

Misja zawodów medycznych w kształtowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli

Pod redakcją
Juliusza Jakubaszki
Tomasza Nowickiego
Mateusza Paplickiego



**WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA
W KŁODZKU**

Świat medycyny poddany jest ogromnej presji w konfrontacji z trwającą od dwóch lat pandemią. Postawiła ona szczególne wyzwania tym strukturom ochrony zdrowia, które odpowiadają za ratowania ludzkiego zdrowia i życia w stanach nagłych zagrożeń. To właśnie medycyna ratunkowa i system ratownictwa medycznego stoją na pierwszej linii frontu walki z pandemią, tworząc swoisty łańcuch przeżycia złożony ze specjalistów szczególnych poziomów kompetencji. Zagrożony pacjent przechodzi kolejno przez ręce dyspozytora medycznego, ratownika medycznego, pielęgniarki triage'owej, pielęgniarki ratunkowej, aż do lekarza medycyny ratunkowej w oddziale ratunkowym. Tylko sprawne współdziałanie i integracja tych profesjonalistów daje szansę na przetrwanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, późniejszego leczenia specjalistycznego i sukcesu wyzdrowienia. Zawody te szczególnie cenią sobie pracę ponad podziałami oraz integrację i rozumienie zadań zespołowych. Muszą one być realizowane pomimo licznych utrudnień wynikających m.in. z niedociągnięć organizacyjnych, niedostatków finansowych i braków kadrowych.

Niniejsza monografia przybliży te zagadnienia widziane oczami specjalistów o wieloletnim doświadczeniu praktycznym w tych obszarach.

Prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko



Misja zawodów medycznych w kształtowaniu
bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku



Misja zawodów medycznych w kształtowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli

Pod redakcją Juliusza Jakubaszki,
Tomasza Nowickiego, Mateusza Paplickiego



Wrocław 2021

Recenzja naukowa
prof. dr hab. Krzysztof Wronecki

Redakcja
Katarzyna Łozińska

Korekta
Janusz Rogowski

Projekt okładki
Bartosz Harlender

DTP:
Andrzej Sokulski

Projekt współfinansowany z budżetu Województwa Dolnośląskiego



© Copyright by WSM Kłodzko & Oficyna Wydawnicza ATUT
Wrocław 2021

ISBN 978-83-7977-547-7



Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe
ul. Kościuszki 142, 50–439 Wrocław, tel. 71 342 20 56
<http://www.atutoficyna.pl>; e-mail: wydawnictwo@atutoficyna.pl

Spis treści

<i>Aleksandra Berdzińska-Wolny, Juliusz Jakubaszko</i> Zadania medycyny ratunkowej wobec pacjenta geriatrycznego ...	7
<i>Anna Malecka-Dubiela, Beata Chilimoniuk, Lucyna Szymankiewicz</i> Pielęgniarka ratunkowa – rola, zadania, współczesne zagrożenia	33
<i>Mateusz Paplicki</i> Rola ratownika medycznego w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego	45
<i>Beata Chilimoniuk, Mariusz Goniewicz, Anna Malecka-Dubiela</i> Dyspozytor medyczny – kluczowe ogniwo systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego	71
<i>Iwona Wilk, Elżbieta Rajkowska-Labon, Barbara Nowak, Krzysztof Kassolik</i> Model współpracy na linii lekarz rodzinny – fizjoterapeuta – pacjent podczas interwencji terapeutycznej	83
<i>Mateusz Paplicki</i> Pielęgniarka oraz położna jako główny badacz w badaniu klinicznym	95
<i>Mariusz Skrzypczyk</i> Socjologia dla medycyny	117

ALEKSANDRA BERDZIŃSKA-WOLNY

ORCID: 0000-0001-9786-6051

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

JULIUSZ JAKUBASZKO

ORCID: 0000-0002-2807-8948

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Zadania medycyny ratunkowej wobec pacjenta geriatrycznego

Streszczenie

Pacjenci powyżej 65. roku życia to szeroka grupa chorych charakteryzująca się specyficznymi odmiennosiami fizjologicznymi i anatomicznymi, co rzutuje na atypowe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w obszarze medycyny ratunkowej. Polipragmazja, wielochorobowość, wielkie problemy geriatryczne czy częste powroty do oddziałów ratunkowych to czynniki wpływające na zmianę profilu pacjenta. Niosą one ze sobą potrzebę specyficznego postępowania wobec tej grupy pacjentów. Wprowadzenie odpowiednich skal i narzędzi diagnostycznych dedykowanych pacjentom geriatrycznym mogłoby znacznie poprawiać trafność diagnozy, skuteczną terapię i unikanie ponownych przyjęć do oddziałów ratunkowych.

Słowa kluczowe

medycyna ratunkowa, pacjent geriatryczny, wielkie problemy geriatryczne, geriatria, szpitalny oddział ratunkowy.

Tasks of emergency medicine for the geriatric patient

Summary

Patients over 65 years of age are a large group of patients characterized by specific physiological and anatomical differences, which affects atypical diagnostic and therapeutic procedures in the area of emergency medicine. Polypragmasia, multi-diseases major geriatric problems, and frequent return to emergency services are factors that influence the patient's profile change. This group of patients require specific treatment. Introducing appropriate scales and diagnostic tools dedicated specifically to geriatric patients would greatly improve the accuracy of diagnosis, effective therapy, and avoid re-admissions to emergency departments.

Key words

emergency medicine, geriatric patient, great geriatric problems, geriatrics, emergency department.

Starzenie jako proces

Starzenie się definiowane jest jako proces rozwojowy, dynamiczny i nieodwracalny. Efektem starzenia się organizmu jest stopniowy spadek potencjału czynnościowego narządów, co wpływa na zaburzenie utrzymania homeostazy. Według WHO (World Health Organisation) proces starzenia dzielimy na:

- wiek podeszły – osoby pomiędzy 60. (65.) a 75. rokiem życia,
- wiek starczy – osoby pomiędzy 75. a 90. rokiem życia,
- wiek sędziwy – osoby powyżej 90. roku życia [1].

ONZ za początek starości podaje wiek powyżej 65. roku życia [2]. Inny podział stosowany w Stanach Zjednoczonych dzieli starość na trzy etapy: wczesna starość (inaczej wiek podeszły) obejmująca wiek od 60. do 74. roku życia, późna starość (starość właściwa) uwzględniająca wiek od 75. do 89. roku życia oraz osoby długowieczne posiadające wyjątkowe cechy biologiczne i dziedziczne do długiego życia. To osoby od 90. roku życia [3].

Wśród osób starszych najczęstszymi schorzeniami są zespoły otępienne, zespoły depresyjne oraz lękowe, zaburzenia zachowania i problemy kardiologiczne. Inne to zaburzenia zwieraczy układu moczowego, zasłabnięcia i upadki, zwyrodnienia stawów, zaburzenia układu endokrynologicznego, a także zawroty głowy oraz zaburzenia równowagi [4]. Geriatria rozróżnia dwa typy dolegliwości zdrowotnych. Są nimi problemy somatyczne i psychiczne. Głównymi czynnikami, które wskazują na jakość życia osób starszych znajdujących się w chorobie, są: stan zdrowia, zdolność przystosowania się do choroby oraz zadowolenie z usług medycznych. Już pomiędzy 30. a 40. rokiem życia dochodzi do utrudnienia utrzymania homeostazy, co wiąże się ze zmniejszeniem rezerwy czynnościowej postępującym z upływem czasu. Proces ten wpływa na wzrost ryzyka pojawienia się różnorodnych jednostek chorobowych [5, 6].

Proces starzenia się organizmu nie jest tożsamy z chorobą, jednak osłabienie równowagi w organizmie skutkuje mniejszą odpornością na wystąpienie i utrwalenie czynników chorobotwórczych [7].

Proces starzenia powoduje szereg zmian fizjologicznych i patologicznych, które prowadzą do znacznego osłabienia wydolności fizycznej i umysłowej pacjentów. Charakterystycznym elementem dla rozpoznawania schorzeń u tych pacjentów jest fakt, iż silny stres związany z zaistnieniem nowego problemu zdrowotnego powoduje nietypowe

objawy, jak zaburzenia orientacji, częstsze upadki, zaburzenia zwieraczy, co może znacznie zaburzyć obraz kliniczny w procesie diagnostycznym [4, 8]. Tabela 1. przedstawia istotne zmiany fizjologiczne będące następstwem starzenia się organizmu. Informacje zawarte w tabeli znajdują odniesienie w dalszej części pracy.

Tabela 1. Zmiany fizjologiczne zachodzące w starzejącym się organizmie; opracowanie własne [9]

Struktura anatomiczna	Następstwo starzenia się organizmu
Układ mięśniowo-szkieletowy	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ siły mięśniowej • ↓ zdolności poruszania się • ↓ masy kostnej
Układ krążenia	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ pojemności minutowej • ↑ skurczowego tętniczego ciśnienia krwi
Układ oddechowy	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ pojemności życiowej płuc • ↓ rezerwy czynnościowej płuc
Narządy wzroku i słuchu	<ul style="list-style-type: none"> • dysfunkcja wzroku i słuchu
Układ moczowy	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ nerkowego przepływu krwi • ↓ przesączania kłębuszkowego
Układ immunologiczny	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ odporności komórkowej • ↓ miana przeciwciał
Skóra	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia termoregulacji • zaniki skórne

Stany nagłe u pacjentów geriatrycznych mogą wystąpić w różnych sytuacjach: u osoby, która wcześniej nie

chorowała, lub gdy dochodzi do zaostrzenia choroby przewlekłej, jako następstwo zabiegów chirurgicznych, dotychczasowego leczenia i jego powikłań oraz urazów. Wzrost populacji osób starszych doprowadza do zwiększenia ilości i złożoności problemów zdrowotnych, z jakimi spotyka się współczesna medycyna. Dane z Wielkiej Brytanii wskazują, iż stany nagłego zagrożenia zdrowotnego wśród pacjentów geriatrycznych stanowią 40% nagłych przyjęć do szpitala, a liczba hospitalizacji pacjentów mających nagły problem zdrowotny co roku wzrasta o 5% [10, 11].

Starzejące się społeczeństwa to jedno z ogromnych wyzwań dla systemów ochrony zdrowia. W piśmiennictwie zwraca się uwagę na rosnącą liczbę ludzi powyżej 65. roku życia. W 2008 roku liczebność osób w tym wieku wynosiła w Europie 17,1% populacji. Przewiduje się, że do roku 2050 ich liczba wzrośnie do 30%. Tzw. „siwienie kontynentu” spowodowane jest niskim wskaźnikiem dzietności przy jednocześnie rosnącym wskaźniku starości. Przewiduje się, iż w 2060 roku ludzie w wieku powyżej 65. roku życia będą stanowić 23,6% populacji w Luksemburgu, 24,7% w Wielkiej Brytanii, 25% w Danii, 35% w Rumunii, 36,1% na Słowacji i 36,2% w Polsce [12–14].

Eurostat opublikował informację, iż w 2035 roku populacja osób powyżej 65. roku życia zamieszkujących teren Unii Europejskiej wyniesie 521 mln. W porównaniu z rokiem 2010 daje to wzrost o 20 mln osób starszych [15]. Szacuje się, że w 2060 roku Polska stanie się krajem z największym odsetkiem osób starszych w Europie. Do tego czasu osoby w wieku powyżej 65. roku życia mają przekroczyć 36% ogółu społeczeństwa. Natomiast w całej Europie wynik ten nie przekroczy 30%. Obecnie w Polsce 13% społeczności to ludzie starsi, natomiast w Europie stanowią oni 17% ogółu społeczeństwa. Nasuwa się wniosek, iż starzenie się społeczeństwa w Polsce jest procesem postępującym bardzo dynamicznie,

znacznie bardziej niż w innych krajach europejskich [16]. Dla porównania The American College of Emergency Physicians (ACEP) przewiduje, iż w 2030 roku liczba ludzi powyżej 65. roku życia w Stanach Zjednoczonych osiągnie 70 mln, co stanowi 20% populacji. Zatem, według przytoczonych prognoz, Polska jest w czołówce nie tylko względem Europy, lecz także świata [17].

W 2010 roku Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przedstawił raport wskazujący, iż pacjenci geriatryczni stanowią około 14% społeczeństwa naszego kraju, natomiast leczenie osób starszych pochłania 60% funduszy NFZ [18]. Przyjmuje się, iż osoby starsze częściej trafiają do szpitala w cięższym stanie klinicznym, są dłużej hospitalizowane i wymagają szerszej diagnostyki, a także mają wyższy wskaźnik ponownych przyjęć do szpitala. Przyczyną takiej sytuacji jest wielochorobowość i niejasny obraz kliniczny. Stan ten potęgują zaburzenia poznawcze oraz wielolekowość. Ponadto zaburzenia percepcji znacząco wpływają na późniejsze nie stosowanie zaleceń lekarskich [20, 3].

Pacjent geriatryczny w zadaniach medycyny ratunkowej

Organizacja systemu medycyny ratunkowej w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie od lat stanowi przykład racjonalnych rozwiązań systemowych. Podobnie jest w zakresie geriatryi, która w krajach Ameryki Północnej stanowi dobrze prosperującą, odrębną gałąź medycyny ratunkowej [11]. Trudno doszukać się w literaturze polskojęzycznej informacji na temat postępowania nagłego wśród rosnącej populacji osób starszych. Informacje zawarte w pracy opierają się na doniesieniach badaczy z USA i Kanady, skorzystano także z dostępności amerykańskich narzędzi, skal, procedur

i przewodników postępowania. Stanowią one podstawy teoretyczne pracy i wyznaczają kierunek, w którym powinna zmierzać polska medycyna ratunkowa.

Wzrastająca populacja pacjentów, również tych po 65. roku życia, w oddziale ratunkowym według amerykańskich autorów stała się *at the breaking point*. Uważa się, że pacjenci powyżej 65. roku życia stanowią 1/3 pacjentów transportowanych przez HEMS (Helicopter Emergency Medical Service), 15% pacjentów SOR, a 40% przyjęć do leczenia szpitalnego to hospitalizacje pacjentów geriatrycznych [11]. Zwiększone nakłady pracy, ilość procedur diagnostycznych i leczniczych to zjawisko powszechnie i ciągle idące naprzód [17]. Wielu autorów zgadza się co do tego, iż konieczne jest udoskonalenie obecnego modelu organizacji systemu medycyny ratunkowej. Oddział ratunkowy to jednostka określana często jako wrota dostępu do leczenia szpitalnego. Stąd niełatwym zadaniem jest sprawna i skuteczna selekcja pacjentów w zależności od stanu ich zdrowia i pilności interwencji medycznej. Osoby starsze cierpią zazwyczaj na wiele schorzeń i dolegliwości, które mogą fałszować obraz kliniczny nowej jednostki chorobowej, co z kolei może mieć wpływ na prawidłową ocenę stanu zdrowia i dalsze postępowanie. Wymaga to nie tylko głębokiej, specjalistycznej wiedzy medycznej, lecz także odpowiedniego przygotowania organizacyjnego [17,18].

Z tego powodu istotnym elementem postępowania ratunkowego jest dobrze zorganizowany *triage* szpitalny, co będzie skutkowało:

- poprawą wyników zdrowotnych pacjenta,
- optymalizacją systemu opieki zdrowotnej,
- zmniejszeniem całkowitych kosztów opieki [21–23].

Najczęstszymi przyczynami nagłych zagrożeń zdrowotnych są: choroby układu krążenia, które stanowią 29% przypadków, choroby układu oddechowego – 26%,

przyczyny neurologiczne – 21% oraz choroby układu pokarmowego – 13%. Natomiast najczęstsze rozpoznania, z jakimi spotykają się praktycy medycyny ratunkowej będące przyczyną hospitalizacji, to: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, niewydolność krążenia, wystąpienie zaostrzenia astmy oskrzelowej bądź obturacyjnej choroby płuc, a także samookaleczenia [24].

Dane statystyczne wskazują na konieczność tworzenia specjalistycznych oddziałów ratunkowych dla osób starszych. Geriatryczne oddziały ratunkowe w Polsce to kierunek, w którym powinna zmierzać współczesna organizacja opieki zdrowotnej.

To miejsce dedykowane pacjentom powyżej 65. roku życia, objętym opieką przez personel specjalizujący się w zajmowaniu się osobami w wieku podeszłym, specyficznej diagnostyce i leczeniu [23]. Obecnie model doraźnej pomocy medycznej w większości krajów na świecie nie uwzględnia kategoryzacji wiekowej (poza pediatrią) i skupia się na szybkiej ocenie pacjenta, diagnostyce ostrych schorzeń, leczeniu i wypisie, pominięte zaś są komfort i prywatność pacjenta.

W literaturze pojawia się nowe słowo: *geriatrizing*. – *geriatyzacja*. W środowisku medycyny ratunkowej oznacza ono interdyscyplinarną edukację personelu w ustalonych protokołach postępowania, skupiającą się na całościowej ocenie pacjenta, zapewnienie mu całościowej opieki medycznej, zagwarantowanie komfortu i poczucia bezpieczeństwa z wykorzystaniem specyficznych instrumentów geriatrycznych w procesie oceny stanu zdrowia, diagnostyki, leczenia, pielęgnacji, a także ukierunkowanie na dalsze działania poza SOR. Tego typu działania według badaczy znacząco poprawiają jakość i skuteczność opieki przy jednoczesnym obniżeniu kosztów szpitalnych [25, 26].

Wielkie problemy geriatryczne jako szczególne wyzwania w medycynie ratunkowej

Definiując wielkie problemy geriatryczne (WPG), można je określić jako zaburzenia fizyczne lub psychiczne, najczęściej pojawiające się u osób powyżej 65. roku życia i doprowadzające do zaburzeń funkcjonowania oraz do utraty autonomii chorego [36]. Każde z tych zaburzeń to przewlekły, wieloprzyczynowy stan w organizmie, prowadzący do utraty samodzielności, mylnie określany jako „konsekwencja starości” i często pozostawiany bez diagnostyki i terapii [27–29]. Poniżej przedstawiam przypadki zaliczane do wielkich problemów geriatrycznych.

- A) Zaburzenia otępienne** – depresyjne to najczęstsze zaburzenia psychiczne wieku starszego. Postęp zaburzeń wzrasta wraz z wiekiem. Towarzyszą im zaburzenia pamięci, myślenia, rozumienia, zdolności uczenia, orientacji i oceny sytuacji. Zaburzenia stanowią problem dla pacjenta, ale również dla jego bliskich [30–32]. Badania przeprowadzone w Europie donoszą, iż otępienie występuje u 0,7% 62-latków, u 85-latków sięga 20–50%, u 100-latków zaś osiąga próg 60% [30].
- B) Otępienie** określane jest jako „zaburzenie wyższych czynności umysłowych powodujące zauważalną niesprawność w codziennej aktywności” [33]. Chorobami predysponującymi do występowania zespołów otępiennych są choroby zwyrodnieniowe mózgu (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroba Picka, choroba Huntingtona), choroby odwracalne (np. zaburzenia metaboliczne, zaburzenia toksyczne, przewlekła infekcja). Uszkodzenie najważniejszych okolic kory mózgowej lub ich połączeń może doprowadzić do zaburzeń otępiennych pochodzenia naczyniowego, szczególnie w połączeniu z innymi czynnikami ryzyka, takimi jak

starszy wiek, niższe wykształcenie, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, cukrzyca, minimum jeden udar mózgu w przeszłości, udar o ciężkim przebiegu klinicznym [34–36].

- C) **Depresje starcze** to najczęściej występujące zaburzenia nastroju u osób starszych. To zaburzenia maniakalne, czyli podwyższenie nastroju i depresyjne pogorszenie samopoczucia. U niektórych czas obniżonego nastroju przeplata się z jego podwyższeniem (zjawisko to nazywane jest zaburzeniami dwubiegunowymi), częściej jednak pojawiają się zaburzenia depresyjne. Stany, o których mowa, mogą ustępować samoczynnie. Niejednokrotnie doświadczamy okresu obniżonego nastroju lub depresji, jednak jeżeli jest to krótkotrwałe i ustępuje samoistnie, nie jest to szkodliwy symptom, patrząc z długotrwałej perspektywy czasu [37]. Taki epizod wcale nie sugeruje konieczności nawrotu depresji. Jednak niepokojącym stanem są nawracające depresje, które trwają miesiącami lub latami. Zaburzenie depresyjne to afektywne zaburzenie, które objawia się obniżonym nastrojem oraz spowolnieniem psychoruchowym, towarzyszy temu zaburzenie rytmu okołodobowego oraz lęk [38, 39]. Raport OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) stawia Polskę na 7. miejscu wśród państw o największym wzroście depresji i liczby samobójstw [36].
- D) **Delirium** u pacjentów starszych to nagłe i zmienne zaburzenia uwagi i poziomu świadomości. W przeciwieństwie do otępienia, które rozwija się powoli, delirium pojawia się nagle. W wieku starszym aż 70% delirium początkowo jest stanem hipoaktywnym, co może opóźnić jego wykrycie w warunkach SOR. Delirium ma zawsze podłoże medyczne, nie zawsze jest odwracalne. Zmniejszenie ograniczeń fizycznych, poprawa leczenia

bólu, utrzymanie odpowiedniego odżywienia i nawodnienia może zmniejszyć ryzyko wystąpienia delirium o 50% [40].

Nierozpoznane delirium u pacjentów wypisanych do domu podnosi śmiertelność 3-, a nawet 7 krotnie. Przyczyna delirium może być uleczalna, zatem rozpoznanie i wnikliwa obserwacja może poprawiać rokowanie.

Najczęstsze przyczyny delirium to:

- stosowana farmakoterapia, zatem należy zachować czujność przy zbieraniu wywiadu farmakologicznego,
- infekcje (najczęściej spotykane to zapalenie płuc, zakażenie układu moczowego i skóry),
- zaburzenia metaboliczne,
- środowisko – narażenie na zbyt wysokie i niskie temperatury,
- incydenty naczyniowe w centralnym układzie nerwowym (krwawienie podtwardówkowe, udar mózgu),
- zatrzymanie moczu i stolca [41].

E) Nietrzymanie moczu lub stolca to problem zarówno psychospołeczny, jak i medyczny, który wpływa na pogorszenie jakości życia. Często wiąże się z koniecznością wprowadzenia farmakoterapii lub leczenia zabiegowego. Nietrzymanie moczu/stolca definiuje się jako niekontrolowalne, mimowolne oddawanie moczu/stolca. Nietrzymanie moczu dotyczy 1 na 3–4 kobiety, szczególnie tych powyżej 65. roku życia [42, 43]. Z analizy danych statystycznych wynika, iż problem nietrzymania stolca w Wielkiej Brytanii dotyczy 1,9% ludzi, w Australii zaś 8,8% populacji. Najbardziej precyzyjne dane wskazują na to, że z problemem nietrzymania stolca boryka się aż 50% pensjonariuszy zamieszkujących domy opieki [44]. Przyczynami najczęściej są zaburzenia

psychiczne, pobyt w domach opieki i zaburzenia neurologiczne, a także zespół jelita drażliwego (w przypadku nietrzymania stolca) oraz wielokrotne porody (w przypadku nietrzymania moczu u kobiet) [45]. Rezultatem tego typu zaburzeń, poza obniżeniem jakości życia, są zakażenia układu moczowego i płciowego oraz skóry [46, 47]. Nietrzymanie stolca u osób w wieku powyżej 80 lat trwające dłużej niż 8 dni charakteryzuje się wysoką śmiertelnością, sięgającą 26% [48].

- F) Upośledzenie wzroku lub słuchu.** Utrata elastyczności soczewki, wpływająca na zmniejszoną akomodację oka, co najczęściej u osób starszych prowadzi do dalekowzroczności starczej, to najbardziej typowa zmiana związana z narządem wzroku. Spada również zdolność dostosowania oka do poziomu jasności [30]. Według statystyk WHO z 2010 roku na świecie żyje 285 mln ludzi z zaburzeniami wzroku, 65% z nich to osoby powyżej 50. roku życia, zaś 82% z nich ma ślepotę. Siedem procent starszych Polaków w wieku od 60 do 69 lat mimo korzystania z urządzeń pomocniczych nie mogło przeczytać gazety, w przypadku osób 80-letnich i starszych odsetek ten wynosił 12% (dane z 2009 roku) [49].

Utrata słuchu, zaraz po nadciśnieniu tętniczym i zapaleniu stawów, stanowi najczęstszy, przewlekły problem wśród pacjentów geriatrycznych. Mężczyźni są narażeni na większą i znacznie wcześniejszą niż kobiety utratę słuchu [50, 51]. Czynniki wpływające na możliwość pogorszenia funkcji tego układu to nadużywanie alkoholu, używek, ekspozycja na duży hałas, choroby somatyczne, takie jak cukrzyca, niewydolność nerek, miażdżyca i inne [52, 53].

- G) Zespoły jatrogenne.** Z definicji WHO choroby jatrogenne to niepożądane reakcje lekowe (*adverse drug reaction* – ADR) bądź efekty będące następstwem

niefarmakologicznych procedur medycznych [54]. Jest to częste powikłanie, które stanowi przyczynę 20% hospitalizacji osób starszych [54, 55].

Niepożądany efekt działań terapeutycznych lub diagnostycznych pojawia się niezależnie od przyczyny, ze względu na którą były one wykonane. Może on występować w trakcie hospitalizacji i procedur diagnostycznych przez efekty mechaniczne czy radiologiczne oraz przez działania terapeutyczne, takie jak farmakoterapia, zabiegi operacyjne lub inne inwazyjne procedury [56].

Opisane zespoły mają wpływ na zaburzenia poznawcze. Szczególnie niebezpieczne są leki mające wpływ na ośrodkowy układ nerwowy, czyli benzodiazepiny, neuroleptyki czy spazmolityki. W rzeczywistości większość leków może mieć wpływ na spadek sprawności intelektualnej u osób starszych [57].

- H) Zaburzenia mobilności i upadki.** Upadki, które kończą się urazem ze złamaniem, to jeden z większych problemów geriatrycznych [58]. W procesie starzenia włókna mięśniowe, szczególnie te szybko kurczliwe, ulegają redukcji, przez co dochodzi do zwiększenia ilości kolagenu i tłuszczu w masie mięśniowej. Co więcej, spada dostarczenie produktów energetycznych do mięśni ze względu na zmniejszoną liczbę sieci naczyń włosowatych. Pomiędzy trzecią a ósmą dekadą życia siła mięśniowa dolnych kończyn zmniejsza się do 40%, kończyn górnych zaś do 30% [41]. Z przeprowadzonych wielośrodkowych badań wynika, że regularne ćwiczenia fizyczne istotnie obniżają ryzyko upadków. Te ukierunkowane na ćwiczenie równowagi, wzmocnienie siły mięśniowej i koordynacji ruchów znacznie poprawiają koordynację ruchową [59]. Uważa się, iż jeden dzień spędzony w łóżku z powodu unieruchomienia to dwa tygodnie rehabilitacji, aby chory powrócił do wyjściowej sprawności [60].

Choroby przewlekłe, takie jak choroby układu oddechowego i krążenia, cukrzyca, przebyte incydenty mózgowo, znacząco wpływają na sprawność funkcjonalną pacjentów [61]. Nie należy zapominać o problemie, jakim jest osteoporoza wśród osób starszych. Według National Bone Health Alliance „osteoporoza jest chorobą szkieletu, charakteryzującą się zmniejszoną wytrzymałością kości, która prowadzi do zwiększonego ryzyka złamania, zwykle w wyniku urazu niskoenergetycznego, takiego jak upadek z pozycji stojącej” [62]. Przeprowadzono wiele randomizowanych badań potwierdzających, iż stosowanie wapnia jako suplementacji wzmacniającej kości i witaminy D3 wzmacniającej pracę mięśni znacząco zmniejsza nasilenie występowania osteoporozy oraz upadków wśród osób starszych [63, 64].

Z powyższymi wiąże się kolejne, często występujące problemy u osób starszych, jakimi są urazy. Zajmują one duży obszar w medycynie ratunkowej. Nierzadko są przyczyną stanu zagrożenia zdrowia lub życia.

Obrażenia okołourazowe. Długowieczność i tryb życia coraz częściej doprowadzają do urazów wśród osób starszych [23]. Stale rosnąca tendencja do hospitalizacji osób starszych powoduje zmianę profilu pacjenta urazowego. Każdego roku w USA ponad 900 000 pacjentów powyżej 65. roku życia jest hospitalizowanych z powodu co najmniej jednego złamania. Na wzrost ryzyka śmiertelności u pacjenta geriatrycznego wpływ mają poniższe czynniki:

- wypadki z udziałem samochodu i pieszego (>50%),
- skurczowe ciśnienie krwi przy przyjęciu wynoszące poniżej 130 mm Hg,
- kwasica (pH <7,35),
- liczne złamania,
- uraz głowy (67% nieprzytomnych pacjentów w starszym wieku umiera),
- złamanie miednicy [65].

W rozróżnieniu młodego pacjenta od pacjenta geriatrycznego istotnymi elementami są niespecyficzne symptomy, a także skąpoobjawowość [38]. Dodatkowo u starszych pacjentów częściej dochodzi do wielu powikłań, będących następstwem wystąpienia urazu w przeszłości bądź kolejnego urazu w obrębie tego samego miejsca. Schorzenia współistniejące, niezwiązane z urazem, będą odzwierciedlane w wynikach laboratoryjnych, obrazie klinicznym, a przede wszystkim w stanie psychofizycznym pacjenta. Urazy bądź ich powikłania mogą przyczynić się do powstania choroby przewlekłej lub niepełnosprawności znacznie łatwiej niż u młodych osobników. Generuje to zwiększoną liczbę hospitalizacji oraz powroty do SOR z powodu urazu w obrębie tego samego miejsca [66]. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko wystąpienia urazu doprowadzającego do zgonu. Uraz jest ósmą co do częstości przyczyną zgonów u pacjentów powyżej 55. roku życia, dziewiątą zaś u chorych powyżej 75. roku życia. W trakcie opieki szpitalnej osoby starsze umierają z powodu urazu od 2 do 6 razy częściej niż młodzi [67]. Należy pamiętać, iż wraz z wiekiem zmniejsza się elastyczność skóry i przepływ krwi, zatem ryzyko uszkodzenia skóry jest wyższe. Leczenie ran ze względu na wymienione czynniki jest utrudnione, a choroby współistniejące, jak cukrzyca czy choroby naczyń, spowalniają proces gojenia ran i zwiększają ryzyko zakażenia [68].

Przyczyną upadków są zaburzenia ustrojowe, następstwem może być ciężka choroba lub śmierć. Czynnikiem wzmagającymi ryzyko upadku są:

- wcześniejsze upadki,
- stosowanie leków psychoaktywnych,
- zaburzenia słuchu i/lub wzroku,
- obniżenie czucia głębokiego,
- utrata sprawności ruchowej z powodu braku aktywności [69].

Innym istotnym problemem u osób starszych są **zaburzenia gospodarki wodno- elektrolitowej**. Ze względu na zmniejszoną filtrację nerkową, spadek ilości czynnych nefronów, osłabioną zdolność do oszczędzania lub wydalania nadmiernej ilości sodu, usuwanie nadmiernej ilości wody lub zagęszczenie moczu, osłabione pragnienie czy spadek poziomu hormonów: aldosteronu i reniny, dochodzi do zaburzeń elektrolitowych. Objawy takie jak biegunka oraz wymioty będą dodatkowo obciążać wyżej wymienione mechanizmy.

Zaburzenia termoregulacji u osób w wieku podeszłym występują ze względu na opóźnioną reakcję organizmu na niską temperaturę. Dochodzi do zwolnienia kurczliwości naczyń krwionośnych w reakcji na zimno, prawdopodobnie ze względu na zmniejszoną masę mięśniową; podnoszenie temperatury organizmu jest zwolnione. Spadek czucia zimna powoduje zmianę zachowań, jak zakładanie ciepłej odzieży czy unikanie zimna. Najczęstszym objawem zaburzeń termoregulacji w organizmie jest hipotermia. To sytuacja, w której temperatura głęboka ciała spada poniżej 35°C. Jest to bardzo częsta przyczyna zgonów u osób starszych – waha się w granicach 30–75% tej populacji. Przyczynami hipotermii najczęściej są: obniżona sprawność fizyczna, zła sytuacja socjalna, a co za tym idzie – przebywanie w chłodnych pomieszczeniach, schorzenia przewlekłe, ale także leki, np. fenotiazyny, wpływające bezpośrednio na podwzgórze, które odpowiada za procesy termoregulacji, leki zwiększające możliwość upadku, czyli benzodwuzepiny, opioidy, leki przeciwdepresyjne. Innymi czynnikami wywołującymi obniżoną temperaturę ciała są: niedożywienie, niedoczynność tarczycy, hipoglikemia, niewydolność nadnerczy i wątroby [38, 45].

Zjawiskiem mogącym zachwiać proces diagnostyczny jest **polipragmazja**, czyli nieprawidłowe przyjmowanie wielu leków lub przedawkowanie leków przez pacjentów,

co prowadzi do upośledzenia procesu farmakokinetycznego i farmakodynamicznego poszczególnych substancji. Literatura podaje, że polipragmazja występuje przy jednoczesnym przyjmowaniu co najmniej 3–5 leków lub stosowaniu większej ilości leków, niż jest to klinicznie zalecane [70, 71].

Polipragmazja jest poważnym zagrożeniem, szczególnie dla pacjentów geriatrycznych. Uwarunkowane jest to zwiększonym ryzykiem występowania działań niepożądanych. Ilość przyjmowanych leków wpływa na ryzyko wystąpienia ADR. Przy stosowaniu 2 preparatów ryzyko wynosi 13%, przy zażywaniu 4–38%, przy 7 zaś sięga 82% [72].

Zmniejszony klirens nerkowy może doprowadzić do wystąpienia objawów toksycznych. Jest to istotne przy przyjmowaniu gentamycyny i digoksyny. Natomiast zmniejszony klirens wątrobowy może nasilić działanie leków metabolizowanych przez wątrobę, co jest szczególnie ważne przy stosowaniu propranololu oraz morfiny. Odwodnienie organizmu i zwiększenie tkanki tłuszczowej powoduje spadek dystrybucji leków, które są rozpuszczane w wodzie, a tym samym jej zwiększenie przy lekach rozpuszczalnych w tłuszczach. Wraz ze starzeniem się organizmu spada stężenie białek w surowicy, co bezpośrednio wpływa na związanie pewnych grup leków wiążących się z albuminami.

Poniżej przedstawiamy wybrane grupy leków powodujących szczególnie nasilone objawy niepożądane u osób starszych.

- **Digoksyna** – ze względu na zwolniony klirens nerkowy może doprowadzić do kumulacji stężenia leku w organizmie, czego następstwem mogą być zaburzenia rytmu serca, nudności, wymioty, biegunka, brak łaknienia, zaburzenia widzenia, splątanie bądź pobudzenie. Dlatego proponuje się, aby osoby starsze zażywały niższą dawkę digoksyny niż osoby młode.

- **Leki moczopędne** – stosowane u osób starszych najczęściej z powodu obrzęku kończyn dolnych, do których doprowadza zastój żylny. Przy stosowaniu tej grupy leków pacjentom grożą: odwodnienie, zaburzenia metaboliczne, a także zaburzenia ciśnienia ortostatycznego.
- **Niesteroidowe leki przeciwzapalne** – mogą doprowadzić do krwawienia z przewodu pokarmowego, do niewydolności nerek, pogłębienia niewydolności krążenia oraz przewodnienia organizmu.
- **Leki nasenne oraz uspokajające** – u osób starszych często powodują senność, a tym samym częstsze upadki. Ze względu na upośledzony klirens wątrobowy ich okres półtrwania jest wydłużony. U starszych chorych częściej występuje syndrom odstawienny po nagłym zaprzestaniu przyjmowania leków sedatywnych i nasennych.
- **Leki antydepresyjne** – szczególnie te z grupy trójcyklicznych antydepresantów mogą powodować zaburzenia ciśnienia ortostatycznego, suchość w ustach, zaburzenia orientacji oraz problemy z mikcją u mężczyzn. Leki nowszej generacji pochodzące z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny mają znacznie mniej efektów ubocznych.
- **Leki silnie uspokajające** – np. haloperidol czy leki z grupy fenotiazyn powodują senność, ortostatyczne spadki ciśnienia, zaparcia i chwiejność chodu.
- **Leki stosowane w leczeniu choroby Parkinsona** – Levodopum powoduje zaburzenia ciśnienia ortostatycznego, zaburzenia orientacji i dyskinezę, czyli zaburzenia w wykonywaniu celowych ruchów [70, 72].

Pacjenci powyżej 65. roku życia to szeroka grupa chorych charakteryzująca się specyficznymi odmiennościami fizjologicznymi i anatomicznymi, co rzutuje na atypowe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w obszarze medycyny ratunkowej. Polipragmazja, wielochorobowość, wielkie

problemy geriatryczne czy częste powroty do oddziałów ratunkowych to czynniki wpływające na zmianę profilu pacjenta. Niosą one ze sobą potrzebę specyficznego postępowania wobec tej grupy pacjentów. Wprowadzenie odpowiednich skal i narzędzi diagnostycznych dedykowanych pacjentom geriatrycznym mogłoby znacznie poprawiać trafność diagnozy, skuteczną terapię i unikanie ponownych przyjęć do oddziałów ratunkowych.

Bibliografia

- [1] Mianowany M.E., Maniecka-Bryła I., Drygas W.K., *Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny*, „Gerontologia Polska” 2004, nr 12 (4), s. 172–175.
- [2] Chodorowski Z., *Geriatrya. Postępy w diagnostyce i terapii*, Grafica, Gdynia 2007, s. 13–15.
- [3] Dyczewski L. Adamczuk L., Szatur-Jaworska B., *Potrzeby ludzi starszych: uniwersalne i specyficzne* [w:] Golinowska S., *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym*, UNPD, Warszawa 1999, s. 27–30.
- [4] Błaszczyk J.W., Czerwosóz L., *Stabilność posturalna w procesie starzenia*, „Gerontologia Polska” 2005, nr 13 (1), s. 25–36.
- [5] Mokrzyńska K., Dolińska-Zygmunt G., *Rola psychologa na oddziale geriatrycznym*, „Psychogeriatrya w Polsce” 2013, nr 10 (4), s. 137–144.
- [6] Aminzadeh F., Dalziel W.B., *Older adults in the emergency department. A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions*, „Annals of Emergency Medicine” 2002, nr 39, s. 238–247.
- [7] Salvi F., Morichi V., Lorenzetti B. i wsp., *Risk stratification of older patients in the emergency department. Comparison between the Identification of Seniors at Risk and Triage Risk Screening Tool*, „Rejuvenation Research” 2012, nr 15, s. 288–294.

- [8] Cyklovska-Nowak M., Kropińska S., Czepulis N. i wsp., *Terapeuta zajęciowy w zespole geriatrycznym*, „Nowiny Lekarskie” 2010, nr 79 (5), s. 392–396.
- [9] Jackimczyk K.C., *Medycyna ratunkowa wieku podeszłego* [w:] Markovchick V.J., Pons P.T., Bakers K.M., *Medycyna ratunkowa w pytaniach i odpowiedziach*, MediPage, Warszawa 2016, s. 44.
- [10] Pitts S.R., Niska R.W., Xu J. i wsp., *National hospital ambulatory medical care survey. 2006 emergency department summary*, „National Health Statistics Reports” 2008, nr 7, s. 1–38.
- [11] Shinoda-Tagawa T., Clark, D.E., *Trends in hospitalization after injury. Older woman are displacing young man*, „Injury prevention” 2003, nr 9 (3), s. 214–219.
- [12] McCusker J., Bellavance F., Cardin S. i wsp., *Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit. The ISAR screening tool*, „Journal of the American Geriatrics Society” 1999, nr 47, s. 1229–1237.
- [13] Sutton M., Grimmer-Somers K., Jeffries L., *Screening tools to identify hospitalised elderly patients at risk of functional decline. A systematic review*, „International Journal of Clinical Practice” 2008, nr 62, s. 1900–1909.
- [14] Biercewicz M., Szrajda J., Haor B. i wsp., *Polipragmazja istotnym zagadnieniem w opiece nad pacjentem w wieku podeszłym*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2012, nr 20 (1), s. 102–105.
- [15] *Proportion of population aged 65 and over*, [online:] <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00028>
- [16] *Hospital-based emergency care. At the breaking point*, National Academies Press, Washington 2006, s. 9–12.
- [17] Gilboay N., Tanabe T., Travers D. i wsp., *Emergency Severity Index (ESI). A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4*, 2012, s. 33–40.

- [18] *Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. i rozkładu indywidualnych wydatków NFZ związanych z finansowaniem tych świadczeń*, [online:] <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=8&dzialnr=2&artnr=4092>
- [19] Rosenberg M., *The Geriatric Emergency Department*, [online:] www.theurgentmatters.org/webinars
- [20] Clark D. E., Chu M.K., *Increasing importance of the elderly in a trauma system*, „The American Journal of Emergency Medicine” 2002, nr 20(2), s. 108–111.
- [21] *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. 2010 emergency department summary tables*, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta 2013, s. 1–2.
- [22] Rosenberg M., Rosenberg L., *Geriatric emergency department* [w:] Kahn J.H., Magauran B.G., Olshaker J.S., *Geriatric Emergency Medicine. Principles and practice*, Cambridge University Press, Cambridge 2014, s. 12–13.
- [23] Rust G., Ye J., Baltrus P. i wsp., *Practical barriers to timely primary care access. Impact on adult use of emergency department services*, „Archives of Internal Medicine” 2008, nr 168 (15), s. 1705–1710.
- [24] Hwang U., Sash M. N., Han J. H. i wsp., *Transforming emergency care for older adults* [online:] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070367/>
- [25] Hwang U., Morrison R.S., *The geriatric emergency department*, „Journal of the American Geriatrics Society” 2007, nr 55 (11), s. 1873–1876.
- [26] Bień B., Przydatek M., *Wielkie problemy geriatryczne: I. Nietrzymanie moczu*, „Medycyna Rodzinna” 2000, nr 2, s. 45–46.
- [27] Gryglewska B., Głuszewska A., Górski S., *Ocena w skali VES-13 starszych chorych przyjmowanych na szpitalny oddział chorób wewnętrznych*, „Gerontologia Polska” 2013, t. 21, nr 2, s. 48–53.
- [28] Żakowska-Wachelko B, Pędich W., *Pacjenci w starszym wieku*, PZWL, Warszawa 1995, s. 150–153.

- [29] Wdowiak L, Budzyńska-Kapczuk A., *Wielkie problemy geriatryczne – zaburzenia mobilności, równowagi i upadki*, „Pielęgniarka i Położna” 2004, nr 8, s. 20–25.
- [30] Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K., Marzec A., *Wybrane problemy zdrowotne w populacji osób starszych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2005, LX, SUPPL. XVI, 30; SECTIO D, s. 134–135.
- [31] Krzyżowski J., *Psychogeriatrya*, Medyk, Warszawa 2004, s. 10–20.
- [32] Wojszel Z.B., Bień B., Przydatek M., *Wielkie problemy geriatryczne: III. Zespoły otępienne*, „Medycyna Rodzinna” 2001, nr 3–4 s. 162–168.
- [33] Gabryelewicz T., *Rozpowszechnienie zespołów otępiennych*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 1999, supl. 1, s. 11–17.
- [34] Banaszekiewicz K., *Otępienie naczyniopochodne*
- [35] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski S., *Organiczne zaburzenia psychiczne* [w:] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J. i wsp., *Psychiatria*, t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 43–98.
- [36] Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz P., *Psychiatria*, PZWL, Warszawa 2008 r. [37] Rudnicka-Drożak E., Rybojad B., *Depresja – jeden z wielkich problemów geriatrycznych w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, „Medycyna ogólna” 2010, nr 16 (2), s. 131.
- [38] Kałucka S., *Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznawanie i leczenie*, „Geriatrya” 2014, nr 8, s. 240–247.
- [39] OECD Poland [online:] <http://www.oecd.org/poland/>
- [40] Inouye S.K., Sidney T., Bogardus Jr. i wsp., *A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients*, „The New England Journal of Medicine” 1999, nr 340, s. 669.
- [41] Chassagne P., Landrin I., Neveu C. i wsp., *Fecal incontinence in the institutionalized elderly. Incidence, risk factors and prognosis*, „The American Journal of Medicine” 1999, nr 106, s. 185–190.

- [42] Bień B., Przydatek M., *Wielkie problemy geriatryczne: I. Nietrzymanie moczu*, „Medycyna Rodzinna” 2000, nr 2, s. 45–46.
- [43] Bielecki K., Trytko I., *Nietrzymanie stolca u ludzi w wieku podeszłym*, „Postępy Nauk Medycznych” 2008, nr 12, s. 783–792.
- [44] Donnelly V.S., O’ Herlihy C., Campbell D.M., *Postpartum cefal incontinence is more common in women with irritable bowel syndrome*, „Diseases of the Colon & Rectum” 1998, nr 41, s. 588–589.
- [45] Nelson R.L., *Epidemiology of Fecal Incontinence*, „Gastroenterology” 2004, nr 126, s. 3–7.
- [46] Nelson R.L., Norton N., Cautley R., *Community-based prevalence of annal incontinentance*, „JAMA” 1995, nr 275, s. 559–561.
- [47] Wójcikowska-Mach J., Heczko P., *Problem nietrzymania moczu i stolca a zakażenia u chorych hospitalizowanych oraz pensjonariuszy domów opieki długoterminowej*, „Problemy pielęgniarstwa” 2009, nr 17 (3), s. 246–249.
- [48] Nelson R.L., Norton N., Cautley R., *Community-based prevalence of annal incontinentance*, „JAMA” 1995, nr 275, s. 562.
- [49] Skalska A., *Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, nr 1, s. 50–59.
- [50] Cruickshanks K.J., Wiley T.L., Tweed T.S. i wsp., *Prevalence of hearing loss in older adults in Beaver Dam, Wisconsin. The Epidemiology of Hearing Loss Study*, „American Journal of Epidemiology” 1998, nr 148 (9), s. 879–886.
- [51] Lee F.S., Matthews L.J., Dubno J.R. i wsp., *Longitudinal study of pure-tone thresholds in older persons*, „Ear and Hearing” 2005, nr 26 (1), s. 1–11.
- [52] Durga J., Verhoef P., Anteunis L.J. i wsp., *Effects of folic acid supplementation on hearing in older adults: a randomized, controlled trial*, „Annals of Internal Medicine” 2007, nr 146 (1), s. 1–9.

- [53] Walling A.D., Dickson G.M., *Niedosłuch u osób starszych*, „Lekarz Rodzinny” 2012, nr 10, s. 182.
- [54] Cielecka-Piontek J., Rajska-Neumann A., Wieczorowska-Tobis K., *Wielolekowość w populacji geriatrycznej*, „Nowiny Lekarskie” 2006, nr 75 (1), s. 13–17.
- [55] Bischoff-Ferrari H.A., Willett W.C., E. Orav J. i wsp., *A pooled analysis of vitamin D dose requirements for fracture prevention*, „The New England Journal of Medicine” 2012, nr 367, s. 40–49.
- [56] *Bezpieczeństwo farmakoterapii w starszym wieku* [online:] http://konferencje.pzwl.pl/download/geriatria/bezpieczenstwo_farmakoterapii_w_starszym_wieku.pdf
- [57] Wojszel Z.B., Bień B., Przydatek M., *Wielkie problemy geriatryczne: III. Zespoły otępienne*, „Medycyna Rodzinna” 2001, nr 3–4, s. 162–168.
- [58] Karinkanta S. i wsp., *Kombinacja odpowiednich ćwiczeń zapobiega upadkom u starszych kobiet*, „Geriatrics” 2015, nr 2.
- [59] Szpiringer M., Wybraniec-Lewicka B., Czerwiak G., *Upadki i urazy wieku geriatrycznego*, „Studia Medyczne” 2008, nr 9, s. 77–81.
- [60] Klukowski K., *Zdolność wysiłkowa osób w starszym wieku* [w:] Zembaty A. (red.) *Kinezyterapia*, Kasper, Kraków 2003, s. 152–157.
- [61] Siris E.S., Adler R., Bilezikian J. i wsp., *Kliniczne rozpoznanie osteoporozy*, „Medycyna praktyczna” 2015, nr 4, s. 49.
- [62] Tang G.D., Eslick, C., Nowson i wsp., *Use of calcium or calcium in combination with vitamin D supplementation to prevent fractures and bone loss in people aged 50 years and older: a meta-analysis*, „The Lancet” 2007, nr 370, s. 657–666.
- [63] Bischoff-Ferrari H.A., Orav E.J., Dawson-Hughes B., *Effect of cholecalciferol plus calcium on falling in ambulatory older men and women. A 3-year randomized controlled trial*. „Archives of Internal Medicine” 2006, nr 166, s. 424–430.

- [64] Jackimczyk K.C., *Medycyna ratunkowa wieku podeszłego* [w:] Markovchick V.J., Pons P.T., Bakers K.M., *Medycyna ratunkowa w pytaniach i odpowiedziach*, MediPage, Warszawa 2016, s. 46.
- [65] Criddle L.M., *Geriatric trauma* [w:] Hammond B.B., Zimmermann P.G. i wsp., *Sheehy's Manual of Emergency Care*, St. Louis 2013, s. 475–480.
- [66] Criddle L.M., *5-year survival of geriatric patients following trauma center discharge*, „Advanced Emergency Nursing Journal” 2009, nr 31 (4), s. 323–336.
- [67] Bender B.S., *Infectious disease risk in the elderly*, „Immunology and Allergy Clinics of North America” 2003, nr 23 (1), s. 57.
- [68] Hugh T., Hines L.E., McEvoy G. i wsp., Tilson, Lisa E. Hines, Gerald McEvoy, i wsp., *Recommendations for selecting drug-drug interactions for clinical decision support*, „American Journal of Health-System Pharmacy” 2016, nr 73 (8), s. 576–585.
- [69] Delgado S.E., Montero E.B., Munoz G.M. i wsp., *Improving drug prescribing in the elderly: a new edition of STOPP/START criteria*, „Revista Española de Geriatria y Gerontología” 2015, 50 (2), s. 89–96.
- [70] Buajordet J., Ebbesen J., Erikssen J. i wsp., *Fatal adverse drug events; the paradox of drug treatment*, „Journal of Internal Medicine” 2001, nr 250, s. 327.
- [71] Żak M., *Leczenie ruchem osób w starszym wieku z różnymi dysfunkcjami*, „Geriatria” 2016, nr 1.
- [72] De Saint-Hubert M., Schoevaerds D., Cornette P. i wsp., *Predicting functional adverse outcomes in hospitalized older patients. A systematic review of screening tools*, „The Journal of Nutrition Health and Aging” 2010, nr 14, s. 394–399.

ANNA MAŁECKA-DUBIELA

ORCID 0000-0003-4513-2122

*Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego, Gdański
Uniwersytet Medyczny*

BEATA CHILIMONIUK

ORCID: 0000-0002-2630-9941

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

LUCYNA SZYMANKIEWICZ

ORCID: 0000-0002-0054-9920

SOR – ZZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim

Pielęgniarka ratunkowa – rola, zadania, współczesne zagrożenia

Streszczenie

Pielęgniarstwo ratunkowe jest najmłodszą dziedziną pielęgniarstwa. Pielęgniarka systemu pracuje w zespołach ratownictwa medycznego, w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz centrach powiadamiania ratunkowego. Celem pracy jest przedstawienie zadań pielęgniarki w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę, praca jej jest ogromnie wyczerpująca i odpowiedzialna. Często jako pierwsza osoba medyczna ma kontakt z pacjentem i to ona decyduje o wstępnym postępowaniu z chorym zarówno na miejscu zdarzenia jak i w szpitalnym oddziale ratunkowym. Pielęgniarka systemu w swojej pracy jest narażona na czynniki szkodliwe: biologiczne, chemiczne, fizyczne, psychospołeczne.

Słowa kluczowe

pielęgniarka ratunkowa, segregacja medyczna, zespół ratownictwa medycznego, triage.

Emergency nurse – role, tasks, contemporary threats

Summary

Emergency nursing is the youngest field of nursing. The system nurse works in emergency medical teams, in hospital emergency departments and public-safety answering point, PSAP. The aim of the work is to present the tasks of a nurse in the system of the State Medical Rescue. The nurse plays a significant role, her job is extremely exhausting and responsible. Often, she is the first medical person to have contact with the patient and it is she who decides about the initial treatment of the patient both on the scene and in the emergency department of the hospital. In her work, the system nurse is exposed to harmful factors: biological, chemical, physical, psychosocial.

Keywords

emergency nurse, medical segregation, emergency medical team, triage.

Wstęp: Pielęgniarka ratunkowa pracuje w systemie państwowego ratownictwa medycznego, w jednostkach systemu. W zespole ratownictwa medycznego może pełnić funkcję kierownika zespołu lub być jego członkiem. W specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego jest członkiem zespołu i współpracuje z lekarzem systemu. W szpitalnym oddziale ratunkowym pracuje na różnych stanowiskach w zależności od obszaru. W obszarze segregacji medycznej, rejestracji

i przyjęć pełni funkcję pielęgniarki triage, jest to najbardziej odpowiedzialna i samodzielna rola.

Cel: Przedstawienie pracy pielęgniarki w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Wnioski: Od pielęgniarki ratunkowej oczekuje się samodzielnego planowania, realizowania zadań diagnostycznych, leczniczych, opiekuńczych oraz edukacyjnych. Pielęgniarka ratunkowa ma obowiązek ustawicznego zdobywania wiedzy oraz nabywania umiejętności w toku kształcenia podyplomowego. Współczesne zagrożenia w pielęgniarstwie ratunkowym to: niedobory kadry pielęgniarskiej, agresja pacjentów wobec personelu, wypalenie zawodowe.

Pielęgniarstwo jest to zawód medyczny, który skupia się przede wszystkim na holistycznym podejściu do pacjenta w opiece nad nim. Podstawowym aktem prawnym stanowiącym o wykonywaniu zawodu jako profesji jest Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2021 r. poz. 479, 1559.). Określa ona zasady wykonywania zawodu pielęgniarki, jej samodzielności, uzyskiwania prawa wykonywania zawodu oraz kształcenia podyplomowego. W Polsce uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki miały osoby, które ukończyły średnią szkołę pielęgniarstwa – 5-letnie liceum medyczne – lub studium zawodowe – medyczną szkołę policealną. Ten system kształcenia pielęgniarzek trwał do 2003 roku. Obecnie żeby otrzymać tytuł pielęgniarki, osoby muszą mieć ukończone studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwa uczelni wyższych [1]. Po ukończeniu szkoły i zdobyciu tytułu pielęgniarka ma obowiązek ustawicznego kształcenia i zdobywania większych uprawnień poprzez uczestnictwo w kształceniu podyplomowym (kursy specjalistyczne, kwalifikacyjne oraz szkolenie specjalizacyjne) w zależności od specyfiki stanowiska pracy. W zależności od ukończonego kursu pielęgniarka uzyskuje dodatkowe

kwalifikacje, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497) [2].

Początek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce rozpoczął się pod koniec lat 90. XX wieku. Proces ten odbywał się wieloetapowo, a wzorowany był na doświadczeniach innych państw. W roku 1999 został wprowadzony program polityki zdrowotnej: „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”, którego realizację określono na lata 1999–2003. Podstawą prawną regulującą organizację i funkcjonowanie ratownictwa medycznego jest Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Jednostkami systemu są: szpitalne oddziały ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego, lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Szpitalne oddziały ratunkowe były tworzone i przekształcane z dawnych izb przyjęć. Do pracy w systemie państwowego ratownictwa medycznego zostali zobligowani: lekarz systemu, pielęgniarka systemu oraz ratownik medyczny. Według Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym pielęgniarką systemu jest pielęgniarka/pielęgniarz, którzy ukończyli lub są w trakcie kursu specjalizacyjnego z dziedziny pielęgniarstwa ratunkowego, z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub z dziedziny pielęgniarstwa chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego albo ukończyli kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa ratunkowego, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarstwa chirurgicznego, pediatrycznego oraz kardiologicznego. Dodatkowo pielęgniarka systemu musi posiadać 3-letni staż pracy w jednostkach systemu [3].

Najnowsze dane wskazują, że w 2020 roku w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego pracowało 6053 pielęgniarek i pielęgniarzy. 4931 pielęgniarek i pielęgniarzy obejmowało stanowiska w szpitalnych oddziałach ratunkowych, dyspozytorniach, centrach powiadamiania ratunkowego, 1122 pielęgniarek i pielęgniarzy pracowało w zespołach ratownictwa medycznego oraz w lotniczym pogotowiu ratunkowym. W zależności od stanowiska, na którym pracuje pielęgniarka, pełni różne funkcje.

Personel pielęgniarzki, pracując w dyspozytorniach medycznych, przyjmuje powiadomienia o zdarzeniach. Pracują według procedur, standardów. Jest to jedno z najbardziej odpowiedzialnych stanowisk w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pielęgniarka, przyjmując zgłoszenie o zdarzeniu, możliwie jak najszybciej musi podjąć decyzję o wyborze i zadysponowaniu odpowiedniego zespołu ratownictwa medycznego. Udziela porad i instrukcji świadkom zdarzenia do momentu przyjazdu wykwalifikowanych zespołów ratownictwa medycznego. W zespołach wyjazdowych, w zależności od zespołu wyjazdowego, pełni rolę kierownika zespołu lub członka zespołu. Jako kierownik w zespole podstawowym ma za zadanie sprawdzić skład osobowy ambulansu. Przedstawia plan pracy członkom zespołu, przekazuje gotowość do pracy zespołu dyspozytorowi. Na miejscu zdarzenia bierze odpowiedzialność za działania całego zespołu, upewnia się, czy jest bezpiecznie, żeby można było podjąć działania medyczne. Przeprowadza wywiad od poszkodowanego, rodziny lub świadków zdarzenia. Dokonuje oceny stanu poszkodowanego i udziela pierwszej pomocy. Podejmuje decyzje o wdrożeniu procedur medycznych w zależności od stanu poszkodowanego. Stosuje wstępną diagnostykę oraz wstępne leczenie, wdrażając odpowiednie zabiegi i farmakoterapię. Decyduje o transporcie poszkodowanego do odpowiedniego szpitala. Udziela

informacji rodzinie pacjenta o stanie zdrowia oraz o szpitalu, do którego chory będzie przewieziony. Prowadzi dokumentację medyczną obowiązującą w zespołach ratownictwa medycznego. W szpitalnym oddziale ratunkowym przekazuje pacjenta wraz z dokumentacją medyczną pielęgniarkce triage lub lekarzowi systemu. Jako członek zespołu może pracować w zespole ratownictwa medycznego w systemie podstawowym albo w systemie specjalistycznym, współpracując z lekarzem systemu. Przygotowuje i sprawdza, czy wszystkie środki oraz leki znajdują się w ambulansie. Kontroluje sprawność i kompatybilność sprzętu (respirator, defibrylator). Sprawdza termin ważności leków i materiałów opatrunkowych. Wykonuje zadania na miejscu zdarzenia w różnych okolicznościach na podstawie procedur i określonych standardów zgodnie z aktualną wiedzą. Wykonuje następujące czynności: rozpoznanie wstępne stanu pacjenta, mierzenie parametrów życiowych, zakładanie wkłucia obwodowego dożylnego, podawanie leków, asystowanie przy wykonywaniu czynności i zabiegów ratunkowych. Pielęgniarka bierze udział w procesie ustalenia wstępnej diagnozy i we wstępnym leczeniu. Dbą o bezpieczny transport pacjenta do odpowiedniego oddziału ratunkowego. Dokonuje dekontaminacji pojazdu.

Organizację i funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 roku w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2019 poz. 1213) [4]. Pielęgniarka systemu, pracując w szpitalnym oddziale ratunkowym, pełni różne funkcje w zależności od obszaru. Najbardziej odpowiedzialnym stanowiskiem w SOR-ze jest stanowisko pielęgniarki triagowej, które znajduje się w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć. Pielęgniarka triage jako pierwsza ma kontakt z pacjentem, który został przewieziony do SOR-u przez zespoły ratownictwa medycznego,

przybył do oddziału o własnych siłach bądź został przywieziony przez rodzinę. Dokonuje ona pomiarów parametrów życiowych chorego. Przeprowadza wywiad z pacjentem oraz z członkami ZRM i rodziną pacjenta. Dokonuje badania fizykalnego. W zależności od stanu pacjenta nadaje odpowiedni priorytet pilności według następującego schematu:

System triage (jaki jest czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem):

- Czerwony – pomoc natychmiastowa
- Pomarańczowy – bardzo pilna – do 10 minut
- Żółty – pilna do 60 minut
- Zielony – odroczone do 120 minut
- Niebieski – wyczekująca do 240 minut

W zależności od stanu pacjent będzie przekazany do odpowiedniego obszaru. W systemie segregacji kolor czerwony lub pomarańczowy oznacza, że pacjent zostanie przekazany do obszaru resuscytacyjno-zabiegowego. W innych sytuacjach chory zostanie przekazany do obszaru konsultacyjnego. Pielęgniarka triagowa w sytuacji zdarzeń masowych, katastrof jest zobowiązana do natychmiastowego dokonania wstępnej segregacji medycznej poszkodowanych znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Przekazuje lekarzowi dyżurnemu informacje o stanie pacjenta, który jest transportowany lub przybył do oddziału. Współpracuje z zespołem terapeutycznym, z personelem medycznym innych oddziałów szpitalnych, z CPR-em, z zespołem ratownictwa medycznego, z lotniczym zespołem ratownictwa medycznego. Koordynuje w pracach nad zapewnieniem sprawnego, bezpiecznego transportu pacjentów do innych obszarów lub oddziałów szpitalnych. W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć powinno być zorganizowane dodatkowe stanowisko dla pielęgniarki prowadzącej retriage. Segregacja medyczna jest procesem dynamicznym, co oznacza, że wymaga ona stałej weryfikacji.

W trakcie oczekiwania na kontakt z lekarzem stan pacjenta może ulec poprawie lub pogorszeniu, dlatego ważne jest częste monitorowanie parametrów życiowych pacjenta przez pielęgniarkę i uchwycenie zmian zwłaszcza wynikających z pogorszenia się stanu zdrowia chorego.

Obszar konsultacyjny może być podzielony na: obszar konsultacji chirurgicznej, internistycznej, pediatrycznej i neurologicznej. W tym obszarze pielęgniarka ratunkowa bierze udział w badaniu lekarskim i konsultacjach specjalistycznych w zależności od potrzeb chorego. Przeprowadza wywiad z pacjentem oraz rodziną chorego. Wykonuje zabiegi medyczne zgodne z obowiązującymi procedurami, pobiera materiał do badań laboratoryjnych, rozpoznaje pierwszoplanowe problemy pielęgnacyjne pacjenta. Zwraca też uwagę na stan emocjonalny chorego związany z jego reakcją na pobyt w SOR-ze.

W obszarze resuscytacyjno-zabiegowym w zależności od stanu chorego oraz obrażeń bierze udział w ocenie ciężkości urazów według przyjętych skal, algorytmów. Współuczestniczy w resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej. Współuczestniczy w farmakoterapii, bierze udział w tamowaniu krwawień i krwotoków zewnętrzných. Dokonuje pomiarów podstawowych parametrów życiowych i ich oceny. Monitoruje czynności życiowe chorego. Bierze udział w przeprowadzeniu badania fizykalnego. Współuczestniczy w ustaleniu diagnozy, w prowadzeniu leczenia. Przygotowuje pacjenta do badań specjalistycznych. Prowadzi bezpieczny transport chorego do pracowni diagnostycznych, na blok operacyjny lub do oddziałów szpitalnych. Zabezpiecza mienie pacjenta w depozycie szpitalnym.

W obszarze wstępnej intensywnej terapii prowadzi kontynuację diagnostyki. Kontynuuje resuscytację krążeniowo-oddechową, prowadzi terapię płynową. Bierze udział

w farmakoterapii. Rozpoznaje problemy pielęgnacyjne. W tym obszarze pacjent jest najczęściej nieprzytomny, na oddechu wspomaganym, często przebywa w śpiączce farmakologicznej. Do zadań pielęgniarki w tym obszarze należy: prowadzenie tlenoterapii, pielęgnowanie chorego wentylowanego mechanicznie, dbanie o prawidłową pracę respiratora. Pielęgniarka stale kontroluje parametry życiowe w zależności od potrzeb pacjenta. Wykonuje toaletę całego ciała, stosuje udogodnienia, wykonuje toaletę przeciwoleźną. Rozpoznaje problemy pielęgnacyjne. Sprawuje opiekę nad pacjentem, również nad terminalnie chorym, oraz rodziną pacjenta.

W skład obszaru terapii natychmiastowej wchodzi: sala zabiegowa oraz sala zakładania opatrunków gipsowych. Do zadań pielęgniarki w tym obszarze należy asystowanie podczas wykonywania zabiegów chirurgicznych, ocena stanu pacjenta podczas wykonywania drobnych zabiegów chirurgicznych oraz krótkotrwałego znieczulenia dożylnego. Uczestniczy w zakładaniu opatrunków gipsowych. Dobiera sposoby opatrywania ran oparzeniowych, owrzodzeniowych. Wykonuje doraźną i zewnętrzną stabilizację złamań u osób przygotowywanych do interwencji chirurgicznej. W obszarze obserwacyjnym pielęgniarka dokonuje obserwacji pacjentów w stanach zagrożenia zdrowotnego o różnej etiologii. Dokonuje oceny stanu ogólnego pacjenta na podstawie obserwacji bezpośredniej. Monitoruje i dokumentuje podstawowe parametry życiowe chorego. Wykonuje zabiegi lecznicze. Podaje leki i płyny infuzyjne. Pobiera materiał do badań laboratoryjnych. Rozpoznaje problemy pielęgnacyjne pacjenta. Prowadzi tlenoterapię. Współpracuje z rodziną pacjenta, zapewnia pacjentowi kontakt z najbliższymi. Prowadzi dokumentację medyczną. Pomaga w rozwiązywaniu problemów wynikających z indywidualnej reakcji pacjenta na udział w procesie leczniczym,

na ból i sytuację zdrowotną. Umożliwia kontakt z psychologiem lub duchownym w zależności od potrzeb pacjenta [5]. Od pielęgniarki ratunkowej oczekuje się samodzielnego planowania, realizowania zadań diagnostycznych, terapeutycznych, opiekuńczych oraz edukacyjnych. Specyfika pracy w systemie powoduje, że najczęściej wykonywane są zadania diagnostyczne i lecznicze. Natomiast zadania opiekuńcze i edukacyjne pielęgniarka wykonuje najczęściej w szpitalnych oddziałach ratunkowych w obszarze obserwacyjnym i obszarze wstępnej intensywnej terapii.

Współczesnym zagrożeniem dla pielęgniarstwa ratunkowego jest zdecydowanie coraz częściej spotykana agresja ze strony pacjentów oraz ich rodzin. Są to osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub dopalaczy. Zespoły ratownictwa medycznego, które przybywają na miejsce zdarzenia, mogą się spotkać z bezpośrednią agresją np. ze strony osób psychicznie chorych, również osób pod wpływem narkotyków lub alkoholu. Sytuacja jest szczególnie niebezpieczna, ponieważ w zespołach podstawowych najczęściej są 2 osoby. W oddziałach ratunkowych również coraz częściej spotykamy się z agresją pacjentów, jak również ich rodzin, zwłaszcza w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć. Najczęściej jest to agresja słowna i dotyczy zbyt długiego czasu oczekiwania.

Problemem, który coraz częściej jest widoczny, to brak kadry pielęgniarskiej. W 2020 roku wykazano niedobory 753 pielęgniarek – dla porównania w roku 2019 brakowało 217 pielęgniarek. Jest to sytuacja wzrostowa. Problem w pielęgniarstwie ratunkowym stanowi również występowanie wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego. Codzienne spotykание się z ludzkim cierpieniem, często również ze śmiercią, ogromny stres, agresja ze strony pacjentów i ich rodzin mogą spowodować wystąpienie u pielęgniarek objawów wypalenia zawodowego.

Czynnikami szkodliwymi, na które są narażone pielęgniarki ratunkowe, to czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne i psychospołeczne.

Pielęgniarki ratunkowe mają wiele możliwości zatrudnienia. Mogą pracować na różnych stanowiskach w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w zależności od ich preferencji i zainteresowań. Pielęgniarki systemu mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych.

Bibliografia

- [1] Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: *Procedury pielęgniarskie*, PZWL Warszawa 2021.
- [2] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U z 2017 poz.497).
- [3] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 Nr 191 poz. 1410).
- [4] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. u. z 2019 r. poz. 1213).
- [5] Kózka M., Maślanka M., Rumian B.: *Pielęgniarstwo ratunkowe*, PZWL Warszawa 2020.

MATEUSZ PAPLICKI

ORCID ID: 0000-0002-4169-9298

*Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

Rola ratownika medycznego w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego

Słowa kluczowe

ratownik medyczny, system Państwowego Ratownictwa Medycznego, pandemia COVID-19, bezpieczeństwo zdrowotne.

Streszczenie

Ratowanie życia i zdrowia ludzi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego to niewątpliwie zadanie publiczne, fakt ten został podkreślony w samej nazwie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Aktualne dane statystyczne dają podstawy do wyciągnięcia wniosku, że za kilka/kilkanaście lat ze względu na zbyt małą liczbę lekarzy medycyny ratunkowej/lekarzy sytemu nie będzie w ogóle specjalistycznych ZRM. Pandemia COVID-19 potwierdza braki kadrowe w systemie ochrony zdrowia i wzrost znaczenia zawodu ratownika medycznego. Jednak zbyt niskie stawki wynagrodzenia dla ratowników medycznych, mogą sprawić, że z sytemu PRM będą również odchodzić ratownicy medyczni, którzy ukończyli studia wyższe. Dlatego wymagane są pilne zmiany w systemie PRM, aby nie doszło do zachwiania funkcjonowania sytemu Państwowego

Ratownictwa Medycznego. Jeżeli tak się nie stanie, zabraknie w Polsce nie tylko lekarzy, ale również ratowników medycznych z najwyższymi kwalifikacjami.

The role of a paramedic in the Emergency Medical Service

Summary

Saving the life and health of people in states of sudden health emergency is undoubtedly a public task, this fact was emphasized in name of the State Medical Rescue System. The current statistical data give grounds to conclude that in a few / several years, due to the insufficient number of emergency medicine physicians/ system doctors, there will be no specialist EMS teams at all. The COVID-19 pandemic confirms staff shortages in the health care system and the growing importance of the paramedic profession. However, too low remuneration rates for paramedics may mean that paramedics who graduated from higher education will also leave the EMS system. Therefore, urgent changes to the EMS system are required in order not to disturb the functioning of the National Medical Rescue System. If this does not happen, not only will there be a shortage of physicians in Poland, but also paramedics with the highest qualifications.

Keywords

paramedic, National Emergency Medical Services, COVID-19 pandemic, health safety.

Wstęp

Od prawidłowego działania powołanego w 2006 r. systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego zależy, czy

w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego życie i zdrowie obywateli będzie chronione. Prawidłowe działanie systemu jest możliwe dzięki czynnikowi ludzkiemu tego systemu, do którego zaliczamy: lekarzy systemu, pielęgniarki systemu, ratowników medycznych oraz dyspozytorów medycznych. Ze względu na niedobory personelu medycznego w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza lekarzy, a szczególnie lekarzy posiadających specjalizację z medycyny ratunkowej, wzrasta rola i znaczenie ratowników medycznych. Może w niedługim czasie dojść do sytuacji, w której lekarzy będzie tak mało w systemie, że nie będą już mogli jeździć w zespołach ratownictwa medycznego, będą tylko pracować w szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie są najbardziej potrzebni. Dlatego w coraz większym stopniu ratownicy medyczni, szczególnie ci po studiach pierwszego stopnia, będą potrzebni do zabezpieczenia medycznego pacjentów na etapie pomocy przedszpitalnej. Obecna pandemia COVID-19 potwierdza tylko braki kadrowe i wzrost znaczenia zawodu ratownika medycznego.

Material i metody

Dokonano analizy literatury, piśmiennictwa oraz regulacji prawnych w zakresie zawodu ratownika medycznego z odniesieniem do szczególnych wymagań dla tego zawodu w czasach niedoboru personelu medycznego oraz pandemii COVID-19.

Wyniki

1. System Państwowego Ratownictwa Medycznego

Według internetowego *Słownika Języka Polskiego PWN* system to: „układ elementów mający określoną strukturę i stanowiący logicznie uporządkowaną całość”, czy „zespół

wielu urzędzeń, dróg, przewodów itp., funkcjonujących jako całość” [1].

Proces powstawania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego odbywał się w Polsce wieloetapowo [2]. Koncepcja obecnego systemu powstała na podstawie własnych doświadczeń (funkcjonowanie pogotowia ratunkowego, w tym Wojewódzkich Kolumn Transportu Sanitarnego), jak i została zaczerpnięta z wzorców z innych państw. Pierwszą inicjatywą mającą na celu utworzenie nowoczesnego i zintegrowanego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego podjęto w 1999 r. [3]. W latach 1999–2003 został wprowadzony w życie program „Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego”, na podstawie którego zaczęto prace nad pierwszą ustawą z zakresu ratownictwa medycznego. Dzięki tym pracom Sejm w dniu 25 lipca 2001 r. uchwalił pierwszą ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym [4]. Uchwalona ustawa z 2001 r. miała też widoczne efekty w postaci zwiększonej liczby dobrze wyposażonych i coraz lepiej wyszkolonych zespołów ratowniczych, które mogły zastąpić tzw. ogólne zespoły lekarskie. Zmieniono sposób dysponowania pomocą – zgłoszenia coraz częściej przyjmowali odpowiednio wyszkoleni dyspozytorzy medyczni pracujący w nowo powstałych Centrach Powiadamiania Ratunkowego (dalej CPR), a ciężko chorzy pacjenci coraz częściej mogli trafić do nowoczesnie zorganizowanych, wyposażonych i prowadzonych przez wyszkolonych fachowców szpitalnych oddziałów ratunkowych (dalej SOR) [5].

W ustawie z 2001 roku określono po raz pierwszy zasady organizacji, finansowania i funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (dalej system PRM). Zdefiniowano również wiele podstawowych pojęć z zakresu ratownictwa medycznego, takich jak: pierwsza pomoc, stan nagły, medyczne działania ratownicze czy dysponent jednostki. Jednostkami systemu ustawa uznawała

szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego (dalej ZRM). Po raz pierwszy określono również grupy zawodowe, których zadaniem miało być podejmowanie i realizowanie medycznych czynności ratunkowych. Do tej grupy zaliczano lekarzy ratunkowych, pielęgniarki ratunkowe i ratowników medycznych. Ustawa ta nie pozwoliła stworzyć sprawnie funkcjonującego ratownictwa medycznego ze względu na kryzys finansów publicznych, który dotknął tę sferę naszego państwa [6].

Obawa przed zachwianiem działalności ratownictwa medycznego, powodowana brakiem środków finansowych na ich realizację, doprowadziła do uchwalenia dnia 6 grudnia 2002 r. ustawy o świadczeniu usług ratownictwa medycznego [7]. Ustawa zawierała niespełna dwie strony tekstu i liczyła tylko osiem artykułów. Zadaniem nowej regulacji było przede wszystkim określenie sposobu i zasad finansowania działalności ZRM oraz zapewnienie środków na finansowanie działalności CPR [8]. Ustawa jednak nie wprowadzała żadnych istotnych nowych rozwiązań o charakterze systemowym, spowodowała jedynie oddalenie w czasie powstania sprawnego systemu ratownictwa w Polsce [6].

Dopiero na początku 2006 r. zespół ekspertów pod kierownictwem Jarosława Pinkasa, opracował wstępny projekt ustawy, który został następnie uchwalony jako ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [9] (dalej ustawa o PRM). Wprowadzona ustawa miała za zadanie przede wszystkim poprzez organizację systemu PRM usprawnić i przyspieszyć procedury ratujące życie i zdrowie. Kładła także nacisk na podnoszenie kwalifikacji pracowników poprzez ciągłe ich doskonalenie tak, aby skuteczniej nieść pomoc [6].

Ratowanie życia i zdrowia ludzi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego to niewątpliwie zadanie publiczne, fakt ten został podkreślony w samej nazwie Państwowe

Ratownictwo Medyczne. Organy państwa tworzą ten system i są zainteresowane jego prowadzeniem i efektywnym działaniem, a obywatele mają pełne prawo domagać się ze strony państwa określonych świadczeń pozytywnych, polegających na udzieleniu jej przez stworzony system PRM skutecznej pomocy wtedy, gdy znajdzie się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia [10].

W ramach systemu PRM funkcjonują (art. 2 ust. 2 pkt 1, 2 i 3 ustawy o PRM) organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu (minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda), dyspozytornie medyczne oraz jednostki organizacyjne systemu PRM, do których zaliczamy (art. 32 ust. 1 i 2 ustawy o PRM): szpitalne oddziały ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa.

Według artykułu art. 3 pkt 14a ustawy o PRM dyspozytornia medyczna to komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego, wskazana w wojewódzkim planie działania systemu, utworzona w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego [11], przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych.

Ponadto z systemem PRM współpracują służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wymienione w art. 15 ustawy o PRM. Jednostkami tymi są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego; jednostki organizacyjne Policji i Straży Granicznej; jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej; społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub

statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Z systemem mogą ponadto współpracować społeczne organizacje ratownicze, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem przez wojewodę w drodze decyzji administracyjnej, na swój wniosek i pod warunkiem spełnienia wymogów przepisu 17 ust. 3 ustawy o PRM.

Zgodnie z art. 18 ustawy o PRM właściwymi organami administracji rządowej w zakresie wykonywania zadań systemu zgodnie z ustawą o PRM jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda.

Rola ministra właściwego do spraw zdrowia w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego sprowadza się głównie do funkcji nadzorczej na terenie kraju oraz do wydawania licznych rozporządzeń, m.in. w sprawie: zakresu wiedzy i umiejętności niezbędnych do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy (art. 8 ust. 5 ustawy o PRM). Określa minimalne funkcjonalności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego „SWD PRM” (art. 24g ustawy o PRM) oraz formułuje szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych, szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych, szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych, minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych (art. 34 ustawy o PRM).

Do zadań wojewody jako terenowego organu administracji rządowej w województwie należy: planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem

PRM na terenie województwa. Jednym z najważniejszych zadań wojewody w ramach systemu PRM jest sporządzanie wojewódzkiego planu działania systemu. Zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy o PRM system Państwowego Ratownictwa Medycznego na obszarze województwa działa na podstawie tego planu.

2. Jednostki sytemu Państwowego Ratownictwa Medycznego

Zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy o PRM jednostkami systemu są:

- a) szpitalne oddziały ratunkowe,
- b) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (dalej LZRM).

Wymieniona w art. 32 ust. 1 lista jednostek systemu jest zamknięta i nie podlega żadnemu rozszerzeniu.

Według przepisów ustawy o PRM oraz przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego [12] (dalej rozporządzenia w sprawie SOR) szpitalny oddział ratunkowy jest to komórka organizacyjna szpitala [13], udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia (art. 3 pkt 8 ustawy o PRM).

Lokalizacja oddziału powinna zapewnić łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, zespołem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej. Mając te potrzeby na uwadze, oddział SOR zazwyczaj lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do oddziału, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielonym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Zgodnie z zapisami art. 33a ust. 1–5 ustawy o PRM w szpitalnym oddziale ratunkowym jest prowadzona segregacja medyczna, która przeprowadzana jest przez pielęgniarkę systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali. Do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (dalej TOPSOR), w którym są przetwarzane dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia pacjenta, oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym. Informacja o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom jest podawana na wyświetlaczu zbiorczym umieszczonym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

Zgodnie z par. 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;

- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Ponadto osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z oddziału do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorii pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej są określone w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, i podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej tego podmiotu i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (par. 6 ust. 11 i 12 rozporządzenia w sprawie SOR).

3. Zespoły ratownictwa medycznego

Zespoły ratownictwa medycznego to jednostki systemu, które podejmują medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Zespoły te zgodnie z art. 36 ustawy o PRM dzielą się na:

- a) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;

- b) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w nagłym stanie zagrożenia zdrowotnego specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego, spełniającym cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach, do najbliższego pod względem czasu dotarcia SOR-u lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpitalny oddział ratunkowy lub szpital wskazany przez dyspozytora doprowadza do zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy [2].

Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się z trzech osób, w tym co najmniej z jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. LZRM jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze [14] (art. 37 ust. 1 ustawy o PRM).

4. Centra urazowe

Przepisami ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym [15] powołano nową jednostkę systemu PRM – centrum urazowe. Do centrum urazowego trafiają osoby z najcięższymi urazami i zarazem mnogimi lub wielonarządowymi, którym pomocy

medycznej udzielają lekarze najwyższej klasy, posiadający tytuł specjalisty w określonej dziedzinie [16].

Za centrum urazowe uznajemy wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy. W części tej specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego (art. 3 pkt 11 ustawy o PRM). Szczegółowe wytyczne odnośnie centrum urazowego wydał Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego [17], analogiczne rozporządzenie Minister Zdrowia w sprawie centrum urazowego dla dzieci wydał dnia 25 stycznia 2016 r. [18].

Centrum urazowe zabezpiecza w zakresie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny.

Struktura, wymagania oraz sposób organizacji centrum urazowego dziecięcego są prawie identyczne jak w centrum urazowym „dla dorosłych” z zastrzeżeniem, że wszystkie wymienione elementy są przygotowane do leczenia pacjenta urazowego dziecięcego (zob. i por. art. 39e, 39f i 39g ustawy o PRM).

Z założenia centrum urazowe, w tym również centra urazowe dla dzieci, przyjmują, kompleksowo diagnozują i wielospecjalistycznie leczą pacjenta urazowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną z zakresu leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała. Wobec tych zadań przed centrami stawia się bardzo duże wymagania organizacyjne, techniczne i kadrowe, jakie muszą być spełnione, aby zapewnić kompleksową opieką zdrowotną o najwyższych standardach [16, 19].

5. Czynniki ludzki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego

Funkcjonowanie szpitalnego oddziału ratunkowego, zespołów ratownictwa medycznego czy jednostek współpracujących z systemem PRM jest oparte na elemencie osobowym tych jednostek, do którego zaliczamy: lekarzy systemu, ratowników medycznych, pielęgniarki systemu, ratowników oraz dyspozytorów medycznych, którzy dzięki odebraniu zgłoszenia alarmowego przez system powiadamiania ratunkowego uruchamiają w zależności od potrzeby jednostki systemu [2]. Tematyka opracowania oraz ograniczona objętość tego artykułu powoduje, że tylko zawód ratownika medycznego zostanie opisany, a osoby zainteresowane tą tematyką odsyłam do fachowej literatury.

Ustawodawca poświęcił jeden z rozdziałów ustawy o PRM ratownikom medycznym i ratownikom. W II rozdziale przepisy prawne rozstrzygają, kto może wykonywać zawód ratownika medycznego, na czym polega wykonywanie zawodu ratownika medycznego, gdzie może wykonywać zadania zawodowe (zob. art. 11, 11a i 11b ustawy o PRM). Dowiadujemy się również bardzo szczegółowo, w jaki sposób ratownik medyczny może się szkolić.

Informacje, jakie czynności może wykonywać ratownik medyczny, znajdziemy w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego [20], oraz w załącznikach do rozporządzenia w sprawie czynności ratunkowych, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego – załącznik nr 1; medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie lekarza – załącznik nr 2; świadczenia zdrowotne inne niż medyczne

czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego – załącznik nr 3; świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie lekarza – załącznik nr 4.

Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która spełnia wymagania art. 10 ustawy o PRM:

- a) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- b) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu,
- c) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożyła oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego”. Wymóg złożenia oświadczenia nie dotyczy osoby, która ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub studia w zakresie ratownictwa medycznego, które były prowadzone w języku polskim, lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej, kształcąca w języku polskim.
- d) spełnia następujące wymagania:
 - rozpoczęła przed dniem 1 października 2019 r. studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskała tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub
 - rozpoczęła po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce [21], i uzyskała tytuł zawodowy

licencjata oraz złożyła z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, zwany dalej PERM, lub

- rozpoczęła przed dniem 1 marca 2013 r. naukę w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownika medycznego, lub
- posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego i uzyskała prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
- posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej [22].

Ustawodawca poświęcił bardzo dużo miejsca w ustawie treściom dotyczącym szeroko pojętego kształcenia ratowników medycznych, co wpływa na zaburzenie jej czytelności,

a także powoduje obniżenie rangi tego aktu prawnego. Wiele z tych informacji powinno znaleźć się w np. rozporządzeniu o organizacji i przeprowadzeniu Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego.

6. Funkcjonowanie systemu PRM

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie na dzień 31 sierpnia 2021 r. mamy w Polsce 1 113 lekarzy medycyny ratunkowej, którzy wykonują swój zawód [23]. Szacuje się, że dla prawidłowego funkcjonowania systemu PRM niezbędna jest liczba ok. 3000 lekarzy posiadających specjalizację z medycyny ratunkowej [19], aby ten system mógł skutecznie funkcjonować [24].

Fakt ten jest niekorzystny dla pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ponieważ, aby odpowiednio zabezpieczyć potrzeby zdrowotne takich pacjentów, wymagana jest wiedza specjalizacyjna, jaką lekarz medycyny ratunkowej posiada. Obecna liczba lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej w skali kraju nie jest w stanie zabezpieczyć potrzeb zdrowotnych pacjentów, co stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli [2].

Potrzeby zdrowotne pacjentów w coraz większym stopniu są niezaspokojone (zwłaszcza w czasie pandemii COVID-19 wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2). Według danych GUS w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. nastąpił wzrost o 5,7 p.p. udziału wyjazdów do domu pacjenta w strukturze wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa medycznego. Zespoły ratownictwa medycznego w 2020 r. zrealizowały prawie 2,8 mln wyjazdów/wylotów na miejsce zdarzenia. Według stanu w dniu 31 grudnia 2020 r. w skład zespołów ratownictwa medycznego wchodziło 13 tys. pracowników – bez względu na formę zatrudnienia, dla których było to główne miejsce pracy (wzrost o 200 osób

w porównaniu z 2019 r.). Najliczniejszą grupę – prawie 11 tys. – stanowili ratownicy medyczni. Ponadto w ZRM pracowało ponad 1,1 tys. pielęgniarek systemu, blisko 500 lekarzy systemu i 400 innych osób. W porównaniu z 2019 r. odnotowano wzrost liczby ratowników medycznych o 600 osób [25]. Tendencja wzrostu liczby zatrudnienia ratowników medycznych utrzymuje się od kilku lat przy jednoczesnym spadku ogólnej liczby pracowników ZRM. Na przykład według stanu w dniu 31 grudnia 2017 r. liczba personelu medycznego wchodzącego w skład zespołów ratownictwa medycznego wyniosła 14,2 tys. pracowników (o 700 osób mniej w porównaniu z rokiem poprzednim) [26]. Pielęgniarek systemu oraz lekarzy systemu co roku jest mniej.

Ta sytuacja przekłada się na wzrost liczby podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. W ramach systemu PRM w 2020 r. funkcjonowało 1 581 zespołów ratownictwa medycznego (o 4 więcej niż przed rokiem), z czego 1 238 podstawowych i 343 specjalistycznych. Podobnie jak w latach ubiegłych utrzymuje się spadek liczby zespołów specjalistycznych przy jednoczesnym wzroście liczby zespołów podstawowych [25]. W 2016 r. pomocy udzielały 1492 zespoły ratownictwa medycznego, w tym 932 podstawowe i 560 specjalistyczne [27]. W ciągu 4 lat ubyło z systemu PRM 217 specjalistycznych (z lekarzem) zespołów ratownictwa medycznego.

Przedstawione dane statystyczne dają podstawy do wyciągnięcia wniosku, że za kilka/kilkanaście lat ze względu na zbyt małą liczbę lekarzy medycyny ratunkowej/lekarzy sytemu nie będzie w ogóle specjalistycznych ZRM. Do takiej sytuacji już w 2016 r. chciało doprowadzić Ministerstwo Zdrowia, przedstawiając projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 r. [28]. Zmianą treści przepisu art.

36 ust. 1 ustawy o PRM chciano wyeliminować lekarzy systemu ze składów zespołów ratownictwa medycznego, pozostawiając w systemie tylko podstawowe ZRM, oraz powołać działających okresowo motocyklowych zespołów ratownictwa medycznego [29].

W komentarzu do projektu pisano, że wyeliminowanie lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej z jednego z elementów systemu z ZRM to nie tylko złamanie zasady zaufania obywateli do państwa i prawa, ale również ewidentne osłabienie efektywności funkcjonowania systemu PRM w ratowaniu ludzi w nagłym zagrożeniu zdrowotnym. Z tego powodu regulacja ta może przyczynić się do pozbawienia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego przez obywateli, które zapewniał im sprawnie funkcjonujący system PRM [30].

Projekt z 2016 roku nie wszedł w życie ale może się okazać, że ze względu na brak odpowiednich zachęt do robienia specjalizacji z medycyny ratunkowej oraz do pracy w systemie PRM w ZRM nie będzie w przyszłości lekarzy. Lekarze medycyny ratunkowej/ lekarze systemu są bezwzględnie potrzebni do pracy w szpitalnych oddziałach ratunkowych, co przy małej ilości lekarzy w systemie PRM spowoduje, że odpowiednio wyszkoleni ratownicy medyczni będą musieli zastąpić lekarzy w ZRM.

W 2015 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,9 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem, natomiast ratowników z wyższym wykształceniem było 4,3 tys. (w tym 500 ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim) [31]. Podobnie kształtuje się sytuacja w 2018 r., gdy w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,7 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim było tyle samo. Ratownicy medyczni funkcjonujący w systemie PRM nadal w przeważającej części (58,2%) są absolwentami

szkół policealnych [32]. Przypomnijmy, że zdobycie uprawnień zawodowych w przypadku ratownika medycznego jest możliwe w drodze ukończenia studiów I stopnia na kierunku/specjalności ratownictwo medyczne. Jeszcze nie tak dawno dyplom ratownika medycznego można było uzyskać, kończąc 2-letnią szkołę policealną. Ostatni nabór do szkół policealnych kształcących w zawodzie ratownik medyczny odbył się w roku szkolnym 2012/2013 [32].

Wydaje się, że kolejna nowelizacja ustawy o PRM powinna skupić się na wyeliminowaniu z systemu PRM ratowników medycznych, którzy zdobyli tytuł ratownika medycznego po ukończeniu dwuletniej szkoły policealnej, co może dawać podstawy do kwestionowania ich kwalifikacji zawodowych zwłaszcza przez ratowników medycznych, którzy ukończyli studia wyższe I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne. Z tego powodu kolejna nowelizacja ustawy o PRM powinna dążyć do wyeliminowania najslabiej wyszkolonego personelu medycznego poprzez nakaz zatrudniania tylko ratowników medycznych po studiach wyższych [30].

Niepokoić może fakt, że dyrektorzy Pogotowia Ratunkowego nie chcą zatrudniać ratowników medycznych po studiach. Świadczy o tym od kilku lat stała i niska liczba zatrudnionych ratowników tak dobrze wykształconych. Zarządzający pogotowiem ratunkowym zamiast podnosić jakość funkcjonowania systemu, wolą zatrudniać ratowników medycznych po szkołach policealnych, ponieważ koszt ich zatrudnienia jest niższy. Działania te, motywowane chęcią zysku właścicieli ZRM, mogą zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli [2].

Obecnie – wrzesień 2021 r. – to czas strajków pracowników systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności ratowników medycznych. „Codziennie ryzykujemy zdrowie i życie. Chcemy otrzymywać za to godne pieniądze, a nie

głodowe stawki. Kiedy w szczycie pandemii byliśmy potrzebni, składano nam różne obietnice, teraz nic z tego nie zostało” [33]. Tak o swojej pracy wypowiadają się ratownicy z warszawskiego pogotowia, którzy dodają, że jeżeli nie dostaną podwyżek, zaczną masowo odchodzić z pracy i nie będzie komu jeździć karetką.

Strajk ratowników medycznych rozpoczął się już pod koniec czerwca 2021 r. Z tego powodu m.in. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Centrum Medycyny Ratunkowej im. T. Marciniaka we Wrocławiu dnia 21 lipca 2021 r. od godz. 18 na ponad tydzień całkowicie zamknięto SOR. Sytuacja spowodowana była nagłą absencją ponad połowy personelu medycznego oddziału – ratowników medycznych i pielęgniarek [34].

Protest ratowników medycznych przybiera na sile. Od 1 września 2021 r. do strajku przyłącza się coraz więcej osób, co przekłada się na znacznie mniejszą liczbę dostępnych ambulansów w całej Polsce. Według Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego niepokojąca sytuacja związana z brakiem obsady karetek może zostać częściowo rozwiązana dzięki skorzystaniu z ratowników pracujących w straży pożarnej albo w policji [35].

Inne doniesienia prasowe potwierdzają wcześniejszą tezę, że dyrektorzy pogotowia skupiają się tylko na dobrym wyniku finansowym pogotowia, a nie na odpowiednim wynagradzaniu pracowników pogotowia ratunkowego, chyba że mówimy o nich samych. Dyrektorzy są skłonni tylko samym sobie wypłacać premie za dobrą pracę, np. dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku otrzyma 51 tys. złotych. W Suwałkach premia dla dyrektora wyniesie 35 tys. złotych [36].

Pełnomocnik Rządu do spraw Państwowego Ratownictwa Medycznego, wiceszef Ministerstwa Zdrowia Waldemar Kraska potwierdza doniesienia o dużych zyskach

pogotowia, które nie są przeznaczane na podniesienie wynagrodzenia pracowników, podając przykład warszawskiego Meditransu, który wykazał zysk za ubiegły rok na poziomie 6 mln zł. Tylko w II kwartale 2021 r. zysk pogotowia we Wrocławiu to 2,5 mln zł, Białegostoku za I kwartał – blisko 2,5 mln zł, Łodzi – 1,7 mln zł, Poznania za II kwartał – 14 mln zł. Według pełnomocnika Kraski na 320 podmiotów, które świadczą usługi w ratownictwie medycznym w 2020 r., tylko dwa wykazały stratę – i to na poziomie kilku tysięcy. Waldemar Kraska dodaje, że wypracowane zyski powinny trafić do pracowników tych stacji [37].

Wnioski

Nie można doprowadzić do sytuacji zapaści systemu PRM ze względu na braki wykwalifikowanego personelu medycznego. Ministerstwo Zdrowia powinno podjąć odpowiednie kroki, aby godnie wynagradzać pracowników systemu ochrony zdrowia. Jeżeli tak się nie stanie, zabraknie w Polsce nie tylko lekarzy, ale również ratowników medycznych, którzy, jeżeli nic się nie zmieni, prawdopodobnie będą musieli zastąpić lekarzy w niesieniu pomocy przedszpitalnej. Kwestie finansowe nie rozwiążą jednak wszystkich problemów, dlatego, aby poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów było zapewnione, nie może dochodzić do sytuacji, w której pracownik systemu ochrony zdrowia, który ukończył szkołę policealną, zastępuje innego pracownika po 6-letnich studiach wyższych. Dlatego Ministerstwo Zdrowia, chcąc zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentom, powinno poprzez system zachęt zwiększyć liczbę lekarzy systemu PRM oraz ustawowo wyeliminować ratowników po szkołach policealnych, zaś ratownikom po studiach wyższych zapewnić odpowiednie warunki finansowe, aby także nie chcieli odchodzić z zawodu.

Bibliografia

- [1] Słownika Języka Polskiego PWN, hasło *system* [w:] <https://sjp.pwn.pl/slowniki/system.html>, dostęp 13.09.2021 r.
- [2] Paplicki, M., *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, Wrocław 2020, s. 167 i n.
- [3] Jarosławska-Kolman K., Ślęzak D., Żuratyński P., Krzyżanowski K., Kalis A., *System Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2016, nr 60/4, s. 171.
- [4] Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2001 r. Nr 113, poz. 1207 ze zm.).
- [5] A. Ryś, A., Żak, J., *Czy polskie ratownictwo medyczne zdąży się zmienić?* „Zdrowie i Zarządzanie” 2002, t. IV, nr 6, s. 98.
- [6] Skoczylas, J.J. *Prawo ratownicze*, wyd. 2, Warszawa 2011, s. 332 -333.
- [7] Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2002 r. Nr 241, poz. 2073 ze zm.)
- [8] Gałązkowski, R., *Ratownictwo Medyczne w Polsce. Komentarz do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Warszawa 2007, s. 9.
- [9] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 882).
- [10] Kocowski, T., Paplicki, M., *Ratownictwo medyczne – czy wyłącznie państwowe?*, [w:] J. Blicharz (red.), *Prawne aspekty prywatyzacji*, Wrocław 2012, s. 199.
- [11] Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (t.j. Dz.U. 2021 poz. 268)
- [12] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1213).
- [13] Mickiewicz, A., *Państwowe Ratownictwo Medyczne*, [w:] A. Mickiewicz, M. Bujnowska, J. Żółtańska, A. Wysowska, J. Adamiak, M. Wasilewski, *Medyczne czynności ratunkowe – podręcznik dla studentów ratownictwa medycznego*, Legnica 2014, s. 14.

- [14] Ustawa z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1970).
- [15] Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2009 r. Nr 122, poz. 1007).
- [16] Pochopień, P., *Komentarz do art. 39a*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Kraków 2013, s. 326–331.
- [17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego (Dz. U. z 2010 r. Nr 118, poz. 803).
- [18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci (t.j. Dz.U. 2020 poz. 1948).
- [19] Poździoch, S., *Komentarz do art. 3*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Kraków 2013, s. 74– 88.
- [20] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 2478).
- [21] Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. 2021 poz. 478).
- [22] Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1646).
- [23] Naczelna Izba Lekarska, *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu* [w:] https://nil.org.pl/uploaded_files/1631106091_zs-sierpien-2021-zestawienie-nr-04.pdf, dostęp 13.09.2021 r.
- [24] Poździoch, S., *Komentarz do art. 57*, [w:] S. Poździoch (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, wyd. 2, Kraków 2013, s. 420.

- [25] Źródło danych GUS, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2020 roku*, [w:] https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/14/5/1/pomoc_dorazna_i_ratownictwo_medyczne_w_2020_roku.docx, s. 1 - 3, dostęp 13.09.2021 r.
- [26] Źródło danych GUS, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2017 r.*, [w:] https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/14/2/1/pomoc_dorazna_i_ratownictwo_medyczne_w_2017_r.docx, s. 5, dostęp 13.09.2021 r.
- [27] Źródło danych GUS, *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2016 r.*, [w:] https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/14/1/1/pomoc_dorazna_i_ratownictwo_medyczne_w_2016_r.docx, s. 1, dostęp 13.09.2021 r.
- [28] Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 r., [w:] <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12290956/12384436/12384437/dokument249974.pdf>, dostęp 13.09.2021 r.
- [29] Puls Medycyny, *Zmiany w ratownictwie medycznym od 2020 roku. Nowością specjalne zespoły ratunkowe*, <https://pulsmedycyny.pl/zmiany-w-ratownictwie-medycznym-od-2020-roku-nowoscia-specjalne-zespoły-ratunkowe-980458>, dostęp 13.09.2021 r.
- [30] Kocowski, T., Paplicki, M., *Opinia dotycząca projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw w wersji z dnia 14 października 2016 roku*, Wrocław 15 IX 2016, [w:] <http://www.medycynaratunkowa.wroc.pl/wp-content/uploads/2019/11/Opinia-dotycząca-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-PRM-Wydział-PRawa-Administracji-i-Ekonomii-Institut-Nauk-Administracyjnych-2016.pdf>, s. 7 - 8, dostęp 13.09.2021 r.
- [31] Źródło danych GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, [w:] https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/6/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2015.pdf, s. 82, dostęp 13.09.2021 r.

- [32] Źródło danych GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, [w:] https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/9/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2018.pdf, s. 34 i 35, dostęp 13.09.2021 r.
- [33] Halicki, P., *Bunt w pogotowiu. „W szczycie pandemii byliśmy nazywani bohaterami, teraz jesteśmy jak niewolnicy”* [w:] <https://www.onet.pl/informacje/onetwarszawa/warszawa-bunt-w-pogotowiu-bylismy-bohaterami-teraz-jestesmy-jak-niewolnicy/0q2r7vb,79cfc278>, dostęp 13.09.2021 r.
- [34] A. Zwoliński, Ratownicy medyczni we Wrocławiu idą masowo na zwolnienia. Zamknięty SOR, [w:] *Gazeta Wrocławska*, [w:] <https://gazetawroclawska.pl/ratownicy-medyczni-we-wroclawiu-ida-masowo-na-zwolnienia-zamkniety-sor/ar/c1-15720786>, dostęp 13.09.2021 r.
- [35] Rynek Zdrowia, *Gdzie nie ma karetek? MAPA Trwa protest ratowników medycznych*, [w:] <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Gdzie-nie-ma-karetek-MAPA-Trwa-protest-ratownikow-medycznych,224693,14.html>, dostęp 13.09.2021 r.
- [36] Medexpress, *Są pieniądze na premie ale nie na podwyżki?*, [w:] <https://www.medexpress.pl/sa-pieniadze-na-premie-ale-nie-na-podwyzki/82624>, dostęp 13.09.2021 r.
- [37] Pieniążek-Osińska, B., *W.Kraska: na ukończeniu jest już nowa wycena dobokaretki*, [w:] *Polityka Zdrowotna*, [w:] <https://www.politykazdrowotna.com/76103,wkraska-na-ukonczeniu-jest-juz-nowa-wycena-dobokaretki>, dostęp 13.09.2021 r.

BEATA CHILIMONIUK

ORCID: 0000-0002-2630-9941

Zakład Ratownictwa Medycznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

MARIUSZ GONIEWICZ

ORCID: 0000-0002-3004-6195

Zakład Ratownictwa Medycznego Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ANNA MAŁECKA-DUBIELA

ORCID: 0000-0003-4513-2122

*Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego Gdański
Uniwersytet Medyczny*

Dyspozytor medyczny – kluczowe ogniwo systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego

Streszczenie

Dyspozytor medyczny odgrywa ważną rolę w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), ponieważ jest pierwszą osobą z kwalifikacjami medycznymi, z którą kontaktuje się świadek zdarzenia lub sam poszkodowany. Głównymi zadaniami dyspozytora medycznego jest przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego (ZRM). Ponadto w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia pełni kluczową rolę w pierwszym ogniwie „łańcucha przeżycia”, przekazując niezbędne informacje osobom udzielającym pierwszej pomocy.

Trwający od 2011 roku ogólnopolski proces reorganizacji systemu powiadamiania ratunkowego, oparty na koncepcji

tworzenia Skoncentrowanych Dyspozytorni Medycznych, przyczynia się do stopniowego zmniejszania ilości stanowisk dyspozytorów medycznych i osób wykonujących zadania na tym stanowisku (ratownik medyczny i pielęgniarka systemu).

Słowa kluczowe

dyspozytor medyczny, pielęgniarka ratunkowa, ratownik medyczny, scentralizowana dyspozytornia medyczna.

Medical dispatcher – the key link in the emergency medical system

Summary

The medical dispatcher plays an important role in the State Emergency Medical System (PRM) because he is the first person to contact for help. The main tasks of a medical dispatcher are receiving notifications of events, setting priorities and immediate dispatching of emergency medical teams. In addition, in immediate life-threatening situations, the dispatcher plays a key role in the first link in the survival chain, providing necessary information to first aid providers.

The nationwide process of reorganizing the emergency notification system, which has been ongoing since 2011, based on the concept of creating Concentrated Medical Dispatching Centers, contributes to a gradual reduction in the number of positions of medical dispatchers and people performing tasks in this position (paramedic and system nurse).

Keywords

medical dispatcher, emergency nurse, paramedic, centralized medical dispatching room.

Wprowadzenie

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) został powołany w celu realizacji zadań państwa z zakresu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom, a w szczególności udzielania pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia [1]. W ramach systemu działają organy administracji rządowej (minister właściwy do spraw zdrowia i wojewoda), szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego i dyspozytornie medyczne (DM) [2]. System PRM współdziała z systemem powiadamiania ratunkowego (SPR), którego zadania wykonują Centra Powiadamiania Ratunkowego (CPR). W zakresie ratownictwa medycznego szczególną rolę odgrywają dyspozytorzy medyczni, którzy w Polsce stanowią dość wąską „grupę zawodową” podlegającą ciągłym zmianom ilościowym i strukturalnym. Począwszy od roku 2011, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, rozpoczęto wdrażanie koncepcji konsolidacji stanowisk dyspozytorskich, koncentracji dyspozytorni medycznych i tworzenia dużych rejonów operacyjnych na terenie kraju. W związku z przyjętym kierunkiem zmian w obszarze reorganizacji systemu powiadamiania ratunkowego, wojewodowie rozpoczęli działania zmierzające do zmniejszania liczby dyspozytorni medycznych, ilości stanowisk dyspozytorów medycznych i osób wykonujących zadania na tym stanowisku (ratownik medyczny i pielęgniarka systemu).

Proces koncentracji dyspozytorni medycznych i tworzenia dużych rejonów operacyjnych ma potrwać do 1 stycznia 2028 roku. Zgodnie z tą koncepcją na każde województwo będzie przypadać jedna dyspozytornia medyczna, z wyłączeniem województw mazowieckiego i śląskiego, gdzie ze względu na znaczną liczbę mieszkańców przewiduje się

po dwie dyspozytornie medyczne. Docelowo łączna liczba skoncentrowanych, wielostanowiskowych dyspozytorni medycznych w Polsce ma wynieść 18 [3].

Dyspozytor medyczny w systemie ratownictwa medycznego

Centrum dyspozytorskie określane jest jako „serce” systemu ratownictwa medycznego [4], a dyspozytor medyczny uważany jest za najważniejszego „ratownika” do czasu przybycia na miejsce zdarzenia odpowiednich służb ratowniczych [5]. Często zdrowie i życie pacjenta czy poszkodowanego zależy od decyzji podejmowanych przez dyspozytora medycznego. Działania tej grupy zawodowej odgrywają kluczową rolę w prawidłowym funkcjonowaniu „łańcucha przeżycia” we wczesnym rozpoznaniu nagłego zatrzymania krążenia (NZK), zapewnieniu telefonicznego instruktażu prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) oraz zlokalizowaniu i zadysponowaniu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED ang. *Automated External Defibrillator*) [6]. Wczesna resuscytacja ma kluczowe znaczenie, ponieważ natychmiastowe podjęcie podstawowych czynności resuscytacyjnych (BLS ang. *Basic Life Support*) przez świadków zdarzenia zwiększa kilkakrotnie prawdopodobieństwo przeżycia poszkodowanego, u którego wystąpiło NZK [7]. Medyczne telefony alarmowe i interakcja pomiędzy dyspozytorem medycznym, świadkiem zdarzenia lub osobą wzywającą pomocy są kluczem w opiece przedszpitalnej oraz przyczyniają się do poprawy przeżywalności w pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia. Znaczenie tego związku jest coraz częściej poruszane w literaturze [8,9]. Do podstawowych zadań dyspozytora medycznego należy przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie

prioritytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) na miejsce zdarzenia, przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy, zbieranie i archiwizowanie aktualnych informacji, współpraca z podmiotami systemu PRM i jednostkami współpracującymi z systemem PRM [10]. Dyspozytor medyczny, realizując swoje zadania, musi wykazać się sprawnością nie tylko w zakresie obsługi urządzeń i środków łączności oraz systemu teleinformatycznego, ale również umiejętnością prowadzenia skutecznej rozmowy z osobami wzywającymi pomocy przez telefon, a w szczególności opanowania ich emocji. Podejmowanie decyzji jest nieodłącznym elementem pracy dyspozytora medycznego. W przypadku przyjęcia zgłoszenia ustala on prioritytety zgłoszeń, nadając im kod pilności, oraz określa rodzaj ZRM konieczny do zadysponowania na miejsce zdarzenia. Prowadzenie segregacji zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach jest najtrudniejszym i kluczowym elementem pracy dyspozytora medycznego [11].

Katalog zadań dyspozytorów medycznych jest dość szeroki i obejmuje dwie kategorie procedur: ramowe procedury przyjmowania, obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, a także ramowe procedury dysponowania zespołów ratownictwa medycznego. Dokumenty te mają wspomagać pracę dyspozytora medycznego z uwzględnieniem jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu oraz zapewnienie odpowiedniego sposobu obsługi tego zgłoszenia lub powiadomienia. Na podstawie zebranych informacji ustalany jest prioritytet wyjazdu i zadysponowanie na miejsce zdarzenia właściwego ZRM [12].

Istotnym elementem w pracy dyspozytora medycznego jest przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień

o zdarzeniach zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz zebranie wywiadu medycznego w oparciu o algorytm, a także zalecenia wynikające z wiedzy medycznej dotyczącej stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podjęcie decyzji przede wszystkim w momencie krytycznym opiera się nie tylko na wiedzy, doświadczeniu i intuicji, ale również na wykorzystaniu „zdrowego rozsądku“ dyspozytora medycznego [13,14,15]. Dyspozytor medyczny jest logistycznym koordynatorem całego systemu PRM. Podczas obsługi zdarzeń dyspozytor medyczny utrzymuje kontakt z kierownikiem ZRM, a jeżeli wymaga tego sytuacja powiadamia o zdarzeniu jednostki współpracujące z systemem PRM. Przekazuje kierującemu akcją medyczną niezbędne informacje ułatwiające prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia. Na żądanie kierownika ZRM, wskazuje Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) lub właściwy ze względu na stan zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego szpital, do którego ta osoba może być przewieziona. Jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, dyspozytor medyczny powiadamia SOR, centra urazowe (CU) lub jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego o transporcie poszkodowanego przez ZRM [16,17].

Kwalifikacje dyspozytora medycznego

Wymagania w zakresie kwalifikacji zawodowych osób pełniących funkcje dyspozytora medycznego, uwzględniające wykształcenie medyczne, staż pracy w ratownictwie oraz kursy specjalistyczne, ulegały zmianie na przestrzeni lat. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym określa, że „dyspozytorem medycznym może być osoba, która posiada:

- 1) pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
- 3) co najmniej 5-letnie doświadczenie w realizacji za-

dań na stanowisku dyspozytora medycznego lub w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala posiadającego oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej oraz oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii”. Dyspozytorem medycznym może być osoba, która nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu [18,19]. Mając na uwadze trudną i odpowiedzialną pracę dyspozytora medycznego, ustawodawca przyjął, że osoba analizująca wezwania i decydująca o zadysponowaniu ZRM powinna posiadać zarówno wykształcenie medyczne (pielęgniarska systemu, ratownik medyczny), jak i doświadczenie zawodowe na tym stanowisku lub w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych czy postępowaniu w stanach nagłych.

W ustawie o PRM zdefiniowano określenie „pielęgniarka systemu”. Według ustawy jest to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiada co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym [20].

Drugą grupą zawodową, której przedstawiciele mogą realizować zadania dyspozytora medycznego, są ratownicy medyczni. Historia powstania w Polsce zawodu

ratownika medycznego sięga początku lat 90. XX wieku. W 1994 roku pierwsi absolwenci otrzymali dyplomy ukończenia Medycznego Studium Zawodowego im. PCK w Poznaniu [21]. Zawód ratownika medycznego może być wykonywany przez osobę, która posiada pełną zdolność do czynności prawnych, stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu oraz znajomość języka polskiego. Ponadto osoba ta musi spełniać wymagania dotyczące wykształcenia i uzyskania tytułu ratownika medycznego zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym [22]. W obecnym stanie prawnym akceptuje się tytuł ratownika medycznego uzyskany po ukończeniu studiów wyższych I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne albo dwuletniej szkoły policealnej. Od 1 marca 2013 roku nie prowadzi się naboru do szkół policealnych kształcących w zawodzie ratownika medycznego. Obecnie w Polsce tytuł zawodowy i uprawnienia ratownika medycznego uzyskuje się po ukończeniu 3-letnich studiów licencjackich na uczelni o profilu medycznym.

Dyspozytor medyczny ma ustawowy obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Aktem prawnym, który reguluje zarówno formy doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych, jak również sposób i zakres przedmiotowego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 roku w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych. Zgodnie z tym rozporządzeniem doskonalenie zawodowe dyspozytorów medycznych może być realizowane w następujących formach kształcenia:

- kursu doskonalącego;
- seminarium.

Doskonalenie zawodowe realizowane jest w trzyletnich okresach rozliczeniowych i polega na odbyciu w okresie edukacyjnym co najmniej jednego kursu doskonalącego

i jednego seminarium oraz jednej z pozostałych form samokształcenia, o których mowa w paragrafie 2 pkt 2 i 3 cytowanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia [23].

Podsumowanie

Obecnie w Polsce realizowany jest – oparty na koncepcji tworzenia Skoncentrowanych Dyspozytorni Medycznych – proces reorganizacji systemu powiadamiania ratunkowego. W ramach procesu centralizacji znacząco zmniejszyła się liczba dyspozytorni medycznych, z 338 w 2011 roku do 27 (według stanu na dzień 1 kwietnia 2021 roku) [24, 25]. Proces koncentracji dyspozytorni medycznych i tworzenie dużych rejonów operacyjnych ma potrwać do 1 stycznia 2028 roku. Zgodnie z założeniami procesu reorganizacji systemu powiadamiania ratunkowego docelowo łączna liczba skoncentrowanych dyspozytorni medycznych w Polsce ma wynieść 18, co znacząco wpłynie na zmniejszenie ilości osób wykonujących zadania na stanowisku dyspozytora medycznego.

Bibliografia

- [1] Karski J, Nogalski A. Zasady organizacji struktur medycyny ratunkowej. W: Zawadzki A. (red.), Medycyna ratunkowa i katastrof. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2007: 350–351.
- [2] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2019 poz. 993), art. 2 ust. 2.
- [3] Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw. (Dz.U. 2018 poz. 1115, z późn. zm.) art. 25a ust. 1 i 2.

- [4] Chowaniec Cz, Łada M, Wajda-Drzewiecka K, et al. Problem odpowiedzialności dyspozytorów medycznych funkcjonujących w systemie ratownictwa medycznego. *Arch Med Sąd Kryminol* 2014; 64(1): 42 https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/133812/drzewiecki_et_al_problemi_odpowiedzialnosci_dyspozytorow_medycznych_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y Dostęp 20.01.2018.
- [5] Andres J. Wytyczne resuscytacji 2015. Polska Rada Resuscytacji, Europejska Rada Resuscytacji. Kraków 2016: 107.
- [6] Andres J. Wytyczne resuscytacji 2015. Polska Rada Resuscytacji. Europejska Rada Resuscytacji. Kraków 2016: 5–6.
- [7] Berdowski J, Beekhuis F, Zwinderman AH, et al.. Importance of the first link: description and recognition of an out-of-hospital cardiac arrest in an emergency call. *Circulation*. 2009; 119: 2096–2102 <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768325> Dostęp 20.12.2017.
- [8] Berdowski J, Beekhuis F , Zwinderman AH, et al. Importance of the first link: description and recognition of an out-of-hospital cardiac arrest in an emergency call. *Circulation*. 2009; 119: 2096–2102 <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768325> Dostęp 20.12.2017.
- [9] Andres J. Wytyczne resuscytacji 2015. Polska Rada Resuscytacji. Europejska Rada Resuscytacji. Kraków 2016: 5–6.
- [10] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2017 poz. 2195, z późn. zm.) art. 27 ust.1.
- [11] Chowaniec Cz, Łada M, Wajda-Drzewiecka K, Skowronek R, Drzewiecki A. Problem odpowiedzialności dyspozytorów medycznych funkcjonujących w systemie ratownictwa medycznego. *Arch Med Sąd Kryminol* 2014; 64(1): 36 [https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/133812/drzewiecki_et-al_problemi_odpowiedzialnosci_dyspozytorow_medycznych_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y] Dostęp 20.01.2018.

- [12] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz.U2019 poz.1703).
- [13] Bång A, Ortgren PO, Herlitz J, et al. Dispatcher-assisted telephone CPR: a qualitative study exploring how dispatchers perceive their experiences. *Resuscitation* 2002; 53(2): 135–151. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12009217/> Dostęp 12.12.2017.
- [14] Caceres JA, Adil MM, Jadhav V, et al. Diagnosis of Stroke by Emergency Medical Dispatchers and Its Impact on the Prehospital Care of Patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013; 22(8): 610–614. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24075587/> Dostęp 12.01.2018.
- [15] Gałązkowski R, Podgórski M, Balawajder S, et al. Procedury wspomagające podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów. Ministerstwo Zdrowia 2013. [http://ratunek24.pl/media/upload/Procedury dla dyspozytorów medycznych- całość](http://ratunek24.pl/media/upload/Procedury%20dla%20dyspozytor%C3%B3w%20medycznych-%20ca%C5%82o%C5%9B%C4%87.pdf). Dostęp 21.12.2017.
- [16] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. (Dz.U. 2019 poz. 993) art. 27 ust.1.
- [17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz.U. 2014 poz.66).
- [18] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017 poz. 2195, z późn. zm.) art. 26 ust.2 pkt. 4.
- [19] Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw. (Dz.U. 2018 poz. 1115, z późn. zm.) art. 26 ust.2 pkt.4.
- [20] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2019 poz. 993.) art. 3 pkt. 6.

- [21] Gałązkowski r. Ratownik medyczny – jego miejsce i rola w systemie ratownictwa. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004; 3(8): 35–42.
- [22] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U.2017 poz. 2195, z późn. zm.).
- [23] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych (Dz. U. 2017 poz.1620).
- [24] Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw. Druk nr 2137 cz. I. Uzasadnienie s. 2 <https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=2137> Dostęp 20.12.2018.
- [25] Dane z Ministerstwa Zdrowia Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności z dnia 23.03.2021

IWONA WILK

ORCID: 0000-0003-4914-8391

*Akademia Wychowania Fizycznego, Wydział Fizjoterapii, Wrocław
Wyższa Szkoła Medyczna, Kierunek Fizjoterapia, Kłodzko*

ELŻBIETA RAJKOWSKA-LABON

ORCID:0000-0003-1630-4335

Uniwersytet Medyczny, Wydział Fizjoterapii, Gdańsk

BARBARA NOWAK

ORCID:0000-0001-6683-6351

Praktyka Lekarza Rodzinnego, Wrocław

KRZYSZTOF KASSOLIK

ORCID: 0000-0003-2836-3703

Akademia Wychowania Fizycznego, Wydział Fizjoterapii, Wrocław

Model współpracy na linii lekarz rodzinny – fizjoterapeuta – pacjent podczas interwencji terapeutycznej

Streszczenie

W latach 2017–2019 w wyniku współpracy specjalistów z zakresu medycyny i fizjoterapii z wielu krajów Europy powstały rekomendacje dotyczące zasad realizacji świadczeń zdrowotnych przez lekarzy rodzinnych uwzględniających fizjoterapię pacjentów z dysfunkcją w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. W późniejszych latach podjęto działania mające na celu zastosowanie w praktyce założeń zawartych w opracowanych rekomendacjach w różnych krajach Europy. Obecnie rozpoczęto proces wdrożenia modelu ścisłej współpracy lekarza rodzinnego, fizjoterapeuty i pacjenta w procesie leczenia

i rehabilitacji w dysfunkcjach narządu ruchu we Wrocławiu. Każdy członek zespołu odgrywa inną, równie ważną rolę, każdy ma swoje zadanie do wykonania i każdy zyskuje określone korzyści.

Możliwość wdrożenia modelu współpracy, który umożliwia podjęcie szybkiej interwencji terapeutycznej, zapewnia łatwy dostęp do fizjoterapeuty, skraca okres oczekiwania na terapię, pozwala ograniczyć lub zlikwidować dolegliwości bólowe. Jednocześnie zapobiega dalszemu rozwojowi schorzenia, utrwała efekt terapeutyczny poprzez wprowadzenie edukacji i autoterapii pacjenta, znacznie ograniczając koszty leczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Opracowany model jest możliwy do realizacji, wdrożony w wielu placówkach przynosi zakładane efekty, stanowi dobry sposób współpracy i powinien być rozpowszechniany w wielu innych ośrodkach.

Słowa kluczowe

współpraca, fizjoterapia, lekarz rodzinny, dysfunkcje narządu ruchu

Model of cooperation among family doctor – physiotherapist – patient during therapeutic intervention

Summary

In the years 2017–2019, as a result of the cooperation of specialists in the field of medicine and physiotherapy from many European countries, recommendations were created regarding the rules for the implementation of health services by family doctors, including physiotherapy of patients with dysfunction in the musculoskeletal system. In the following years, measures were taken to apply in practice the assumptions contained in the developed recommendations in various European countries. Currently, the process of implementing a model of close

cooperation between a family doctor, a physiotherapist and a patient in the treatment and rehabilitation process in motor organ dysfunctions in Wrocław has begun. Each team member plays a different, equally important role, each has a task to do and each gains specific benefits.

The possibility of implementing a cooperation model that allows for quick therapeutic intervention, easy access to a physiotherapist, shortens the waiting period for therapy, and allows you to reduce or eliminate pain. At the same time, it prevents the further development of the disease, preserves the therapeutic effect by introducing patient education and self-therapy, significantly reducing the costs of treatment under the National Health Fund.

The developed model is feasible, implemented in many institutions brings the expected results, is a good way of cooperation and should be disseminated in many other centers.

Key words

cooperation, physiotherapy, family doctor, musculoskeletal dysfunction

Wstęp

Pierwsze wzmianki o zespołach medycznych dotyczyły współpracy lekarzy i pielęgniarek. Były one podstawą sprawowania opieki zdrowotnej niezależnie od rodzaju instytucji (szpital, przychodnia) czy oddziału (reumatologia, kardiologia, geriatryka), jak również w praktyce lekarza rodzinnego. Podkreślano, że dobra współpraca członków zespołów interdyscyplinarnych przekłada się na wysoką jakość opieki i świadczeń medycznych/leczniczych. Fundamentalną zasadą zespołu powinno być wzajemne uzupełnianie się w działaniu

dla dobra pacjenta, świadomość odmiennych, jasno określonych ról i zadań oraz znaczenie ich wykonania dla efektywności procesu leczenia. Zaufanie, wsparcie i zrozumienie potrzeb, wypracowanie dobrych relacji i komunikatywność wpływają istotnie na skuteczność i jakość świadczonych usług. Aby pracować skuteczniej, należy wspierać rozwój zespołów interdyscyplinarnych oraz edukować i promować działania profilaktyczne w celu zapobiegania chorobom, szczególnie w małych wiejskich placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) [1–2].

Kolejnym etapem rozwoju zespołów interdyscyplinarnych w podstawowej opiece zdrowotnej było zwiększanie grona członków i włączenie do nich fizjoterapeutów. Kanada, kładąca duży nacisk na zdrowy tryb życia i skuteczne zarządzanie chorobami przewlekłymi, jako jedna z pierwszych zauważyła potrzebę szerokiej gamy świadczeniodawców, w tym fizjoterapeutów jako członków POZ. Wkład i wartość fizjoterapeutów w zespołach podstawowej opieki zdrowotnej jest nieoceniona szczególnie w zakresie leczenia chorób przewlekłych narządu ruchu i zdrowia układu mięśniowo-szkieletowego oraz maksymalizacji wydajności zasobów ludzkich w służbie zdrowia, aby zapewnić właściwą opiekę we właściwym czasie [3–4].

Dolegliwości bólowe związane z układem mięśniowo-szkieletowym są powszechnym powodem wizyt pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej. Wśród najczęstszych problemów wymienia się bóle w obrębie kręgosłupa, stawów biodrowych i barkowych [5–7]. Przewlekły ból, który jest dominującym objawem fizycznym, wpływa bardzo intensywnie na inne aspekty życia: wykonywanie czynności dnia codziennego, pracę zawodową, spędzanie wolnego czasu, sen i życie towarzyskie. Ból ostry nagle i natychmiast wyklucza z wszelkiej funkcji zawodowej, rodzinnej czy towarzyskiej.

Niezależnie od rodzaju odczuwanego bólu zawsze dochodzi do obniżenia jakości życia [8–9].

Zarówno w krajach skandynawskich, jak i w całej Europie czy Stanach Zjednoczonych, koszty wynikające z niedyspozycji zawodowej pracowników w średnim i młodym wieku są niewyobrażalnie wysokie. Drugi bardzo ważny problem to ilość spożywanego przez pacjentów substancji farmakologicznych – leków przeciwbólowych przyjmowanych bez konsultacji, w sposób przewlekły, niejednokrotnie w za dużych dawkach.

Nie wszystkie przypadki dysfunkcji w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego wymagają zaawansowanej diagnostyki obrazowej, wizyty u specjalisty czy interwencji chirurgicznej. Zastosowanie specjalistycznej diagnostyki powinno być wdrożone w przypadku tych pacjentów, u których postępowanie fizjoterapeutyczne nie przyniosło efektów i należy rozważyć w ich przypadku leczenie operacyjne.

W Holandii, Nowej Zelandii czy Kanadzie funkcjonują wytyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia pacjentów z wybranymi dolegliwościami bólowymi w obrębie układu ruchu. Nieustannie są wdrażane standardy postępowania w bólach kręgosłupa czy w chorobach zwyrodnieniowych stawów biodrowych i kolanowych [10–12]. Wszyscy autorzy zgodnie twierdzą, że wskazanym jest zwiększać rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w leczeniu chorób układu mięśniowo-szkieletowego we współpracy z zespołem interdyscyplinarnym, a w nim z rehabilitantami.

Powyższe działania skłoniły zespół fizjoterapeutów i lekarzy medycyny rodzinnej w Polsce do podjęcia prób opracowania rekomendacji w postępowaniu w przypadku schorzeń układu ruchu [13–15].

Opracowane przez międzynarodowy zespół wytyczne i rekomendacje dotyczyły działań fizjoterapeutycznych

w podstawowej opiece zdrowotnej u pacjentów z dolegliwościami bólowymi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. Założenia miały na celu zwiększenie efektywności działań lekarza rodzinnego poprzez współpracę polegającą na wdrożeniu postępowania fizjoterapeutycznego w początkowym okresie występowania dolegliwości bólowych, trafnej diagnostyki i indywidualnie dobranej terapii, natychmiastowej interwencji fizjoterapeutycznej, form edukacji pacjenta i autoterapii utrwalającej efekt terapeutyczny. Autorzy opracowania podkreślali, że w każdej współpracy niezwykle ważna jest właściwa komunikacja, która ułatwia działanie, pozwala uniknąć nieporozumień, sprzyja rzetelności. Odpowiedzialność za powierzone zadania i umiejętność pracy w zespole pozytywnie wpłynie na efektywność terapii [13–15].

Cel

Celem pracy była prezentacja możliwości współpracy lekarza i fizjoterapeuty w procesie leczenia pacjentów z dysfunkcjami w obrębie układu ruchu.

Prezentacja wdrożenia opracowanych przez specjalistów standardów postępowania w jednej z placówek POZ na terenie Wrocławia.

Metoda i model współpracy

W prezentowanym modelu współpracy zespół składa się z lekarza medycyny rodzinnej pracującego w przychodni, fizjoterapeuty z wieloletnim doświadczeniem w pracy praktycznej z pacjentem, jednocześnie będącym pracownikiem dydaktyczno-naukowym uczelni wyższej, oraz pacjentów

z dysfunkcjami w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego. Każdy z członków zespołu ma do wykonania określone zadanie, ponosi pełną odpowiedzialność za powierzone działania, współpracuje z pozostałymi członkami dla osiągnięcia sukcesu terapeutycznego.

Lekarz dokonuje wstępnej diagnostyki i kwalifikuje pacjenta na rehabilitację. Fizjoterapeuta wykonuje diagnostykę dla potrzeb fizjoterapii, a następnie zabiegi z zakresu medycyny fizykalnej, kinezyterapii i masażu. Ponadto sporządza dokumentację z przebiegu terapii, edukuje pacjenta z zakresu prawidłowych nawyków ruchowych, prowadzi instruktaż dotyczący różnych form autoterapii. Przekazuje informację zwrotną z efektów prowadzonej terapii lekarzowi kierującemu. Fizjoterapeuta na każdym etapie działań może i konsultuje z lekarzem postępy w terapii lub brak efektów fizjoterapii, szukając najskuteczniejszych metod leczniczych. Pacjent natomiast angażuje się w proces leczenia, czynnie uczestniczy w terapii, aktywnie działa i pracuje samodzielnie w domu w celu utrwalenia efektu terapeutycznego. Określony podział ról, poprawne i rzetelne wykonanie zadań i poczucie pełnej odpowiedzialności za powierzone zadanie przez każdego z członków zespołu stanowi mocną stronę współpracy i przyczynia się do uzyskania sukcesu.

Lekarz dzięki współpracy owego zespołu ma możliwość zakończenia leczenia w przypadku pełnego sukcesu terapeutycznego lub jego kontynuację, gdy wymaga tego sytuacja. W przypadku braku efektów leczniczych może i podejmuje dalszą diagnostykę obrazową w kierunku schorzeń w obrębie innych układów niż narząd ruchu i wysyła pacjenta na konsultację do specjalisty.

Pacjent włączony do zespołu i uczestniczący aktywnie w jego działaniach zyskuje wiedzę z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia oraz umiejętności praktyczne poprzez

naucę wybranych form autoterapii. Ma możliwość korzystania z kompleksowej fizjoterapii, z zapewnieniem indywidualnego i holistycznego podejścia do tematu. Dzięki edukacji i pozyskanej umiejętności autoterapii w przyszłości może zapobiegać kolejnym incydentom bólowym.

Model współpracy na linii lekarz – fizjoterapeuta – pacjent umożliwia podjęcie szybkiej interwencji lekarskiej, zapewnia łatwy dostęp do fizjoterapeuty, znacznie skraca okres oczekiwania na terapię, zapewnia indywidualizację interwencji terapeutycznej. Pozwala ograniczyć lub zlikwidować dolegliwości bólowe, zapobiega w wielu przypadkach dalszemu rozwojowi schorzenia. Umożliwia włączenie i czynny udział pacjenta w procesie leczenia, utrwała efekt terapeutyczny poprzez samodzielną pracę pacjenta w domu i znacznie ogranicza koszty leczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) [13–15].

Powodzenie procesu rehabilitacji zależy od trafnej diagnostyki, szybkiego podjęcia działań, indywidualnego podejścia do pacjenta, proponowanych metod usprawnienia, a także od poziomu wiedzy pacjentów. Dlatego też w proponowanym modelu wprowadza się edukację pacjenta z zakresu wybranych form autoterapii, która stanowi doskonałą metodę utrwalania uzyskanego efektu terapeutycznego.

Wnioski

Standardy opracowane przez specjalistów wdrożone w jednej z placówek POZ na terenie Wrocławia są możliwe do realizacji i przynoszą oczekiwane i zakładane efekty, zwiększając skuteczność podejmowanych działań terapeutycznych w dysfunkcjach w obrębie narządu ruchu. Wskazaniem jest rozpowszechnić owy model współpracy w innych placówkach.

Bibliografia

- [1] Dufour SP, Brown J, Deborah LS. Integrating physiotherapists within primary health care teams: perspectives of family physicians and nurse practitioners. *J Interprof Care*. 2014;28(5):460–465. doi: 10.3109/13561820.2014.915210. Epub 2014 May 5. PMID: 24797363
- [2] Sarma S, Devlin RA, Thind A, Chu MK. Canadian family physicians' decision to collaborate: age, period and cohort effects. *Soc Sci Med*. 2012;75(10):1811–9. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.028. Epub 2012 Aug 4.
- [3] Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Morin D. Interprofessional practices of physiotherapists working with adults with low back pain in Québec's private sector: results of a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014; 15:160. <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/15/160>.
- [4] Perreault K, Pineault R, Da Silva RB, et al. What can organizations do to improve family physicians' interprofessional collaboration? Results of a survey of primary care in Quebec. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):381–388.
- [5] Deslauriers S, Toutant ME, Laberge C, et al. A physician-physiotherapist collaborative model in a family medicine teaching clinic. *Canadian Medical Education Journal* 2018; 9(4), 120–122.
- [6] Artus M, Campbell P, Mallen CD, et al. Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *BMJ Open* 2017; 7: e012901, doi:10.1136/bmjopen-2016-012901.
- [7] Hutting N, Heerkens YF, Engels JA, et al. Experiences of employees with arm, neck or shoulder complaints: a focus group study. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15:141, doi:10.1186/1471-2474-15-141.
- [8] Marik T, Roll S. Effectiveness of occupational therapy interventions for musculoskeletal shoulder conditions: a systematic review. *Am J Occup Ther* 2017; 71(1): 1–11.

- [9] Harris-Hajes M, Mueller MJ, Sahrman SA, et al. Person with chronic hip joint pain exhibit reduced hip muscle strength. *J Orthop Sport Phys Ther* 2014; 44(11): 890–898.
- [10] Karel YHJM, Scholten-Peeters GGM, Thoomes-de Graaf M, et al. Physiotherapy for patients with shoulder pain in primary care: a descriptive study of diagnosis and therapeutic management. *Physiotherapy* 2017; 103(4): 369–378.
- [11] Smink AJ, Bierma-Zeinstr SM, Schers HJ, et al. Non-surgical care in patients with hip or knee osteoarthritis is modestly consistent with a stepped care strategy after its implementation. *Int J Qual Health Care* 2014; 26(4):490–498.
- [12] Hofstede SN, Vliet Vlieland TPM, Van de Ende CHM, et al. Variation in use of non-surgical treatments among osteoarthritis patients in orthopaedic practice in the Netherlands. *BMJ Open* 2015; 5(9): e009117, doi:10.1136/bmjopen-2015–009117.
- [13] Kassolik K, Rajkowska-Labon E. Tomasik T. et al. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii w dolegliwościach bólowych w zespole bolesnego barku w podstawowej opiece zdrowotnej. *Family Medicine & Primary Care Review* 2018; 20(3); 277–291.
- [14] Kassolik K, Rajkowska-Labon E. Tomasik T. et al. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce w zakresie fizjoterapii w dolegliwościach bólowych stawu biodrowego w podstawowej opiece zdrowotnej. *Family Medicine & Primary Care Review* 2018; 20(2); 183–194.
- [15] Kassolik K, Rajkowska-Labon E. Wilk I et al. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i European Rural and Isolated Practitioners Association dotyczące stosowania prostych

form fizjoterapii w formie masażu i automasażu w podstawowej opiece zdrowotnej, zatwierdzone przez Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii. *Family Medicine & Primary Care Review* 2019; 21(3), 183–194.

MATEUSZ PAPLICKI

ORCID ID: 0000-0002-4169-9298

*Zakład Traumatologii i Medycyny Ratunkowej Wieku Rozwojowego,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

Pielęgniarka oraz położna jako główny badacz w badaniu klinicznym

Słowa kluczowe

pielęgniarka, położna, badania kliniczne, niekomercyjne badania kliniczne, badacz, COVID-19.

Streszczenie

Corocznie na świecie wzrasta zapotrzebowanie na nowe leki. Wiąże się to między innymi z rozwojem cywilizacyjnym, starzejącym, a jednocześnie bogacącym się społeczeństwem, które w coraz większym stopniu jest chętne wydać więcej na produkty, które mogą podtrzymać albo przedłużyć życie. Wzrastający popyt na leki jest czynnikiem, który prowadzi do wzrostu badań klinicznych w Polsce i na świecie. Mimo wzrostu zapotrzebowania na badania kliniczne rynek ten nie rozwija się zbyt szybko, co jest spowodowane m.in. małą liczbą badaczy. Problem ten dotyczy zarówno Polski jak i innych krajów Unii Europejskiej. Dlatego Parlament Europejski na poziomie Unii Europejskiej a Ministerstwo Zdrowia oraz Agencja Badań Medycznych na poziomie krajowym, przygotowali rozwiązania prawne, które między innymi mają rozwiązać problem z zbyt

małą liczbą badaczy. Na podstawie tych rozwiązań pielęgniarka albo położna będzie mogła zostać głównym badaczem, dzięki temu rynek badań klinicznych będzie miał szansę większego rozwoju.

Nurse and midwife as the principal investigator in a clinical trial

Summary

Every year, the demand for new drugs increases in the world. It is connected, among other things, with the development of civilization, an aging and at the same time richer society, which is more and more willing to spend more on products that can sustain or extend life. The growing demand for drugs is a factor that leads to an increase in clinical trials in Poland and in the world. Despite the growing demand for clinical trials, the market is not growing too fast, which is due to small number of researchers. This problem concerns both Poland and other European Union countries. That is why the European Parliament at the European Union level and the Ministry of Health and the Medical Research Agency at the national level have prepared legal solutions that, inter alia, are to solve the problem with too few researchers. On the basis of these solutions, a nurse or midwife will be able to become the main researcher, thanks to which the clinical trials market will have a chance for development.

Keywords

nurse, midwife, clinical trials, non-commercial clinical trials, researcher, COVID-19.

Wstęp

W dzisiejszych czasach z powodzeniem możemy leczyć wiele chorób przy pomocy nowoczesnych leków i środków medycznych, jednak mimo to wciąż istnieją choroby (np. choroby rzadkie czy COVID-19), z którymi nie potrafimy sobie poradzić. Ze względu na to na całym świecie przeprowadza się badania kliniczne [1], aby sprostać oczekiwaniom pacjentów na nowoczesne i skuteczne terapie lekowe.

Badania kliniczne okazują się być niezbędne, by udoskonalać farmakoterapię, diagnostykę chorób oraz ich prewencję. Dzięki badaniom klinicznym jest możliwość rejestracji nowych, skutecznych i sprawdzonych produktów leczniczych, które w znaczny sposób wpływają na podniesienie jakości świadczeń udzielanych pacjentom, wydłużają długości życia człowieka, a w niektórych przypadkach nawet ratują życie [2].

Według regulacji zawartych w projekcie ustawy z dnia 29 kwietnia 2021 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi [3], głównym badaczem w badaniach klinicznych będzie mogła być pielęgniarka oraz położna. Z chwilą uchwalenia ustawy przed zawodem pielęgniarki oraz położnej pojawią się nowe możliwości rozwoju oraz zarobku.

Material i metody

Przeprowadzono analizę literatury, piśmiennictwa oraz regulacji prawnych dotyczących zawodu pielęgniarki, położnej oraz badań klinicznych w kontekście możliwości prawnych i organizacyjnych prowadzenia badań klinicznych przez pielęgniarkę czy położną.

Wyniki

1. Badania kliniczne

Zgodnie z art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne [4] badaniem klinicznym jest każde badanie prowadzone z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych, skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych, w celu zidentyfikowania działań niepożądanych jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych lub śledzenia wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność.

W Polsce na dzień 6 października 2021 r. prowadzi się 790 [5] badań klinicznych (aktywnych badań z zakończoną rekrutacją), na świecie przeprowadza się w ponad 200 krajach 17 684 [6] badań klinicznych (aktywnych badań z zakończoną rekrutacją), co plasuje Polskę po względem liczby prowadzonych badań klinicznych w czołówce światowej. W Polsce tylko w 2020 r. 25 tys. pacjentów wzięło udział w badaniach klinicznych. Szacuje się, że pod względem dostępności badań klinicznych dla pacjentów Polska znajduje się na 12. światowo i 8. w Europie miejscu. Wyróżnia się również bardzo wysoką produktywność ośrodków prowadzących badania kliniczne – Polska znajduje się na 5. miejscu na świecie pod tym względem [7].

Mimo tak dużej liczby prowadzenia badań klinicznych w Polsce i na świecie nadal rośnie zapotrzebowanie na nowe leki. Wiąże się to między innymi z rozwojem cywilizacyjnym, starzejącym, a jednocześnie bogacącym się społeczeństwem, które w coraz większym stopniu jest chętne wydać więcej na produkty, które mogą podtrzymać albo przedłużyć życie.

W perspektywie najbliższych 20 lat, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przewiduje, że w krajach wysoko rozwiniętych choroby cywilizacyjne, takie jak: choroby układu krążenia (w tym nadciśnienie, zawał mięśnia sercowego i udar mózgu), nowotwory złośliwe, cukrzyca, otyłość, choroby nerek, choroby psychiczne (w tym również depresja), choroby otępienne oraz uzależnienia od alkoholu, narkotyków i leków oraz zaburzenia komunikacji pozostaną najczęstszą przyczyną zgonów. Główną przyczyną większości tych chorób jest narażenie na niekorzystne czynniki środowiskowe i nieodpowiedni tryb życia (mało zbilansowana dieta, brak ruchu) skutkujące zmianami w układzie mięśniowo-szkieletowym, a także coraz częściej występujące przeciążenie umysłowe związane z procesami decyzyjnymi oraz stresem psychospołecznym [8].

Choroby cywilizacyjne ze względu na swoją skalę i ciągły negatywny rozwój nazywane są epidemią XXI wieku. Rozprzestrzeniają się globalnie, są niezakaźne, niemniej jednak prowadzą do niepełnosprawności i w ponad 80% doprowadzają do przedwczesnych zgonów [9].

Współczesny świat nie pozostaje bierny na te zjawiska i podejmuje walkę z tymi zagrożeniami, przeznaczając ogromne finansowe środki na badania naukowe prowadzące do coraz łatwiejszej produkcji nowych leków. Możliwe jest to dzięki rozwojowi technik molekularnych, nanotechnologii, biotechnologii i technologii umożliwiających odtwarzanie oraz modelowanie matematyczne. W opinii wielu środowisk badania, w tym badania kliniczne, oraz inwestycje naukowe są jedynym sposobem zmierzenia się z zagrożeniami cywilizacyjnymi w naszym kraju [8].

Patrząc na statystyki z 2019 r., najwięcej wniosków o rozpoczęcie badania klinicznego składano w dziedzinie: onkologii (27%), chorób autoimmunologicznych (9%), neurologii (ponad 8%), gastroenterologii (7%), dermatologii

(7), kardiologii (6%) i chorób płuc (6%). W 2019 r. wzrosła do 9% liczba badań prowadzonych z udziałem populacji pediatrycznej (w 2018 r. było to 6,5% badań, w 2017 r. – 5%). W ostatnich latach utrzymuje się stała tendencja dotycząca obszarów, gdzie prowadzi się najwięcej badań klinicznych – onkologia, choroby autoimmunologiczne i neurologia [10].

Oczekuje się zatem, że popyt na leki w tych obszarach terapeutycznych (ale i nie tylko w tych) będzie stale wzrastał, a bez badań klinicznych nie jest możliwe wprowadzanie nowych leków. Rynek badań klinicznych w Polsce jest w fazie rozwoju i wykazuje potencjał do dalszego wzrostu. Cechuje go kilka głównych zalet: duża populacja pacjentów; duża liczba przedstawicielstw firm farmaceutycznych z całego świata, doświadczenie uczestników rynku i dobra organizacja pracy; wykwalifikowana kadra medyczna; dobrze zorganizowane i wyspecjalizowane ośrodki badawcze; silny rynek sponsorów, firm CRO – firm prowadzących badania kliniczne na zlecenie sponsora, oraz wykwalifikowani i doświadczeni monitorzy badań klinicznych, a także (w coraz mniejszym stopniu) atrakcyjny poziom kosztów prowadzenia badań w stosunku do krajów Europy Zachodniej [11].

Udział w badaniu klinicznym oznacza szereg wymiernych i niewymiernych korzyści dla wszystkich zaangażowanych stron, zarówno pacjentów, uczestników, badaczy, ośrodków badawczych, jak i dla całej gospodarki kraju. Dodatkowo wyniki badań klinicznych, w szczególności badań niekomercyjnych (prowadzonych nie dla zysku, lecz dla podniesienia poziomu bezpieczeństwa terapii czy nowego zastosowania leczniczego), mogą być przydatne np. administracji publicznej przy podejmowaniu decyzji dotyczących refundacji z budżetu państwa cen leków dostępnych na rynku. Do szczególnych korzyści z prowadzenia badań klinicznych dla pacjentów możemy zaliczyć m.in. dostęp do nowoczesnych leków, wyższy standard opieki dzięki najlepszej

możliwie terapii, a w konsekwencji szansa na przedłużenie życia. Dla badaczy korzyścią jest przede wszystkim wiedza i doświadczenie oraz dostęp do nowoczesnych narzędzi badawczych [11].

Zanim nowa substancja będzie stosowana jako lek, musi przejść wszechstronne testy laboratoryjne, próby na zwierzętach doświadczalnych i kilka faz badań z udziałem ludzi. To wszystko sprawia, że badania kliniczne są złożonym, długotrwałym i kosztochłonnym procesem, prowadzonym najczęściej równolegle przez kilka podmiotów: sponsora, badaczy i ich zespoły oraz ośrodki badawcze [12].

Przed rozpoczęciem badania klinicznego należy rozważyć prawdopodobne ryzyko i niedogodności w porównaniu do przewidywanych korzyści dla osoby uczestniczącej w badaniu i społeczeństwa. Badanie może być tylko wtedy rozpoczęte i kontynuowane, jeżeli potencjalne korzyści dla jednostki i społeczeństwa, wynikające z jego przeprowadzenia, usprawiedliwiają ryzyko [13]. Badanie kliniczne prowadzi się zgodnie z protokołem, który został uprzednio zaakceptowany przez niezależną Komisję Bioetyczną. Każda z osób prowadzących badanie kliniczne powinna posiadać odpowiednie kwalifikacje do wykonywania powierzonych jej w badaniu zadań, a pacjent musi dobrowolnie wyrazić świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu. Należy pamiętać, że w badaniach klinicznych prawa, bezpieczeństwo i dobro uczestników badania są wartością nadrzędną i są ważniejsze niż interes nauki i społeczeństwa [14].

2. Regulacje prawne dotyczące badań klinicznych

W Polsce, mimo trwających od kilku lat prac, nie ma ustawy, która dedykowana jest jedynie i bezpośrednio badaniom klinicznym. Podobny problem dotyczy przepisów kompleksowo

regulujących obszar genetyki, w tym przeprowadzania testów genetycznych, mimo że rocznie przeprowadza się ich tysiące [15].

Badania kliniczne prowadzi się w Polsce głównie w oparciu o: ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [16]; ustawę z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych [17]; ustawę z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych [18] oraz ustawę z dnia 6 września 2001 r. o Prawie farmaceutycznym [4], jak również o liczne rozporządzenia, m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej [19]. Wiążące dla Polski są także odpowiednie przepisy prawa międzynarodowego, jak również regulacje o charakterze zaleceń czy wytycznych Międzynarodowym standardem dotyczącym zasad prawidłowego prowadzenia badań klinicznych jest tzw. Dobra Praktyka Kliniczna (Good Clinical Practice – GCP) opracowana przez Międzynarodową Radę Harmonizacji Wymagań Technicznych dla Rejestracji Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (ICH). Pierwotna wersja GCP została przyjęta przez Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Japonię oraz kraje członkowskie Wspólnoty Europejskiej (UE) dnia 17 stycznia 1997 r. [20].

Nadrzędnym celem GCP, jest bezpieczeństwo pacjentów (uczestników badania) dzięki wyraźnemu określeniu sposobu planowania, prowadzenia oraz monitorowania każdego z elementów badania klinicznego [21]. Standard GCP określa również konieczność raportowania o zdarzeniach niepożądanych [22], sposobie przeprowadzenia analizy uzyskanych danych i prezentacji wyników.

Przez ostatnie lata nastąpiło wiele zmian w zakresie bezpieczeństwa oraz jakości prowadzenia badań klinicznych, dlatego dokonano aktualizacji zasad Dobrej Praktyki Klinicznej, które weszły w życie 14 czerwca 2017 r.

Wytyczne GCP-ICH oznaczone kodem E6 [20], wchodzące w skład tego zbioru, stały się standardem bioetycznym, którego zadaniem jest zagwarantowanie ochrony praw i zachowania bezpieczeństwa uczestników badania klinicznego oraz uzyskania wiarygodnych wyników badania klinicznego.

Prawodawca europejski, w obawie przed zmniejszeniem konkurencyjności Europy jako miejsca prowadzenia badań klinicznych, zdecydował o wprowadzeniu kolejnego aktu prawnego (pierwszy, który miał zmienić tą sytuację, był wydany w 2001 r.), rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE [23] (dalej rozporządzenie 536/2014). Akt ten ma za zadanie uregulowanie obszaru badań klinicznych w sposób kompleksowy i jednolity we wszystkich państwach członkowskich, czyniąc środowisko prawne państw Europy bardziej przyjaznym dla potencjalnych sponsorów badań klinicznych [24]. Został on wydany formie rozporządzenia, gdyż cechą charakterystyczną tego aktu prawnego jest obowiązek bezpośredniego stosowania we wszystkich krajach członkowskich UE, bez konieczności implementacji do krajowego porządku prawnego, jak to jest w przypadku dyrektywy.

Dodatkowym celem rozporządzenia 536/2014 jest uproszczenie i ustandaryzowanie procedury wydawania pozwoleń na badania kliniczne produktów leczniczych (składanie jednego wniosku o pozwolenie na przeprowadzenie badania klinicznego poprzez jeden portal połączony z bazą danych UE), obniżenie kosztów finansowych i nakładów czasowych związanych z tą procedurą przy równoczesnym zapewnieniu wysokiego poziomu ochrony i bezpieczeństwa uczestników badań [25].

3. Zawód pielęgniarki i położnej

Zgodnie z art. 7 i 37 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej [26] (dalej ustawa o z.p.p.) zawód pielęgniarki może wykonywać osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych. Właściwość okręgowej rady pielęgniarek i położnych określa się ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu. O prawo wykonywania zawodu mogą ubiegać się osoby o odpowiednio wysokich kwalifikacjach, o których mowa w art. 24 i art. 25 ustawy o z.p.p.

Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przysługuje osobie: posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej; posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych; której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki; która wykazuje nienaganną postawę etyczną (art. 28 ustawy o z.p.p.).

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 r. W art. 4 ust 1 i 2 ustawy o z.p.p. wyszczególnione są szczegółowe czynności do których między innymi zaliczamy: rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz

medycznych czynności ratunkowych; realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych; edukacja zdrowotna i promocja zdrowia; nauczanie zawodu pielęgniarki lub położnej, wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych lub nauczanie innych zawodów medycznych, których programy kształcenia wymagają współdziałania pielęgniarki lub położnej; prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa; kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych; zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [27]; zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia.

Prawo wykonywania zawodu położnej przysługuje osobie: posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły położnych bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły położnych lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej; posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych; której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu położnej oraz która wykazuje nienaganną postawę etyczną (art. 31 ustawy o z.p.p.).

Wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 r. W art. 5 ust 1, 1a i 2 ustawy o z.p.p wyszczególnione są szczegółowe czynności, do których m.in. zaliczamy: rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzenie w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej; kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka; prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej; przyjmowanie porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego; podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy; sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowanie przebiegu okresu poporodowego; realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych; profilaktyka chorób kobiecych i patologii położniczych; prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie wykonywania zawodu położnej, w szczególności opieki nad kobietą, noworodkiem lub rodziną. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie: rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych; rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych; planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej; samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych; diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Przedstawione przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (dalej NIPiP) dane pokazują, że w Polsce na dzień 31 grudnia 2012 r. było 278 496 zarejestrowanych pielęgniarek (kobiet i mężczyzn), a zatrudnionych było 209 272 pielęgniarek oraz 23 856 położnych. Analogicznie na dzień 31 grudnia 2020 r. mamy zarejestrowanych 303 211 pielęgniarek (kobiet i mężczyzn), a zatrudnionych 231 612 pielęgniarek oraz 28 231 położnych [28]. Najnowsze dane z dnia 24 maja 2021 r. pokazują że zatrudnionych jest 232 387 pielęgniarek oraz 28 444 położnych [29]. Dane te, szczególnie mówiące o zatrudnieniu, pokazują, że zawód ten jest potrzebny, a ilość przedstawicieli tego zawodu stale wzrasta w systemie ochrony zdrowia.

Martwi jednak struktura wieku w tych zawodach, ponieważ wskazuje na brak zastępowalności pokoleń. Wśród pielęgniarek i położnych największy liczbowo przedział wiekowy to 51–60 lat, który obejmuje 83 129 pielęgniarek, a 10 094 położnych, co stanowi 35,8% liczby zatrudnionych. Mimo nabytych już uprawnień emerytalnych ciągle pracuje w zawodzie aż 63 120 pielęgniarek (przedziały wiekowe 61–70 i pow. 70), co stanowi 27,2% ogółu zatrudnionych. Położnych w wieku emerytalnym pracuje 6 683, co stanowi 23,5% ogółu zatrudnionych [29]. W perspektywie kilkunastu lat brak zastępowalności pokoleń wśród tych zawodów spowoduje, że wzrostowa tendencja w zatrudnieniu zmieni się na spadkową i będzie brakować wykwalifikowanych pracowników. Już teraz coraz więcej młodych absolwentek i absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa preferuje pracę zagranicą zaraz po uzyskaniu dyplomu [30].

Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w Polsce na 1000 mieszkańców przypada 5,2 pielęgniarki, a średnia ich wieku wynosi 53 lata. Średni wiek położnej to 50 lat [31]. Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w innych państwach wynosi:

w Niemczech 13,22 pielęgniarek; na Białorusi 11,0 pielęgniarek; w Rosji 8,46 pielęgniarek; w Czechach 8,07 pielęgniarek; na Ukrainie 6,7 pielęgniarek; na Słowacji 5,7 pielęgniarek [30].

Dane raportu NIPiP mówiące o perspektywie zatrudnienia w zawodzie pielęgniarki i położnej mówią, iż do 2025 r. liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych zmniejszy się o 16 761, a do 2030 r. o 36 293 [29]. Finalnie doprowadzi to do tragicznej sytuacji w ochronie zdrowia. Brak pielęgniarek doprowadzi w 2025 roku do zaprzestania funkcjonowania 272 szpitali, natomiast w 2030 roku będzie już to 482 placówek [30]. Aby nie doszło do tej katastrofy według NIPiP najlepszym rozwiązaniem jest m.in. zwiększenie liczby miejsc na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo do 20 tys. osób rocznie, zagwarantowanie zatrudnienia po studiach, wprowadzenie stypendiów czy też promowanie zawodów wśród absolwentów szkół średnich [29].

Administracja publiczna powinna również podjąć działania, które zapobiegą zmniejszeniu liczby już pracujących pielęgniarek i położnych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych uważa, że można to osiągnąć m.in. poprzez: wprowadzenie dodatków za pracę w warunkach szczególnych; zapewnienie wynagrodzenia uwzględniającego posiadane kwalifikacje i zdobyte doświadczenie zawodowe; wprowadzenie dopłaty do wypoczynku; wprowadzenie dodatków za długoletnią pracę i wprowadzenie świadczeń mieszkaniowych [29].

Wydaje się, że również dobrą „zachętą” dla pielęgniarek i położnych może być możliwość prowadzenia badań klinicznych jako badacz. Obecnie pielęgniarka może być personelem „pomocniczym” w badaniach klinicznych, jednak nie może pracować jako główny badacz, co związane jest z prestiżem, rozwojem naukowym czy wysokimi zarobkami.

4. Badacz

Mimo wzrostu zapotrzebowania na badania kliniczne na świecie w Polsce rynek ten nie rozwija się zbyt szybko, co jest spowodowane m.in. małą liczbą badaczy. W rozumieniu art. 2 pkt 2a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne [4] badaczem jest lekarz albo lekarz dentysta, jeżeli badanie kliniczne dotyczy stomatologii, albo lekarz weterynarii – w przypadku badania klinicznego weterynaryjnego, posiadający prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe, wiedzę naukową i doświadczenie w pracy z pacjentami niezbędne do prowadzonego badania klinicznego lub badania klinicznego weterynaryjnego odpowiedzialny za prowadzenie tych badań w danym ośrodku. Jeżeli badanie kliniczne lub badanie kliniczne weterynaryjne jest prowadzone przez zespół osób, badacz wyznaczony przez sponsora, za zgodą kierownika podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym prowadzone jest badanie kliniczne, jest kierownikiem zespołu odpowiedzialnym za prowadzenie tego badania w danym ośrodku i staje się tzw. „głównym badaczem” [20, 32].

Współbadaczem określa się członka zespołu prowadzącego badanie kliniczne, nadzorowanego i wyznaczonego przez badacza do wykonywania czynności istotnych z punktu widzenia prowadzonego badania lub podejmowania istotnych, związanych z badaniem decyzji (pracownik naukowy, asystent, stażysta) [20].

Odpowiednie kwalifikacje osób zaangażowanych w prowadzenie badania klinicznego to wymóg, jaki muszą spełnić wszystkie osoby uczestniczące w prowadzeniu badania klinicznego. Dotyczy przede wszystkim badacza badania klinicznego, którego zadaniem jest przeprowadzenie badania klinicznego w danym ośrodku. Badacz, który prowadzi

i nadzoruje badanie kliniczne w ośrodku badawczym, odpowiada za to, by badanie było prowadzone zgodnie z zatwierdzonym protokołem badania oraz zasadami etyki i dobrej praktyki klinicznej. W jego gestii jest również dbanie o prawa i bezpieczeństwo uczestnika badań klinicznych poprzez nadzór nad produktem badanym oraz zgłaszanie ciężkich niepożądanych działań badanego produktu leczniczego [32]. Badacz organizuje również pracę całego zespołu badawczego, odpowiada za rekrutację, uzyskiwanie świadomej zgody, kontakt z komisją bioetyczną, prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej oraz jej przechowywanie.

W obecnie obowiązującym porządku prawnym badaczem może być wyłącznie lekarz, lekarz dentysta i lekarz weterynarii. Przywoływane już rozporządzenie 536/2014, a dokładnie art. 49 tego rozporządzenia, dopuszcza oprócz lekarzy również inne zawody medyczne, które w zainteresowanym państwie członkowskim uznawane są za kwalifikujące się do pełnienia funkcji badacza ze względu na niezbędną wiedzę naukową i doświadczenie w zakresie opieki nad pacjentem [23].

Ministerstwo Zdrowia oraz Agencja Badań Medycznych przygotowali projekt ustawy z dnia 29 kwietnia 2021 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi [3] (dalej: projekt ustawy o b.k.), który dostosowuje polskie przepisy z zakresu badań klinicznych do rozporządzenia 536/2014. Wykorzystując możliwość, jaką daje art. 49 rozporządzenia 536/2014, planuje się w Polsce poszerzyć katalog zawodów medycznych, których przedstawiciele będą mogli być głównym badaczem w badaniu klinicznym.

Według art. 32 ust 1 projektu ustawy o b.k. głównym badaczem, w rozumieniu rozporządzenia 536/2014, w badaniu klinicznym produktu leczniczego prowadzonym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej może być posiadający prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej

Polskiej lekarz; lekarz dentysta oraz pielęgniarka albo położna, posiadająca dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo [3].

W przypadku gdy głównym badaczem będzie pielęgniarka lub położna, jednym z badaczy w zespole badawczym musi być lekarz lub lekarz dentysta. Ten dodatkowy wymóg nie sprawia jednak, że zostaje umniejszona rola pielęgniarki czy położnej, która będzie nadal kierować zespołem badawczym i brać pełną odpowiedzialność za przebieg badania klinicznego. Wydaje się, że te zastrzeżenie, aby w zespole prowadzącym badanie kliniczne był lekarz, świadczy o tym, że ustawodawca chce zadbać o interdyscyplinarność tego zespołu, która przełoży się na większe bezpieczeństwo pacjenta i lepszą jakość uzyskanych wyników.

Wnioski

W coraz większym stopniu polskie społeczeństwo z jednej strony starzeje się, z drugiej – bogaci, dlatego jest bardziej skłonne do zapłaty za produkty lecznicze. Bez badań klinicznych nie będziemy mieli nowych leków, nie będzie postępu w medycynie i farmacji, a przez to coraz większe potrzeby zdrowotne społeczeństwa nie zostaną zaspokojone. Wciąż w wielu obszarach terapeutycznych pacjenci czekają na skuteczne i bezpieczne metody leczenia, (nadal nie mamy sprawdzonych i skutecznych leków na COVID-19), jak również zapobiegania chorobom, jak ma to miejsce w przypadku szczepionek [33].

Badania kliniczne nie odbędą się bez badaczy, a coraz większy w Polsce niedobór lekarzy, pielęgniarek i położnych budzi niepokój. Ta sytuacja jest zagrożeniem nie tylko dla pacjentów w badaniach klinicznych, ale również, a nawet przede wszystkim, dla pacjentów systemu ochrony zdrowia, którzy nie

są pacjentami w badaniach klinicznych. Dlatego każde działanie zmierzające do uatrakcyjnienia zawodów medycznych, skutkujące pozostaniem personelu medycznego w kraju, jest potrzebne. Przygotowanie projektu ustawy z dnia 29 kwietnia 2021 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi należy uznać za bardzo dobry krok, dzięki któremu poszerzy się grono głównych badaczy o pielęgniarki i położne, a tym samym te grupy zawodowe dostaną kolejną zachętę do pracy w Polsce z polskimi pacjentami, rozwijając przy tym polski rynek badań klinicznych. Przygotowany projekt o b.k. powinien jak najszybciej wejść w życie, tak aby społeczeństwo doczekało się bezpiecznego leczenia nowoczesnymi terapiami, a także odpowiedniej liczby personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Bibliografia

- [1] Ochał D., Staniszevska A., Duda-Zalewska A., Dąbrowska-Bender M., Bujalska-Zadrożny M., *Badania kliniczne w ocenie personelu medycznego*, Hygeia Public Health 2014, 49(4): 799–804.
- [2] Łuszczak, A., Magiera, M., Szalek, E., *Badania kliniczne w populacji pediatrycznej*, [w:] „Farmacja Współczesna” nr 11, 2008 r., s. 42 i 43.
- [3] Projekt ustawy z dnia 29 kwietnia 2021 roku o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, [w:] <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12346302/12784810/12784811/dokument501327.pdf>, dostęp 06.10.2021r.
- [4] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. 2021 poz. 974).
- [5] ClinicalTrials.gov, Search Results, *Active, not recruiting Studies | Poland*, [w:] https://clinicaltrials.gov/ct2/results?s?cntry=PL&Search=Apply&recrs=d&age_v=&gndr=&type=&rslt=, dostęp 06.10.2021r.

- [6] ClinicalTrials.gov, Search Results, *Active, not recruiting Studies*, [w:] https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=&term=&type=&rslt=&recrs=d&age_v=&gndr=&intr=&titles=&outc=&spons=&lead=&id=&cntry=&state=&city=&dist=&locn=&rsub=&strd_s=&strd_e=&prcd_s=&prcd_e=&sfpd_s=&sfpd_e=&rfpd_s=&rfpd_e=&lupd_s=&lupd_e=&sort=, dostęp 06.10.2021r.
- [7] Kondej, M., A., *Stan badań klinicznych w Polsce – raport*, [w:] <https://mcr.clinic/stan-badan-klinicznych-w-polsce-raport/>, dostęp 06.10.2021r.
- [8] Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, *Strategiczny program badań naukowych i prac rozwojowych. „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” STRATEGMED*, Warszawa 2012, s. 1–6, [w:] https://archiwum.ncbr.gov.pl/fileadmin/user_upload/import/tt_content/files/strategmed_www.pdf, dostęp 06.10.2021r.
- [9] Hen, E., *Choroby cywilizacyjne - przyczyny i leczenie*, [w:] <https://www.medonet.pl/zdrowie,choroby-cywilizacyjne---przyczyny-i-leczenie,artykul,1735188.html>, dostęp 06.10.2021r.
- [10] Olszewski, D., Rozmowa z Grzegorzem Cessakiem, Prezesem Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, [w:] <https://badaniaklinicznepolska.pl/rozmowa-z-grzegorzem-cessakiem-prezesem-urplwmipb/>, dostęp 06.10.2021r.
- [11] PWC, *Atrakcyjność rynku badań klinicznych w Polsce*, [w:] *Badania kliniczne w Polsce*, Warszawa 2015, s. 10- 19, [w:] <https://www.pwc.pl/pl/pdf/badania-kliniczne-raport-pwc.pdf>, dostęp 06.10.2021r.
- [12] Szewieszek, A., *Badania kliniczne w ZOZ jako specyficzny obiekt pomiaru i wyceny strumieni finansowych*, [w:] Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 679, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 44, 2011 r. s. 165.
- [13] Biotechnologia.pl, *Analiza ryzyka w badaniach klinicznych – formalny wymóg, zalecenie czy praktyczna potrzeba?* [w:] <https://biotechnologia.pl/biotechnologia/analiza-ryzyka-w-badaniach-klinicznych-formalny-wymog-zalecenie-czy-praktyczna-potrzeba,18950>, dostęp 06.10.2021r.

- [14] Lipowski, P., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Uwagi o regulacji prawnej w perspektywie praktycznej*, [w:] *Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka*, Monografia, (red.) A. Białek, M. Wróblewski, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2016, s. 35 – 38.
- [15] J. Uchańska, J., *(Nie)bezpieczne testy genetyczne – wyzwanie dla ustawodawcy już kolejnej kadencji*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/przepisy-dot-testow-genetycznych-badan-genetyki-w-polsce-ciagle,490339.html>, dostęp 06.10.2021r.
- [16] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2021 poz. 790).
- [17] Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1565).
- [18] Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (t.j. Dz.U. 2020 poz. 2150).
- [19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz.U. 2012 poz. 489).
- [20] Międzynarodowa Rada Harmonizacji Wymagań Technicznych dla Rejestracji Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (ICH), *Zharmonizowane Zasady ICH. Zintegrowany Dodatek do wersji ICH E6(R1): Zasady Dobrej Praktyki Klinicznej E6(R2)*, Wersja Step 4, 2016, s. 1–28, https://mercury.2kmm.net/dnn/DesktopModules/GCPPL_BookAdvertising//Files/ICH_GCP_E6_R2_wersja_polska_FINAL.pdf, dostęp 06.10.2021r.
- [21] Imioł, M., *Eksperyment medyczny w ujęciu etycznym*, [w:] *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego, Seria Prawnicza, Zeszyt 102/2018, „Prawo” 23*, s. 151.
- [22] Brodniewicz, T., Sitarska-Haber, A., *Prawa pacjenta w badaniach klinicznych*, [w:] *Wybrane aspekty praw człowieka a bioetyka*, Monografia, (red.) A. Białek, M. Wróblewski, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2016, s. 65–68.
- [23] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylecia dyrektywy 2001/20/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 158/1 z 2014 r.).

- [24] Gałązka, M., *Wpływ przepisów prawa Unii Europejskiej o badaniach klinicznych produktów leczniczych na polskie prawo karne*, „Forum Prawnicze” 2020, s. 57–61.
- [25] Krajewska, A., *Opinia o zgodności z zasadą pomocniczości projektu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącego badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi COM (2012)369*, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych, „Opinie i Ekspertyzy” OE - 195 s. 3 i 4.
- [26] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 479).
- [27] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1285).
- [28] Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, *Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych*, [w:] <https://NIPiP.pl/liczba-pielęgniarek-polożnych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>, dostęp 06.10.2021r.
- [29] Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, *Struktura wieku zatrudnionych pielęgniarek i położnych*, [w:] *KATASTROFA KADROWA PIELEŃGNIAREK I POŁOŻNYCH RAPORT NACZELNEJ IZBY PIELEŃGNIAREK I POŁOŻNYCH. LICZBA SZPITALI BEZ PIELEŃGNIAREK I POŁOŻNYCH PO ODEJŚCIU OSÓB OBECNIE PRACUJĄCYCH POSIADAJĄCYCH UPRAWNIENIA EMERYTALNE*, Warszawa 2021, s. 2–7, https://NIPiP.pl/wp-content/uploads/2021/09/2021-09-06_Raport_NIPiP_KRAJ.pdf, dostęp 06.10.2021r.
- [30] Rynek Zdrowia, *Liczba pielęgniarek w Polsce mocno poniżej średniej europejskiej. Lepiej jest na Białorusi i Ukrainie*, [w:] <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Liczba-pielęgniarek-w-Polsce-mocno-ponizej-sredniej-europejskiej-Lepiej-jest-na-Bialorusi-i-Ukrainie,223596,14.html>, dostęp 06.10.2021r.
- [31] MEDONET, *Pielęgniarki i położne w Polsce*, [w:] <https://www.medonet.pl/zdrowie,pielęgniarki-i-polożne-w-polsce-infografika-,artykul,61119061.html>, dostęp 06.10.2021r.

- [32] Ministerstwo Zdrowia, *Słownik*, [w:] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/slownik>, dostęp 06.10.2021r.
- [33] Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych I Produktów Biobójczych, *Informacja Prezesa Urzędu z dnia 6 sierpnia 2021 roku w sprawie zasad prowadzenia badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi z udziałem małoletnich*, [w:] <http://urpl.gov.pl/pl/informacja-prezesa-urz%C4%99du-z-dnia-6-sierpnia-2021-roku-w-sprawie-zasad-prowadzenia-bada%C5%84-klinicznych>, dostęp 06.10.2021r.

MARIUSZ SKRZYPCZYK

ORCID 0000-0001-9258-9278

Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku

Socjologia dla medycyny

Streszczenie

Złożoność problematyki, jaką zajmuje się socjologia w relacji z medycyną jako instytucją, spowodowała, że w użyciu są m. in. takie terminy, jak socjologia zdrowia i choroby, socjologia ciała, socjologia w medycynie, socjologia z medycyną. Socjologia medycyny rozwijała się w specyficznym, podwójnym układzie odniesienia wyznaczanym tak przez socjologię ogólną, jak i z drugiej strony przez medycynę będącą przedmiotem badań socjologicznych.

W artykule poruszono niektóre aspekty związku socjologii i medycyny, w tym aspekty zdrowia, choroby i leczenia. Instytucja ochrony zdrowia jest strukturą złożoną i zhierarchizowaną, w której muszą odnaleźć się lekarze, pielęgniarki, ratownicy, terapeuci oraz pacjenci, orbitujący w gęsto splecionych, wielorakich strukturach społecznych. Społeczeństwo ryzyka, szczególnie funkcjonujące w zagrożeniu epidemiologicznym czy pandemicznym, wymusza wręcz na socjologu konieczność szukania odpowiedzi dla uczestników tego wielowymiarowego dialogu. W rozwiązywaniu problemów z punktu widzenia pacjenta i zespołu medycznego konieczne jest znalezienie płaszczyzny porozumienia. Niezbędny jest też dialog pogłębiony, jak sądzę, refleksją niejednokrotnie także z udziałem ekspertów w zakresie socjologii. Jednym z kluczowych elementów rzeczywistości społecznej jest bowiem biowładza, która ma jednak

charakter rozproszony, nie ma jednego ośrodka, posiada wiele ośrodków, które się wzajemnie przenikają. Jesteśmy w niej „zanurzeni”, a niewątpliwie jednym z jej najbardziej spektakularnych przejawów jest medykaliizacją życia społecznego.

Słowa kluczowe

socjologia medycyny, medykaliizacja, jatrogenyzy medyczne, biowładza

Sociology for medicine

Summary

Due to the complexity of the issues that sociology deals with in relation to medicine as an institution, terms such as sociology of health and disease, sociology of the body, sociology in medicine, sociology with medicine. The sociology of medicine developed in a specific, double frame of reference determined both by general sociology and, on the other hand, by medicine being the subject of sociological research. The publikation addresses some aspects of the relationship between sociology and medicine, including aspects of health, disease and treatment. A health care institution is a complex and hierarchical structure in which doctors, nurses, paramedics, therapists and patients must find themselves, orbiting in densely intertwined, multiple social structures. The society risk, especially functioning in an epidemiological or pandemic threat, forces the sociologist to look for hints for the participants of this multidimensional dialogue. In solving problems from the point of view of the patient and the medical team, it is necessary to find common ground. An in-depth dialogue is also necessary, I believe, a reflection often also involving experts in the field of sociology. One of the key elements of social reality is biopower, which, however, is dispersed, does not have one center, has many centers that interpenetrate. We are „immersed” in it, and

undoubtedly one of its most spectacular manifestations is the medicalization of social life.

Keywords

sociology of medicine, medicalization, medical iatrogenesis, biopower

Artykuł stanowi próbę przedstawienia niektórych aspektów związków socjologii i medycyny. Socjologia medycyny analizuje społeczne aspekty zdrowia, choroby i leczenia. Zajmuje się również badaniami instytucjonalnych struktur medycyny oraz jej społecznego wizerunku. Socjologia medycyny rozwijała się w specyficznym, podwójnym układzie odniesienia wyznaczanym tak przez socjologię ogólną, jak i z drugiej strony przez medycynę, będącą przedmiotem badań socjologicznych, wskazując problemy, w których rozwiązywaniu niezbędny byłby udział ekspertów w zakresie socjologii. W Polsce jej sformalizowane dzieje datują się od 1964 r., czyli od powołania z inicjatywy prof. Magdaleny Sokołowskiej Sekcji Socjologii Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Jej kariera zawodowa rozpoczęła się od zawodu pielęgniarki, rozwijała się poprzez lekarza medycyny do profesury z socjologii.

W dziejach światowej socjologii zauważymy, że pojęcie socjologii medycyny pojawiło się już w jej pionierskim okresie – bowiem w 1894 r. Użył go socjolog amerykański Charles McIntire – szeroko zakreślając zresztą zadania tej subdyscypliny. Nie oznaczało to bynajmniej, że odtąd zaczął się jej owocny rozwój. Profesjonalna socjologia była wtedy właściwie w zalążku – tak zresztą zarówno w USA, jak i w Europie. Minęło pół wieku, nim rozpoczął się jej spektakularny postęp [1 M. Skrzypek 2012].

Stawiam tezę, że na przeszkodzie rozwoju socjologii medycyny w tym okresie jako wyodrębnionej subdyscypliny stanął rozkwit wielkich teorii socjologicznych – przede wszystkim teorii konfliktu i funkcjonalizmu, próbujących przedstawić całościowe teorie systemów społecznych i teorie ich funkcjonowania. Brakło więc pola do pogłębionych analiz wybranych (choć niezwykle istotnych dla funkcjonowania całości) struktur i instytucji. Dopiero zmierzch dominacji „wielkich teorii”, szczególnie funkcjonalizmu, sprzyjał rozwojowi teorii, które za Robertem Mertonem nazwiemy teoriami średniego zasięgu [2 Merton 2002]. Jedną z najbardziej użytecznych teorii dla eksplanacji wielu złożonych problemów w medycynie, pojmowanej jako struktura społeczna „sama dla siebie” i jako struktura społeczna niezwykle interaktywna wobec innych aktorów społecznych (zarówno zbiorowych, jak i indywidualnych), jest teoria grup odniesienia. Zaproponowane przez Herberta Hymana (1942 r.) pojęcie „grupy odniesienia” zostało później znacząco rozwinięte, tworząc teorię grup odniesienia, która do dziś jest wielce inspirująca.

Wiele mogą powiedzieć o tej teorii okoliczności jej narodzin. Wojna to czas ekstremalnych zdarzeń przenicowujących i przeobrażających siatki struktur społecznych, pozwalający na obserwację zwykle trudno dostrzegalnych zjawisk i procesów społecznych. Socjologia amerykańska u progu II wojny światowej była już bardzo rozwiniętą dyscypliną nauk społecznych. W armii amerykańskiej działały całe zespoły socjologów zbierających bardzo obfity materiał do badań – częściowo już w trakcie wojny formułowano z nich ważne wnioski. Jednakowy status formalny w okopach, np. status sierżanta dla białego Amerykanina z klasy średniej, oznaczał zgoła coś innego niż dla sierżanta Afroamerykanina.

W jednym z takich zespołów pracował Hyman. U podstaw jego teorii legła konstatacja, że dla jednostek i grup

wzorcami odniesienia są nie tylko wartości, wzorce zachowania, idee własnej grupy, ale także grup dla niej i dla nich obcych. Przy czym grupa odniesienia to nie tylko grupa społeczna, ale także często jednostka, idea, wzorce zachowań, przekonania. Wyróżniamy przy tym m.in. grupy odniesienia pozytywnego i negatywnego.

Zatrzymując się na chwilę przy tradycyjnym pojęciu grupy społecznej, warto docenić także i tutaj wkład Mertona. Dokonał on rzeczy nie do przecenienia – uczynił on bowiem funkcjonalizm funkcjonalnym, tzn. pozbawił go w dużej mierze brzemienia tautologii (całość funkcjonalna wobec części to część funkcjonalna wobec całości i vice versa). Wprowadzenie do analizy funkcjonalnej pojęcia funkcji ukrytej, często powodującej zaburzenia funkcjonowania struktur, znacznie ułatwiło wyjaśnianie faktów i procesów społecznych. Był on mistrzem analizy socjologicznej, a jego „wstępna lista właściwości grupy” [2 Merton 2002, s. 360–374], nigdy nieuzupełniona, okazała się praktycznie kompletną i jako narzędzie metodologiczne do dziś nie do zastąpienia. Dzieło, w którym je pomieszczono, uznano powszechnie za jedno z dziesięciu najważniejszych w literaturze socjologicznej XX wieku.

Wzięcie pod uwagę tych uwarunkowań pomogło wyjaśnić różnice w postawach i realizacji ról społecznych jednostek tej samej grupy o identycznych lub bardzo zbliżonych statusach – ponieważ mamy do czynienia ze znacznie większą liczbą zmiennych (wiele z nich będzie niedostępna oglądowi obserwatora) niż ta wynikająca z podstawowych, zwykle dostępnych parametrów. W socjologii medycyny badającej także relacje pracowników ochrony zdrowia z pacjentami (jeden z wiodących tematów badań) warto zdawać sobie sprawę z istnienia wielu zmiennych – mniej lub bardziej ukrytych. Studiując literaturę przedmiotu, można moim zdaniem zauważyć także pewien istotny

brak. Dominują analizy dwustronnych relacji, np. pacjent-lekarz [3 M. Synowiec-Piłat, A. Olchowska-Kotała, 2012, 3 A. Steciwko, J. Barański, A. Mastalerz-Migas, 2014], w rzeczywistości zaś jawi się obraz znacznie bardziej złożony – pacjent znajduje się w sieci relacji wielostronnych, medycyna jest instytucją o bardzo mocnej hierarchicznej strukturze, która wyciska wyraźne piętno na strukturze interakcji przybierających złożone wzory (np. pacjent-pielęgniarka-lekarz-rodzina-lekarz-pacjent-terapeuta itp.). Nie układają się one przy tym zazwyczaj w proste łańcuchy komunikacyjne, ale w o wiele bardziej złożone układy. Można to opisać obrazowo, i takie tezy głoszę na spotkaniach z młodymi adeptami zawodów medycznych (formalnie nazywanych wykładami, ćwiczeniami czy seminariami), że należy mówić o kwantowym charakterze rzeczywistości społecznej. Każdy aktor społeczny, a twierdzą, że szczególnie ci, którzy znajdują się w polu medycyny (co wpływa wyjątkowo autorefleksyjnie na pacjentów), jest w trudnej do oznaczenia pozycji. Autorefleksyjnie, ponieważ pacjent jest „wyrwany ze swojego kontekstu środowiskowego” i zmuszony, posługując się wziętą z interakcjonizmu symbolicznego terminologią, do bardzo głębokiej dekonstrukcji obrazu rzeczywistości i konieczności zdefiniowania nowej sytuacji, w której się znalazł z powodu niepokojących go symptomów. Znajduje się nie tylko tu i teraz, ale tak jak per analogiam cząstki elementarne, których położenie jest nieoznaczone i praktycznie niemożliwe do precyzyjnego oznaczenia – tak i pacjent po części nie może jeszcze opuścić rzeczywistości kojarzonej przez niego z rutyną dnia codziennego i odnaleźć się w nowej (nowych). Jednostka w obliczu choroby i konieczności poszukiwania medycznej pomocy zostaje więc postawiona w niecodziennej dla siebie sytuacji. Co więcej, dodatkowym utrudnieniem jest to, że włączenie zewnętrznego obserwatora skutecznie zaburza

cały układ, co bardzo utrudnia badania socjologiczne i stawia nie lada wyzwania przed badaczami.

Własne obserwacje jako uczestnika dają oczywiście tylko cząstkowy ogląd, lecz w konfrontacji także z obserwacjami innych mogą już posłużyć do stawiania hipotez o nie najlepszym stanie komunikowania się profesjonalistów medycznych ze swoimi klientami. Przyczyny są jak zwykle złożone. Jedną z podkreślanych częściej jest nierówność statusów, a jeszcze lepiej tłumaczyć to można różnicą habitusów [5 P. Bourdieu, 2005]. Habitus to pojęcie znacznie szersze, choć niewątpliwie mające istotne związki ze statusami przypisanymi i osiąganymi. Są one w istotnym stopniu z nim skorelowane. Mówiąc skrótowo, jednostka w ciągu swojego życia osiąga określone „wyposażenie”, swoisty garnitur kulturowy. Zależy jest on tak zarówno od dziedzicznego wyposażenia, otrzymanego od swojego środowiska socjo-kulturowego, jak i od starań jednostki. Przy czym, co podkreślał Bourdieu, habitus nie jest skostniałą, chociaż względnie trwałą, strukturą nabytych umiejętności, schematów myślenia, nawyków, także np. dress code'ów. I to, co jawi się ważne w kontekście wcześniej poczynionych uwag o zaburzeniach komunikacji pomiędzy pacjentem a profesjonalistami wynika nie tyle z różnicy statusów, co z bardziej fundamentalnej różnicy habitusów.

Poszukując źródeł wspomnianych powyżej zaburzeń, barier w komunikacji, warto zwrócić uwagę na to, co już kilkadziesiąt lat temu zauważył Zdzisław Bizoń. Medycyna, wykazując zdolności adaptacyjne do zmieniających się warunków cywilizacyjnych, takich jak industrializacja i postęp technologiczny, a szczególnie upowszechnienie oświaty, nie zdołała jednak równie dobrze być reaktywną wobec innych procesów, takich jak: „demokratyzacja stosunków, wzrost siły nabywczej masowego konsumenta, zmniejszenie się dystansu intelektualnego między lekarzem i większością jego

pacjentów, wzrost żądań i krytycyzmu pacjenta [...] oraz rosnącego znaczenia niektórych wartości (egalitaryzmu, wydajności, w końcu także zdrowia jako powszechnego dobra) [6 Z .Bizoń 1976 :123].

Nawiązując do ostatniej uwagi – zdrowia jako powszechnego dobra, wspomnieć warto głośną koncepcję pól zdrowia z 1974 r. Marca Lalonde’a, ówczesnego ministra zdrowia Kanady. Wśród czterech czynników determinujących stan zdrowia uznał on, że za połowę (niektóre źródła podają nawet, że w 53%, ale trudno tutaj zgodzić się na tak aptekarskie proporcje) odpowiada styl życia jednostki, a najmniej zależy on od profesjonalnej ochrony zdrowia (w około 10%). Dwukrotnie większe znaczenie przypisał wpływowi środowiska i czynnikom genetycznym (oba czynnikom po około 20% wpływów). Trudno w tym kontekście usprawiedliwić aż taki rozwój zjawiska określanego jako imperializm medyczny – o czym świadczy chociażby bardzo daleko posunięta medykalizacja życia społecznego [7. M. Nowakowski 2015]. Pojęcie medykalizacji – jedno z kluczowych, które charakteryzuje medycynę jako nowoczesną instytucję – obarczone jest wieloma zróżnicowanymi konotacjami. Ta podstawowa to objęcie profesjonalną ochroną zdrowia względnie szerokich kręgów społecznych i tym samym wypieranie różnych form leczenia niemedycegnego oraz znacząca poprawa stanu zdrowia całych populacji i średniej długości życia. Obserwujemy równoległe i zjawiska przeciwstawne, jak rozwój różnych form medycyny alternatywnej czy też komplementarnej, ruchów antyszczepionkowych itp. Jeszcze inną odsłoną tej wielowymiarowej rzeczywistości związków medycyny ze społeczeństwem jest demedykalizacja. Jej najbardziej spektakularnym przejawem było skreślenie w latach 70. ubiegłego wieku z klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM homoseksualizmu, co nie przeszkadza jeszcze do dziś niektórym trwać uporczywie

w przekonaniu, że jednak jest to zaburzenie. Innym przykładem demedykalizacji jest ruch skupiony wobec akcji „Rodzić po ludzku”, który walczy ze zmedykalizowanym położnictwem, a jest odpryskiem szerszej walki o równouprawnienie kobiet: „W latach 20. i 30. XX wieku zaczęto stosować terapie hormonalne regulujące cykl menstruacyjny, menopauzę oraz płodność. Leczone w ten sposób także osoby homoseksualne, definiując tym samym te dwie grupy społeczne jako „fizjologicznie rozchwiane” – w przeciwieństwie do mężczyzn, którzy reprezentowali „stabilną” część społeczeństwa” [8. Nowakowska 2014, s. 12], a przecież to późna forma kontroli „społecznej” nad kobietami, dla której medykacja była jakże poręcznym narzędziem – wcześniej próbowano walczyć np. z histerią, stosując różne terapie – czasami bardzo radykalne z wycinaniem jajników włącznie. Mężczyzn raczej o histerie nie oskarżano. Podsumowując swoje refleksje o medykacji ciąży i porodu, Luiza Nowakowska zauważa: „W przypadku ciąży i porodu dyskurs medyczny przejawia się w szczególności:ubożeniem sposobu rozumienia, czym jest macierzyństwo, sprowadzeniem kobiety rodzącej do biernego obiektu medycznych interwencji” [tamże, s. 20]. Stąd ruch na rzecz demedykalizacji tej sfery życia.

Przejawów medykacji jest wiele. Przypomnieć warto choćby tylko jedną z uwag Michała Nowakowskiego z jego pracy poświęconej tym tematom: „Chyba można pokusić się o stwierdzenie, że obecnie wiele osób postrzega nieśmiałość w bardziej zmedykalizowany sposób niż kiedyś [...] Ponadto, nieśmiałość i jej medyczne określenia (fobia społeczna, zespół niepokoju społecznego) stały się obiektem coraz większego zainteresowania mediów” [7 Nowakowski 2015, s. 106–7]. Wspomina się nawet o kulturowym klimacie niepokoju, co sprawia, że mamy do czynienia z epoką kultur terapeutycznych.

Wracając do wcześniejszych uwag o zakłóceniach komunikacji w relacjach terapeutycznych, barierach, niekompatybilności kodów stosowanych we wzajemnym komunikowaniu się, a także nawiązując do dorobku Pierra Bourdieu, zastanawia pewien niedostatek w literaturze przedmiotu. Nie znajduję refleksji na temat rezultatów dohumanizowania studiów medycznych i poprzez to prób zbadania jego efektów u adeptów medycyny. Nie brakuje katedr humanistycznych przy uniwersytetach medycznych (nawet wydziałowych). Bourdieu postulował i poczynił wiele starań, by uczynić socjologię nauką autorefleksyjną [9 P. Bourdieu, 2001]. Wielokrotnie podkreślał i twórczo rozwijał konieczność uprawiania socjologii socjologii: „Nauki o człowieku są skazane na to, aby ich celem było nie tylko poznanie jakiegoś przedmiotu, jak to ma miejsce w naukach przyrodniczych, ale także poznanie poznania” [10 P. Bourdieu 2006, s. 119]. Na marginesie recenzji dzieła Ervinga Goffmana jeszcze plastyczniej ujęła to Elżbieta Hałas: „Jeśli socjologia od swojego początku po dziś dzień rozwija się w rozlicznych kierunkach, w różnym stopniu sięgając do trzech tradycji intelektualnych: do nauki, z jej funkcją wyjaśniania faktów empirycznych, do humanistyki, posługującej się interpretacją dla zrozumienia ludzkich działań i ich wytworów, oraz do sztuki, z jej zdolnością przedstawiania i przekształcania rzeczywistości, to w twórczości Goffmana wszystkie te zamysły są obecne” [11 E. Hałas 2007, s. 148–149]. Refleksja socjologiczna winna być wielotorowa, a zupełnie już zabójcze jest uporczywe redukowaniem jej do „ankietkomanii” i pobieżnych medialnych pseudoanaliz. Przyglądając się dziejom światowej socjologii, warto podkreślić i ten fakt, że jedną z najczęściej przedstawianych definicji zdrowia (z ponad stu) jest definicja Talcotta Parsonsa, uznawanego za jednego z największych w amerykańskiej socjologii. Parsons jako guru funkcjonalizmu utożsamiał zdrowie z możliwością jak

najlepszego wypełniania ról społecznych. Krytycy takiego ujęcia podkreślali np., że przecież możemy wcale nieradko spotkać pacjentów z chorobami przewlekłymi, którym nowoczesne terapie pozwalają na wysokie funkcjonowanie społeczne – chociaż można dyskutować, czyż tak wysokie jak przed chorobą, zważywszy, że praktycznie zawsze będą oni poddani jakiemuś reżimowi terapeutycznemu, który mniej lub bardziej ogranicza możliwości jednostki. Granice zdrowia i choroby bywają więc nieostre, a zdefiniowanie zdrowia bardzo karkołomne. Można cofnąć się i do Durkheima – jednego z „ojców założycieli” socjologii (który także bywa uznawany za ojca socjologii medycyny), dla którego choroba to statystyczna możliwość odchylenia od przeciętnej. Również Durkheim korzystał z medycyny jako źródła do swoich analiz. Dość wspomnieć jego „Samobójstwo” z 1897 r. Samobójstwo, które Durkheim uznał za fakt społeczny wynikający ze stanu grupy społecznej, w której jednostka uczestniczy [12 Durkheim 2006] – jednocześnie dość powszechnie uznawany za przejaw zaburzenia, odchylenia od normy, dewiacji. Dewiacji rozumianej psychologizująco – socjologia bowiem zna także pozytywne konotacje tego pojęcia, operuje innym spektrum jego znaczeń.

Złożoność problematyki, którą zajęła się wyróżniona subdyscyplina socjologii, spowodowała, że w użyciu są m. in. takie terminy jak socjologia zdrowia i choroby, socjologia ciała, socjologia w medycynie, socjologia z medycyną. Jednym z ciekawszych wątków socjologii ciała była rozwijana przez Michela Foucaulta analiza biopolityki i biowładzy (szaleństwo, seksualność w dyskursie socjokulturowym) [13 M. Foucault 1987, 14 M. Foucault 2010–2020].

Główną inspiracją była myśl Zygmunta Baumana – dlaczego socjologia w świecie eksperckim? Przy nawet pobieżnym oglądzie świat ekspercki nie jest monolitem – często spotykamy się z wielogłosem. W ponowoczesnym

świecie, przez Baumana nazywanym płynną nowoczesnością [15 Z. Bauman 2006], spotykamy się także ze zjawiskiem alternatywnych ekspertów – wśród tych fałszywych autorytetów prym niewątpliwie wiedzie Andrew Wakefield. Inny aspekt tego problemu jawi się nam, gdy przyjrzymy się kwestii **medycyny a kontroli społecznej**. Tak zatytułowała Magdalena Sokołowska piątą część swojej „Socjologii medycyny” [16 1986, s. 219–228]. Jak słusznie zauważyli Włodzimierz Piątkowski i Luiza Nowakowska: „Podstawą ekspansji medycznej jest zatem wyłączna władza lekarza potwierdzania wystąpienia choroby i statusu chorego i decydowania, co jest, a co nie jest chorobą, a z drugiej strony postępująca profesjonalizacja i instytucjonalizacja praktyki lekarskiej prowadzi do zasadniczej zmiany relacji z pacjentem, który staje się w tym układzie biernym, podporządkowanym odbiorcą usług medycznych [17, Piątkowski, Nowakowska 2013, s. 27].

Nawiązując do tych uwag, inspirowanych dziełem Magdaleny Sokołowskiej, warto zacytować kilka refleksji kończących jej „Granice medycyny”: „Jaka będzie przyszła medycyna? Pomarzyć wolno. Można sobie wyobrazić, że po rewolucji naukowo-technicznej przyjdzie kiedyś rewolucja naukowo-humanistyczna, a wraz z nią nowa medycyna [...] Gmach medycyny przyszłości będzie się wspierał na dwóch filarach: jednym będzie medycyna środowiskowa zorientowana ekologicznie, nastawiona na czynniki sposobu życia –indywidualnego i zbiorowego. Medycyna społeczna i zdrowie publiczne będą zintegrowane w głównym nurcie medycyny [...] Drugim filarem, jakby po przeciwnej stronie gmachu, będzie podstawowa opieka zdrowotna nad chorą jednostką ludzką. Holistyczna, bio-psycho-socjomedyczna opieka nad całym człowiekiem. Między tymi dwoma filarami zajmie należne jej miejsce medycyna kliniczna” [18 M. Sokołowska 1980, s. 273–274]. Kilkadziesiąt lat,

które minęły od ukazania się tych przemyśleń, świadczą, że te marzenia nie powinny ulec przedawnieniu. Także i te, że: „stosunki lekarza z pacjentami i różnymi kategoriami pracowników w zespole opieki medycznej staną się bardziej egalitarne i elastyczne. I bardziej efektywne” [tamże, s. 276].

Dialog – wtajemniczeni versus ignoranci – winien być uzupełniony o trzecią stronę, inspirowaną przez refleksję socjologiczną z tej racji, że te dwie tradycyjne strony nie zawsze mogą znaleźć płaszczyznę porozumienia, zwłaszcza że obie nie są jednorodne. Medycyna jest instytucją złożoną, zhierarchizowaną. Pacjenci także orbitują w gęsto splecionych, wielorakich strukturach społecznych. Zaakcentować także trzeba, że medycyna jako instytucja zawiera szereg elementów instytucji totalnej (wg Ervinga Goffmana), co powoduje często różne przejawy przemocy symbolicznej (termin ukuty przez Pierre’a Bourdieu pozwalający sporo wyjaśnić także w skutkach funkcjonowania medycyny), naznaczania, dominacji.

Erving Goffman (najbardziej znane jego dzieło – „Człowiek w teatrze życia codziennego”) był wnikliwym obserwatorem rzeczywistości zakładów zamkniętych z perspektywy interakcjonizmu symbolicznego. Obserwacje i analizy Goffmana były tak dobitne, że spowodowały zamknięcie wielu szpitali psychiatrycznych. Szpitale ówczesne krytykowane były za to, że nie tyle leczyły, co „produkowały chorych” metodą prania mózgow, infantylizowania pacjentów. Świetną ilustracją zjawiska była książka Kena Keseya „Lot nad kukułczym gniazdem” i film pod tym samym tytułem Miloša Formana. Lektura rytuału interakcyjnego autorstwa przywołanego tutaj Goffmana może być dla medyków bardzo pożytecznym doświadczeniem [19 Goffman 2006]. W Europie nieco później – w latach 70. – zamykanie szpitali psychiatrycznych wymusił włoski profesor psychiatrii Franco Basaglia (Basaglia Law, 1978 r.).

Powyższe uwagi stanowią ilustrację szerszego zjawiska – antypsychiatrii, która przyjęła wręcz postać ruchu społecznego, który poza skrajnościami przyczynił się do istotnej reformy leczenia psychiatrycznego. Przypomnę zapomnianych już nieco dwóch polskich psychiatrów: Kazimierza Dąbrowskiego z jego teorią dezintegracji pozytywnej, wg której zaburzenia mogą być wykorzystane do przebudowy osobowości, oraz Antoniego Kępińskiego, który dokonał wręcz kopernikańskiego przewrotu w postrzeganiu przez nas choćby schizofrenii. Obaj nie zamykali się tylko w swojej wąskiej specjalizacji – byli humanistami. Widzieli „chorobę” w diachronicznym socjokulturowym kontekście. Wspomnieć tutaj ponownie wypada także Zdzisława Bizonia, współtwórcę polskiej psychiatrii społecznej, a także wnikliwego tropiciela jatrogenez – jednym z ich przejawów jest zamykanie się w bardzo wąskich specjalizacjach, wręcz „okopywanie” się w nich. Termin ukuty przez Ivana Illicha obejmuje jatrogenezę kliniczną (błędy immamentnie wynikające z funkcjonującego systemu skutkujące np. błędami lekarskimi), społeczną (to przede wszystkim medykalizacja życia, tworzenie chorób itp.), kulturową (swoista ucieczka od cierpienia, stawania twarzą w twarz z rzeczywistością). Analizy Illicha przyczyniły się do dogłębniejszej diagnozy społecznego funkcjonowania medycyny.

Początków medykalizacji doszukiwać się można, jak to zauważył w swoich socjohistoriozoficznych rozważaniach Michel Foucault, już w XVIII wieku: „Właśnie takie zjawiska zaczyna się brać pod uwagę w końcu XVIII w., co doprowadzi do powstania medycyny, której główną funkcją będzie teraz zapewnienie higieny publicznej, z organizmami koordynującymi sposoby leczenia, z centralizacją informacji, z normalizacją wiedzy, a także z kampanią uczenia higieny i medykalizacji ludności. [20 M. Foucault 2006, s. 525]. Tamże znajdziemy także następującą myśl: „Prawo suwerena

jest więc prawem skazywania na śmierć i zezwalania na życie. Teraz pojawia się nowe prawo: skazywania na życie i zezwalania na śmierć.” I to jest właśnie biopolityka, której skrajnym przypadkiem jest biowładza totalitaryzmów, którą Foucault lapidarnie ujął w formule: „im bardziej będziesz zezwalał na śmierć, tym bardziej będziesz żył” – skrajnie zbrodnicza „logika” nazistów [tamże, s. 531].

Spółeczeństwo ryzyka (zagrożeń) wymusza wręcz na socjologu konieczność szukania podpowiedzi dla uczestników tego wielowymiarowego dialogu, zwanego już *trilogue* (dialog trójstronny). Rzeczywistość społeczna coraz częściej bowiem przybiera kwantową (nieoznaczoną) postać. Inną kwestią jest równoprawność stron tej dyskusji. Decydenci lubią korzystać z rezultatów nauk społecznych w taki sposób jak pijak z latarni: nie szukają tam światła, tylko oparcia (za Alexandrem H. Leightonem) [21 S. Ossowski 2001, s. 133]. Choć wymieniłem też przykłady pozytywniejsze, dominuje jednak ta pierwsza opcja – wystarczy przyjrzeć się traktowaniu ekspertów medycznych w trakcie naszych zmagañ z pandemią. Wszelkie rady przy decydentach bywają traktowane jako zasłony dymne, a uporczywe tkwienie w nich ekspertów często trudno uzasadnić – zwłaszcza że nie wpływa to pozytywnie na ich obraz jako profesjonalistów.

Podejmując się pracy dla medycyny jako socjolog, uznaję, że najlepsze rezultaty można uzyskać, posilkując się wybranymi elementami teorii krytycznej, teorii grup odniesienia i interakcjonizmu symbolicznego dostarczających materiału na pogłębione analizy, np. tropiąc rozmaite centryzmy, funkcje ukryte badanych systemów.

Jednym z najbardziej spektakularnych przejawów tych funkcji (Eliot Freidson, Irving Zola, później Peter Conrad) było podtrzymywanie wysokiej pozycji społecznej lekarzy, koncentrowanie władzy w ich rękach, co nazwano imperializmem medycznym, a jego najbardziej odczuwalnym

przejawem okazała się medykalizacja życia społecznego. Nowsze analizy (Robert Nye) zwracają jednak uwagę na to, że lekarze w znacznym stopniu utracili status wolnego zawodu (nawet wspomina się o proletaryzacji tego zawodu). Drugą stroną medalu jest występująca w wielu odsłonach demedykalizacja: leczenia alternatywnego, niemedycznego. Jest także znana z depatologizacji homoseksualizmu. Są to więc procesy dynamiczne.

Analizować, uczuć, krytycznie wsłuchiwać się w głosy ekspertów – mówiąc w dużym skrócie – twórczo stosować metodę triangulacji [22 Konecki 2000], a także nie stosować bezkrytycznie zasady „socjologia wolna od wartości” – mylnie zresztą interpretowanej sławnej wypowiedzi Maxa Webera. Weberowi bynajmniej nie chodziło o beznamietność socjologa wobec zastanej rzeczywistości i o powstrzymanie się od jej interpretacji, od wyciągania wniosków, ale zachowanie na etapie badawczym metodologicznej dyscypliny. Nie pytaj, co medycyna może zrobić dla ciebie, pytaj, co ty możesz zrobić dla medycyny. Tych kilka uwag może być wstępem do głębszych analiz na ten temat.

Bibliografia

- [1.] M. Skrzypek, *Geneza ewolucja podstawowych kategorii analitycznych*, [w]: *Medycyna Ogólna i Nauki o zdrowiu*, t. 18, nr 4, red. A. Szpak, s. 371–378.
- [2.] R. Merton, *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*, PWN, W-Wa, 2002.
- [3.] M. Synowiec-Piłat, A. Olchowska-Kotala, red. *Socjologia i Psychologia dla pacjenta. Wybrane zagadnienia*, wyd. A. Marszałek, Toruń 2012.
- [4.] A. Steciwko, J. Barański, A. Mastalerz-Migas, red. *Agresja w opiece zdrowotnej*, Elsevier&Partner, Wrocław, 2014.

-
- [5.] P. Bourdieu, *Dystynkcja*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005. S.683
- [6.] Z. Bizoń, *Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych*, [w]: M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska, red. Socjologia a zdrowie, PWN, Warszawa 1976, s. 107–131
- [7.] [??]Oficyna Naukowa, *zdezorganizowanego*, wyd. UMCS, Lublin 2015, s. 155.
- [7.] M. Nowakowski, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdezorganizowanego*, wyd. UMCS, Lublin 2015, s. 155.
- [8.] L. Nowakowska, *Refleksje ciężą i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu*, [w]: Kultura-Społeczeństwo-Edukacja, nr 1/5/2014, red. A. Cybal-Michalska, wyd. naukowe UAM, Poznań, s. 9–24.
- [9.] P. Bourdieu oraz L. J. D. Wacquant, *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 2001, s. 306.
- [10.] P. Bourdieu, *Medytacje pascaliańskie*, wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, s. 366.
- [11.] E. Hałas, *Osobliwości interakcjonizmu Ervinga Goffmana*, [w]: Studia Socjologiczne 2007 1/184, s. 147–161.
- [12.] E. Durkheim, *Samobójstwo*. wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, s. 508.
- [13.] M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, PIW, Warszawa 1987, s. 558.
- [14.] M. Foucault, *Historia seksualności, t. 1–4*, wyd. słowo/obraz terytoria, Gdańsk, 2010–2020.
- [15.] Z. Bauman, *Płynna nowoczesność*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2006, s. 341.
- [16.] M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s. 253.
- [17.] W. Piątkowski, L. Nowakowska, *Nurt krytyczny w klasycznej polskiej socjologii medycyny. Zarys problematyki*, [w]: Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica 45, 2013.
- [18.] M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980, s. 284.

- [19.] E. Goffman, *Rytuał interakcyjny*, PWN, Warszawa 2006, s. 277.
- [20.] M. Foucault, *Wiedza i władza*, [w]: Współczesne teorie socjologiczne, red. A. Jasińska-Kania, L. M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006, s. 537–544.
- [21.] S. Ossowski, *O osobliwościach nauk społecznych*, PWN, Warszawa 2001, s. 227.
- [22.] K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria Ugruntowana*, PWN, Warszawa 2000, s. 244.

