek, 2020) i na portalach branżowych.

3.2. Wnioski z pandemii dla ciągłości działania kliniki stomatologicznej

W okresie gdy rząd zaczął sukcesywnie redukować obostrzenia w gospodarce, w tym na gruncie medycznym, we współzarządzanej przez autorkę praktyce stomatologicznej także powrócono do planowych terapii stomatologicznych. W stomatologii bowiem nie tylko pacjent interwencyjny (ból, urazy) kwalifikuje się do niezwłocznego leczenia. Współczesna wiedza medyczna nie pozostawia wątpliwości, że brak czy zaniechanie terapii stanów przewlekłych, chorób związanych z jamą ustną, stanowi niebagatelne zagrożenie (Górska i Konopka, 2013). Sama tylko próchnica zębów, najbardziej powszechna choroba zakaźna wśród Polaków (Ministerstwo Zdrowia, 2024), charakteryzuje się tym, że nieleczona w ciągu zaledwie kilku miesięcy potrafi ewoluować w kierunku konieczności leczenia endodontycznego (kanałowego). Podobnie pozornie niewymagający natychmiastowego uzupełniania brak zęba może w określonych przypadkach doprowadzić do patologicznych procesów w kości czy tkankach miękkich, które będą postępować z dnia na dzień (Khoury, 2011).

W opisywanym podmiocie leczniczym realizuje się długofalowe terapie⁴, i to właśnie utrzymanie nieprzerwanego ciągu wizyt, które są niezbędne dla procesu leczenia, stanowiło kluczowy aspekt dążeń zarządu. Zaniechanie ich na dłuższy czas skutkowałoby zniweczeniem osiągniętych rezultatów i koniecznością rozpoczęcia leczenia niemalże od początku. Każda dłuższa zwłoka czy odkładanie wizyt stomatologicznych to również konieczność późniejszego leczenia ewentualnych powikłań zdrowotnych i ponoszenia z tego tytułu wyższych kosztów przez pacjenta.

Autorka stara się przez to podkreślić, że liczba i skala powikłań zdrowotnych, na które narażeni byli pacjenci pozbawieni możliwości kontynuacji leczenia w obliczu pandemii, jest nie do oceny. Tym samym przeprojektowanie procesów oraz doświadczeń pacjentów umożliwiające wznowienie przyjęć było nie tylko kluczo-

⁴ Na przykład rehabilitacja stawu skroniowo-żuchwowego, złożone terapie ortodontyczne i protetyczne.

wym aspektem dla prowadzonej działalności gospodarczej, lecz także gwarantem klinicznego sukcesu setek terapii. Wielu pacjentów, wykazując się dużą świadomością zdrowotną, w okresie pandemii oczekiwało informacji na temat kontynuacji swojego leczenia. To z kolei wiązało się z wysokim zapotrzebowaniem na bezpośredni kontakt z lekarzem prowadzącym. Właśnie brak możliwości stacjonarnej realizacji wizyt planowych przełożył komunikację pacjent–lekarz na nowe tory, wykorzystujące SMS-y, MMS-y i popularne komunikatory typu Messenger czy WhatsApp. W odpowiedzi na oczekiwania pacjentów lekarze udostępnili swoje prywatne numery telefonów komórkowych, by w ten sposób umożliwić konsultowanie i omawianie poszczególnych przypadków medycznych. Ci sami lekarze, również intencjonalnie ograniczając kontakt z kolegami po fachu na rzecz minimalizowania ryzyka pandemicznego, przenieśli dotychczasowe konsylia do przestrzeni wirtualnej, by sprawnie i bezpiecznie podejmować decyzje o ścieżkach leczenia.

Wszystko to razem wpłynęło na zmianę optyki wobec dotychczas przyjętego podejścia do kierowania praktyką stomatologiczną. Podstawowym następstwem wyżej opisanych doświadczeń było ujawnienie się silnej potrzeby uniezależnienia procesu leczenia pacjentów od wymogu ich fizycznej obecności w klinice poprzez zastosowanie rozwiązań cyfrowych. Potrzeba ta spójnie wpisuje się zresztą w wyniki większości popandemicznych analiz, zgodnie z którymi skutkiem pandemii jest przyspieszona cyfryzacja większości form prowadzenia działalności gospodarczej (Gorynia, 2020c). Autorka, na podstawie własnych doświadczeń z okresu pandemii SARS-CoV-2, widzi celowość w przeprojektowaniu funkcjonującego w większości ośrodków medycznych modelu na taki, w którym pacjent realizuje tylko wizyty niezbędne dla osiągnięcia efektów planowanego leczenia w placówce, przenosząc część możliwych do przeprowadzenia zdalnie procedur w środowisko wirtualne, na przykład dystrybucję zaleceń przed- i pozabiegowych, kontrolę pozabiegową czy komunikację na linii pacjent–lekarz koordynowaną przez Dział Planowania Leczenia.

Najprostszym przykładem zastosowania takiej zdigitalizowanej procedury jest pełne wykorzystanie systemu e-recept, który w przypadku pandemii umożliwił wdrożenie lub kontynuowanie antybiotykoterapii bez wymogu pojawiania się pacjenta w podmiocie leczniczym, co wcześniej wiązałoby się z przejściem przez pełną procedurę wizyty lekarskiej w celu otrzymania recepty od lekarza.

Transformacja cyfrowa to nie tylko naturalny kierunek popandemicznej ewolucji, lecz także rzucenie pozytywnego światła na postcovidową rzeczywistość w kwestiach związanych z eksploatacją środowiska. Rezygnacja chociażby z części wizyt kontrolnych pacjenta na rzecz przeniesienia ich do środowiska wirtualnego to szansa na zredukowanie śladu węglowego, a także minimalizowanie ryzyka epidemicznego wynikającego wprost z ograniczenia fizycznego ruchu pacjentów w podmiocie leczniczym.

Co więcej, podejmowanie inicjatyw indukowanych kryzysem pokazuje, że zagrożenie może stać się szansą rozwoju i pozytywnie wpłynąć na aktywność badawczo-

-rozwojową oraz działania proinnowacyjne przedsiębiorstw (Gorynia i Jankowska, 2020). Nawet jeśli wspomniane inicjatywy stanowią działanie doraźne, mogą stanowić załączek dla przełomowych rozwiązań pozwalających czerpać długofalowe korzyści. Autorka potwierdza tym samym, że procedury wdrożone przez współzarządzaną przez nią praktykę stomatologiczną stały się naturalnym akceleratorem wdrożeń z zakresu telemedycyny jako standardu opieki stomatologicznej, a także impulsem do poszukiwań nowych rozwiązań umożliwiających zarządzanie ciągłością działania podmiotu leczniczego w czasach zakłóceń. Wynikiem tych ostatnich jest opracowane przez zarządzany przez autorkę zespół we współpracy z lekarzami i koordynatorami leczenia odpowiednie oprogramowanie wykorzystujące sztuczną inteligencję (AI) i uczenie maszynowe do systemów kontroli leczenia oraz maksymalizacji efektywności komunikacji na linii pacjent–zespół medyczny. Przedsięwzięcie to, poprzez gromadzenie wyników zgłaszanych przez pacjentów, umożliwi wsparcie analityczne dla diagnoz i leczenia w czasie rzeczywistym oraz pomoże generować cenne dane, których analiza w jednym scentralizowanym miejscu odegra kluczową rolę dla utrzymania spójności w prowadzonym leczeniu. Wskazując na zaledwie kilka zastosowań tego oprogramowania, należy wymienić: monitorowanie przyjmowania leków z funkcją potwierdzania kodami QR, analizę AI bieżąco przekazywanych przez aplikację zdjęć pod kątem rozwoju obrzęku i potencjalnego stanu zapalnego, alarmowanie zespołu medycznego w przypadku występowania odchyień w tzw. skali bólu poprzez własny algorytm oparty na analizie powikłań (często niewykrywalnych przez samych pacjentów). Zaprojektowane rozwiązanie cyfrowe ma szansę wpłynąć nie tylko na wzrost bezpieczeństwa prowadzonej terapii, lecz także na redukcję liczby wizyt pacjenta w placówce i przyspieszenie procesu leczenia, co z kolei istotnie przełoży się na kreowanie doświadczeń pacjenta płynących ze zindywidualizowanej opieki medycznej.

Podsumowanie

Pandemia COVID-19 miała znaczący wpływ na sektor opieki zdrowotnej oraz usługi medyczne ogółem, stawiając przed nimi liczne ograniczenia i wyzwania związane z niepewnością co do czasu i zapotrzebowania pacjentów na usługi ze względu na braki zasobów (niedobór niektórych leków czy sprzętu medycznego), rzeczywistością wielokrotnych fal nawrotów, przerwami w kontakcie z pacjentami, przejściem na telekomunikację i telemedycynę, a także zakłóceniem całego kontinuum opieki (Furtner i in., 2022). Tylko dostosowanie się do nowych wymagań otoczenia umożliwiło przetrwanie podmiotu leczniczego w tym trudnym gospodarczo czasie. Właśnie ta umiejętność – dążenie do maksymalizacji odporności – jest najczęściej formułowanym kryterium wyborów decyzyjnych w biznesie

po pandemii (zastępującym dotychczasowy kanon centralnej roli zysku). Odporność jest rozpatrywana na dwóch płaszczyznach: osiągania korzyści finansowych z działalności gospodarczej, gwarantujących jej rentowność oraz bezpieczeństwo związane z ochroną sanitarną i zapewnieniem BHP, a także osiągania elastyczności działalności, na którą składają się zwinność i sprężystość (Banaszyk i Gorynia, 2020). W opisywanym przypadku zwinność działania współzarządzanej przez autorkę praktyki stomatologicznej zmaterializowała się w szybkiej adaptacji do nowych warunków wywołanych przez koronawirusa SARS-CoV-2 poprzez całkowitą reorganizację modelu pracy, środków ochrony i infrastruktury placówki. Sprawne poradzenie sobie w warunkach kryzysowych i powrót kliniki do stanu stabilnego po napotkaniu przeciwności udowodniły z kolei sprężystość jej działania. W rezultacie już po ustaniu pandemii COVID-19 prowadzona przez autorkę praktyka stomatologiczna odnotowała zwiększenie się liczby pacjentów i wykonywanych zabiegów, a co za tym idzie – także wzrost rentowności firmy, rodząc przy tym nowe szanse i perspektywy rozwoju dla kliniki.

Pandemia zmusiła do nowego spojrzenia na projektowanie doświadczeń pacjenta, które przyjmowało różne oblicza. Począwszy od działań podjętych doraźnie, takich jak projektowanie doświadczenia bezpieczeństwa (wdrożony schemat przyjmowania pacjentów, testy serologiczne i środki ochrony), przez zarządzanie przepływem zasobów i osób w placówce jako istotnym elementem doświadczeń pacjenta; zapewnienie doświadczenia stałej opieki (udostępnienie numerów telefonów do lekarzy prowadzących leczenie), kreowanie doświadczenia lidera (placówka obsługująca pacjentów z całego województwa, tworząca treści edukacyjne), aż po dostarczenie doświadczenia zindywidualizowanej opieki medycznej (opiekunowie pacjenta).

Czas zakłóceń spowodowanych pandemią SARS-CoV-2 zmusił w końcu do przyjęcia rozwiązań cyfrowych w opiece zdrowotnej, takich jak telemedycyna, sztuczna inteligencja (AI), uczenie maszynowe, które prowadzą do cyfrowego systemu opieki zdrowotnej odpornego na przyszłe wyzwania (Furtner i in., 2022). Egzemplifikacją tego zjawiska we współzarządzanym przez autorkę podmiocie jest proinnowacyjna inicjatywa indukowana pandemią właśnie, a polegająca na zaprojektowaniu oprogramowania, które z dużym prawdopodobieństwem zrewolucjonizuje podejście do opieki medycznej pacjenta dzięki automatyzacji rozwiązań informacyjnych i wykorzystaniu sztucznej inteligencji (AI) do analizy dużych zbiorów danych, co umożliwi jeszcze lepsze zrozumienie doświadczeń pacjentów.

Bibliografia

- Azadegan, A., Mellat Parast, M., Lucianetti, L., Nishant, R. i Blackhurst, J. (2020). Supply chain disruptions and business continuity: An empirical assessment. *Decision Sciences*, 51(1), 40–43.

- Babu, N. C. i Gomes, A. J. (2011). Systemic manifestations of oral diseases. *Journal of Oral Maxillofacial Pathology*, 15(2), 144–147.
- Banaszyk, P. i Gorynia, M. (2020, 1 sierpnia). Pandemia COVID-19 a konkurencyjność przedsiębiorstwa. *ICAN Management Review*, 4, 69–73.
- Furtner, D., Shinde, S. P., Singh, M., Wong, C. H. i Setia, S. (2022). Digital transformation in medical affairs sparked by the pandemic: Insights and learnings from COVID-19 era and beyond. *Pharmaceutical Medicine*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s40290-021-00412-w>
- Gans, J. (2016). *The disruption dilemma*. MIT Press.
- Gorynia, M. (2020a, 2 kwietnia). Jak poradzić sobie z koronawirusem. *Rzeczpospolita*, A27.
- Gorynia, M. (2020b, 28 kwietnia). Globalizacja po pandemii. *Rzeczpospolita*. https://mariangorynia.pl/wp-content/uploads/Gorynia_globalizacja_po_pandemii_RZ_28.04.2020.pdf
- Gorynia, M. (2020c, 23 maja). Czy COVID-19 zmieni gospodarkę i nasze o niej myślenie. *Rzeczpospolita*. https://mariangorynia.pl/wp-content/uploads/20200623_www.rp_pl_MARIAN_GOR_1355894546_5ef437402e9507.08586605.pdf
- Gorynia, M. (2020d, 20 lipca). Czym zastąpić zysk. *Rzeczpospolita*, A19.
- Gorynia, M. i Jankowska, B. (2020, 17 sierpnia). Co lepsze: konkurencja czy kooperacja? *Rzeczpospolita*, A22.
- Górska, R. i Konopka, T. (2013). *Periodontologia współczesna*. Med Tour Press International.
- Ichsan, R. N., Khaeruman, Santosa, S., Shara, Y. i Liriwati, F. Y. (2020). Investigation of strategic human resource management practices in business after COVID-19 disruption. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt / Egyptology*, 17(7), 13098–13110. <https://archives.palarch.nl/index.php/jae/article/view/5059>
- Kijek, J. (2020, 30 kwietnia – 1 maja). Leczą pacjentów z całego województwa. *Gazeta Wyborcza*, 10–11.
- Khoury, F. (2011). *Zabiegi augmentacyjne w implantologii*. Wydawnictwo Kwintesencja.
- Krajowa Izba Lekarska i Dentystyczna. (2020). *Zalecenia postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w sytuacji ogłoszonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2*. https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1585135060_zalecenia-postepowania-stomatologicznego-ostat-2403.pdf
- Ministerstwo Zdrowia. (2024). *Zdrowie jamy ustnej*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-jamy-ustnej>
- Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. (2024). *COVID-19 a praca lekarza dentysty: Wytyczne PTS uaktualnione*. <https://pts.net.pl/covid-19-a-praca-lekarza-dentysty-wytyczne-pts-uaktualnione/>

Załącznik

Schemat przyjmowania pacjentów na podstawie *wytycznych Ministerstwa Zdrowia z 24.03.2020 dot. świadczeń stomatologicznych w sytuacji ogłoszonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.*

Struktura pracy



Lekarz

Asysta I zabiegowa

Asysta II pomocnicza



Rejestratorka

Struktura poruszania się pacjenta

- Wejście I – **PRZÓD** – pacjent oczekuje w **przedSIONKU**, przyjęcie pacjenta: gabinet nr **7**, składowanie odpadów: gabinet nr **8**
- Wejście II – **TYŁ** – pacjent oczekuje w gabinecie nr **5**, przyjęcie pacjenta: gabinet nr **1**, składowanie odpadów: gabinet nr **2**

1. Kwalifikacja do przyjęcia

- a. Wyłącznie **interwencyjni** pacjenci.
- b. Telefoniczna weryfikacja problemu przez rejestrację, kontakt z lekarzem ustalenie czy nie jest możliwa **pomoc „zdalna”** (porada, e-recepta).
- c. Możliwość wykonywania tylko zabiegów **interwencyjnych**, wymagających wykonania procedury „na ostro”, w celu eliminacji bólu itp.
- d. Telefoniczny **poszerzony wywiad epidemiologiczny**¹.
- e. Telefoniczne uzyskanie informacji o objawach (**kaszel/gorączka/duszność**).
- f. Do przyjęcia zakwalifikowani mogą być **WYŁĄCZNIE pacjenci z ujemnym wywiadem epidemiologicznym, bez ŻADNYCH objawów klinicznych**.
- g. Informacja dla pacjenta przed wizytą: nie przyjmować leków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, przeciwwzapalnych **6h przed zabiegiem**.
- h. **Limit przyjęć: maksymalnie 1 pacjent na godzinę**.
- i. Sugeruje się dokonanie **płatności bezgotówkowej**.
- j. Na wizytę przychodzi tylko pacjent, **bez osób towarzyszących**; w przypadku dziecka – jeden opiekun prawny.
- k. Pacjent zjawia się na daną godzinę, **nie wcześniej i nie później**.

Dokonując weryfikacji, zakładamy, że przyjmujemy pacjenta ZDROWEGO

2. Pacjent w Klinice

- a. Telefonicznie kontaktuje się z Rejestracją po przybyciu na miejsce.
- b. Pacjent ma zakaz korzystania z toalety (rejestracja informuje o tym przed wizytą).
- c. Opiekę nad pacjentem przejmuje **asysta pomocnicza**.
- d. **Pacjent odkaża ręce** – podajnik płynu jest w przedsionku, wywieszona jest też informacja o technice mycia.
- e. **Otrzymuje pakiet**: w plastikowej koszulce:
 - i. wywiad medyczny,
 - ii. wywiad epidemiologiczny,
 - iii. zgoda na leczenie w warunkach epidemii,
 - iv. jednorazowy długopis,
 - v. maseczka,
 - vi. rękawiczki,
 - vii. ochraniacze na buty.

ubiera zabezpieczenia i wypełnia dokumenty

- f. Po wypełnieniu dokumentów asysta pomocnicza analizuje je i jeśli wywiad epidemiologiczny jest **ujemny**, mierzy temperaturę ciała (**dopuszcza się max 37st C**).
- g. Jeśli nie ma przeciwwskazań, asysta pomocnicza **informuje zespół zabiegowy, że można się przygotować i ubrać do zabiegu**.
- h. Gotowy zespół daje sygnał, a **asysta pomocnicza prowadzi pacjenta do gabinetu** (idąc, pacjent trzyma ręce przy ciele, niczego nie dotyka, drzwi otwiera asysta pomocnicza i zamyka za nim, przekazuje też zespołowi dokumentację).
- i. Asysta pomocnicza **dokładnie dezynfekuje** miejsce, w którym pacjent oczekiwał na wizytę.

3. Przyjmowanie pacjenta

- a. Po informacji od rejestracji, że można przyjąć pacjenta, lekarz i asysta **myją i dezynfekują ręce** i ubierają **stroje ochronne (na kombinezon i maskę z filtrem FFP, które noszą cały dzień)**.
- i. fartuch jednorazowy z długim rękawem,
 - ii. czepek,
 - iii. ochraniacze na buty,
 - iv. maska **chirurgiczna** (standardowa),
 - v. przyłbica (ew. dodatkowo gogle),
 - vi. rękawiczki jednorazowe (powinny zakrywać mankiety fartucha).

Nie muszą to być stroje sterylne

- b. Pacjent 30 sekund **plucze usta wodą utlenioną rozcieńczoną 1:9** w ciepłej wodzie.
- c. Do zabiegu przygotowuje się tylko to, co **NIEZBEDNE**, na blatach i asystorach nie ma nic ponadto.
- d. Klawiatura i wszystko, czego nie można schować, zostaje zabezpieczone **folią ochronną**.
- e. Narzędzia i materiały **są przygotowane przed przyjęciem pacjenta**, w trakcie zabiegu zespół nie opuszcza gabinetu.
- f. Pacjent zaopatrzony zostaje w dezynfekowalne okulary oraz czepek i okryty medyczną folią ochronną.
- g. Za każdym razem, gdy lekarz/asysta po coś sięgają, zobligowani są **zmienić rękawiczki**.
- h. Procedury wykonuje się z użyciem **szerokiego ssaka i ogranicza do minimum użycie narzędzi wytwarzających aerozol** (końcówki).
- i. **Używa się końcówki przyspieszającej zamiast turbiny**.
- j. Tam, gdzie jest to możliwe, zakłada się **koferdam**.
- k. **Pacjent w gabinecie pozostaje w maseczce (osuniętej na brodę na czas zabiegu) oraz w rękawiczkach**.
- l. Zgodę na zabieg pacjent podpisuje w gabinecie, podczas podpisywania używa **jednorazowych rękawiczek** (zgoda zostaje następnie wraz z innymi dokumentami odłożona na 24 h kwarantannę).
- m. Po zakończeniu zabiegu, pacjent **ponownie płucze usta antyseptykiem**.
- n. **Zakłada maseczkę** na czas rozmowy po zabiegu.
- o. Okna w gabinetach pozostają cały czas **otwarte**.
- p. Po zakończeniu zabiegu, zespół **daje znać asyście pomocniczej**, że można odebrać pacjenta.
- q. Przy wyjściu, pacjent zmienia maseczkę i rękawiczki na **nowe**.

4. Po zabiegu

- a. Asysta
 - i. dezynfekuje i ściąga rękawiczki, zakłada dodatkową, świeżą parę rękawiczek.
 - ii. Sprząta użyte narzędzia i materiały.
 - iii. **Dezynfekuje** blaty, powierzchnie robocze, klamki, unit, podłogę.
 - iv. Dezynfekuje wszystkie **elementy owinięte folią**.
- b. Lekarz i asysta
 - i. zdejmują stroje ochronne **bez dotykania stron zewnętrznych, w osobnym pomieszczeniu (gabinet obok)**, zużyte stroje zostają wyrzucone do odpadów medycznych.
 - ii. Zakładają rękawiczki, **dezynfekują okolice, której dotykał skażony strój**.
 - iii. **Wracają do gabinetu**.
 - iv. W gabinecie **myją i dezynfekują ręce**.
- c. **Końcówki (wolno- i szybkoobrotową) oraz strzykawkę-dmuchawkę (całą osłonę) sterylizuje się po każdym zabiegu.**

5. Rozliczenie pacjenta

- a. Maksymalizacja płatności **bezgotówkowych**.
- b. **Paragon wysła się na maila**.
- c. **Ograniczenie rozmowy przy kontuarze**.
- d. **Nie umawia się kolejnych wizyt** (chyba że procedura interwencyjna jej wymaga).

6. Dodatkowe informacje

- a. Ograniczyć należy do minimum korzystanie z toalety,
- b. Wszelkie drzwi otwiera się **łokciem**.
- c. Jeśli ktoś opuszcza gabinet, zakłada **maseczkę**.
- d. **Nie należy witać nikogo uściskiem dłoni**.
- e. Pacjent porusza się po **wyznaczonych ścieżkach** prowadzących do gabinetu, **prowadzony jest przez Asystę pomocniczą**.
- f. Na **zdjęcie panoramiczne** pacjent udaje się również z asystą pomocniczą, która po jego wykonaniu, dezynfekuje pomieszczenie.
- g. **Maksymalizujemy ilość zdjęć panoramicznych, kosztem zdjęć małoobrazkowych**.
- h. Asysta pomocnicza pozostaje w **stałym kontakcie** (telefonicznym)/SMS/Messenger z lekarzem i asystą - jej telefon zostaje owinięty folią, jest dezynfekowany).

Lekarz	Asysta I zabiegowa	Asysta II pomocnicza	Rejestratorka
Kombinezon + maseczka ffp3 – cały dzień	Kombinezon + maseczka ffp3 – cały dzień	Kombinezon + maseczka ffp3 – cały dzień, zmienia, jeśli któryś z pacjentów zostaje zdyskwalifikowany	Kombinezon + maseczka ffp3 – cały dzień
Czepek, fartuch, ochraniacze na buty, maseczka chirurgiczna, rękawiczki – zmienia po każdym pacjencie	Czepek, fartuch, ochraniacze na buty, maseczka chirurgiczna, rękawiczki – zmienia po każdym pacjencie	Czepek, fartuch, ochraniacze na buty, maseczka chirurgiczna, rękawiczki – zmienia po każdym pacjencie	maseczka chirurgiczna, rękawiczki – zmienia po każdym pacjencie
Przyłbica/gogle – obficie dezynfekowane po przyjęciu pacjenta	Przyłbica/gogle – obficie dezynfekowane po przyjęciu pacjenta	Przyłbica/gogle – obficie dezynfekowane po pacjencie	Fartuch chirurgiczny przez cały dzień, przyłbica

Kolejność zakładania środków ochrony indywidualnej:

1. dezynfekcja rąk,
2. fartuch jednorazowy,
3. maska chirurgiczna,
4. gogle ochronne/przyłbica (przyłbica zachodząca do linii brody),
5. rękawiczki (rękawice powinny zakrywać nadgarstki oraz mankiety fartucha).

Kolejność zdejmowania środków ochrony indywidualnej:

1. dezynfekcja rękawiczek założonych na rękach,
2. zdjęcie rękawiczek,
3. dezynfekcja rąk i założenie nowej pary rękawiczek,
4. zdjęcie fartucha,
5. dezynfekcja rękawiczek założonych na rękach,
6. zdjęcie przyłbicy,

7. dezynfekcja rękawiczek założonych na rękach,
8. zdjęcie maseczki,
9. dezynfekcja rękawiczek oraz zdjęcie rękawiczek,
10. mycie ostateczne oraz dezynfekcja rąk.

Nie dotykać powierzchni i przedmiotów rękami ubranymi w rękawice, które były używane w czasie wykonywania procedury stomatologicznej. Pamiętać o dekontaminacji dotykanych przedmiotów i powierzchni. W szczególności należy unikać dotykania rękami okolicy swojej twarzy.

ⁱ 1) w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów przebywała lub powróciła z obszaru, w którym występuje lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19

LUB

2) w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19.

Jako bliski kontakt należy rozumieć:

zamieszkiwanie z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19

bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 (np. podanie ręki)

bezpośredni kontakt z zakażenymi wydzielinami osoby z COVID-19 bez środków ochronnych (np.

dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej)

przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą - przez dowolny czas przebywanie w

odległości 2 metrów od osoby chorej przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji

niewymienionej powyżej

kontakt personelu medycznego z chorym z COVID-19, sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym z

COVID-19 lub kontakt z osobą pracującą w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19

bez odpowiedniego zabezpieczenia, uszkodzenie stosowanych

LUB

3) jest czynnym zawodowo przedstawicielem zawodów medycznych, mogącym mieć kontakt z osobą zakażoną, podczas wykonywania

obowiązków zawodowych, u których wystąpiły objawy infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej

etiologii w pełni wyjaśniającej

obraz kliniczny

W przypadku spełnienia któregoś z powyższych kryteriów, należy • niezwłocznie poinformować Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego - Przychodnia - wypis DRUKU ZLK- 1, Tel. Alarmowy 606-108-040 • do czasu podjęcia decyzji o dalszym postępowaniu w stosunku do pacjenta, pacjent powinien być umieszczony w oddzielnym pomieszczeniu z dostępem do toalety, jeśli nie jest możliwe, zamknąć gabinet, który po przekazaniu pacjenta zespołowi ratownictwa medycznego powinien być odkażony i wywietrzony • postępować zgodnie z otrzymanymi instrukcjami otrzymanymi od PSSE, w tym sporządzić listę osób mających kontakt z chorym (personelu medycznego oraz innych np. przebywających w poczekalni) na podstawie dokumentów tożsamości: imię nazwisko, adres zamieszkania, telefon kontaktowy (zgodnie z Załącznikiem nr 1) i przekazać ją do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie. Osoby te zostaną objęte nadzorem epidemiologicznym w przypadku pacjenta z potrzebą wykonania procedury stomatologicznej – wyboru miejsca udzielenia pomocy dokonuje zespół ratownictwa medycznego w ambulansie przystosowanym do przewozu chorego zapewniających jego izolację – pomocy udzielić powinna wyznaczona w tym celu jednostka środków ochrony osobistej lub ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania w bezpośrednim kontakcie z osobą z COVID-19

• kontakt na pokładzie samolotu lub innych zbiorowych środków transportu, obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu) uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.