

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris
Medicinae Legnicensis**

Zeszyt naukowy
Nr 1 (21)/2019

Materiały
z I Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji
Naukowo-Szkoleniowej
„Medycyna i prawo w opiece zdrowotnej”

Legnica 2019

Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

Redaktor naczelny:
dr n. med. Ewa Barczykowska

Redaktor naukowy:
dr hab. n. farm. Zbigniew Rykowski, prof. WSM w Legnicy

Rada naukowa:
prof. dr hab. n. med. Stanisław Pielka
dr hab. Zbigniew Rykowski, prof. WSM
prof. zw. dr hab. Aleksandr Kundytsky (*Uniwersytet Lwowski Iwana Franki – Ukraina*)
prof. Nilanjan Dey (*Uniwersytet w Kalkucie – Indie*)
adw. dr Anna Koropczuk
r.pr. Adriana Olszowy
adw. dr Magdalena Wróbel
dr n. o zdr. Wiesław Zielonka

Recenzenci zewnętrzni:
dr n. med. Beata Haor
mgr Tomasz Juraszek

Redaktor statystyczny:
mgr Waław Mazur

Redakcja językowa:
Język polski – mgr Krystyna Pękała
Język angielski – mgr Waław Mazur

Redaktor wydania:
dr n. med. Ewa Barczykowska

Skład i łamanie:
inż. Marcin Czuba

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna

Wydanie I, Legnica 2019-09-01

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

ISSN 2084-3607

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
Tel. 76 854 99 33
e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Spis treści

Table of contents

Ewa Barczykowska

Słowo wstępne

Preface..... 5

Beata Drozdek, Sylwia Kałużny, Barbara Kowalik, Mirosława Szyszyło,
Ewa Barczykowska

Indywidualny program edukacyjno-zdrowotny – studium przypadku 29-letniego pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej leczonego bez wymaganej zgody na mocy postanowienia Sądu Rejonowego

Individual Educational and Health Programme – case study of a 29-year-old patient with diagnosed paranoid schizophrenia, treated without required permission by an order of the District Court..... 8

Tomasz Juraszek, Piotr Kucha

Prawne i medyczne aspekty chorób rzadkich ze szczególnym uwzględnieniem choroby Fabry'ego (część I)

Legal and medical aspects of rare diseases with special regard to Fabry disease (part I)..... 31

Tomasz Juraszek, Wojciech Maciołek

Tajemnica zawodowa pielęgniarki i położnej (część I)

Confidentiality of a nurse and a midwife (part I)..... 42

Patrycja Nowak, Dorota Szpytma, Anna Obuchowska, Witold Zardzewiały,
Marcin Rząca

Cudzoziemiec w polskim szpitalu — udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo jako wyzwanie dla zespołu terapeutycznego

A foreigner in a Polish hospital —providing medical care to culturally different patients 51

Adriana Olszowy

Pojęcie błędu medycznego i jego rodzaje

The definition of a medical error and its types 61

Wiktor Piotrowski, Karolina Piotrowska

Komunikacja interpersonalna pielęgniarki XXI wieku w świetle ustawodawstwa zawodowego

Interpersonal communication of a 21st-century nurse in light of professional legislation 70

Magdalena Wróbel

Spółka partnerska jako forma prawna wykonywania zawodu lekarza (część I)

A partner company as a legal form of practicing the medical profession (part I)..... 82

Sylwia Diana Ziemia, Wiesław Zielonka

Uregulowania prawne udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Legal regulations of providing health services in the field of anaesthesiology and intensive care 90

Wiesław Zielonka

Ocena poziomu wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych miasta Legnicy na temat pierwszej pomocy w zakresie udrażniania dróg oddechowych

Assessment of the level of knowledge of upper secondary school students of the city of Legnica on first aid in the clearing the airways..... 102

Regulamin publikowania prac 119

Ewa Barczykowska

Słowo wstępne

Preface

Wykonywanie zawodów medycznych związane jest z przyjmowaniem licznych obowiązków wynikających z odpowiedzialności za cudze zdrowie i życie. Wymaga to posiadania kierunkowego wykształcenia, ogromnych zasobów empatii oraz wykazywania się odpowiednią postawą etyczną. W sprawowaniu profesjonalnej opieki nad pacjentem niezbędna jest również wiedza z zakresu prawa, bowiem **nieznajomość prawa nie zwalnia z odpowiedzialności**. W tym aspekcie pracownicy ochrony zdrowia niejednokrotnie mają problem z interpretacją stosownych ustaw, rozporządzeń, zarządzeń, tym bardziej że istnieją także rozbieżności w opiniach samych prawników.

Wychodząc naprzeciw zainteresowaniu środowiska medycznego w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy zorganizowano I Ogólnopolską Studencką Konferencję Naukowo-Szkoleniową pt. „Medycyna i prawo w opiece zdrowotnej.” Tematy wiodące Konferencji zasadniczo koncentrowały się wokół aspektów prawnych w praktyce medycznej, a także przestrzeganiu praw i satysfakcji pacjenta z otrzymanej opieki medycznej.

Niniejszy numer Zeszytów Naukowych jest zbiorem wybranych materiałów przedstawionych podczas tej Konferencji. Ze względu na swój wymiar praktyczny w zawodach medycznych na uwagę zasługują dwie publikacje. Radca prawny Adriana Olszowy w artykule „**Pojęcie błędu medycznego i jego rodzaje**” zawiera syntetyczną analizę pojęcia błędu medycznego oraz rozróżnienie jego rodzajów. Autorka zwraca uwagę na trudności interpretacyjne wynikające z braku definicji legalnej błędu medycznego tzn. ustalonych znaczeń sformułowań użytych w tekstach prawnych, które uznawane są za wiążące, a tworzone przez ustawodawcę. Natomiast dr n. prawnych Magdalena Wróbel w opracowaniu „**Spółka partnerska jako forma prawna wykonywania zawodu lekarza**” prezentuje podstawowe cechy spółki partnerskiej przeznaczonej dla osób fizycznych wykonujących wolny zawód, w szczególności lekarzy, pielęgniarek. Ukazuje miejsce spółki partnerskiej w systemie handlowych spółek osobowych, poszczególne jej elementy oraz formę w jakiej musi być ona zawarta.

Kolejny artykuł „**Uregulowania prawne udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii**” został opracowany przez studentkę Sylwię Dianę Ziembę, członkinię Studenckiego Koła Naukowego Ratownictwa Medycznego, WSM w Legnicy, pod opieką naukową dr n. o zdr. Wiesława Zielonki. Porządkuje uregulowania prawne oraz

opracowane przez ekspertów wytyczne, które skutkują zapewnieniem wysokiej jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, reanimacji, leczenia bólu oraz maksymalizację bezpieczeństwa i wygody pacjenta w szpitalach.

Kolejne opracowania „**Tajemnica zawodowa pielęgniarki i położnej**” oraz „**Komunikacja interpersonalna pielęgniarki XXI wieku w świetle ustawodawstwa zawodowego**” dotyczą przepisów prawnych regulujących stosunki między pielęgniarkami a uczestnikami systemu ochrony zdrowia (pacjentami). W pierwszej pracy mgr Tomasz Juraszek oraz Wojciech Maciołek dokonują analizy nierozłącznego elementu związanego z wykonywaniem zawodu medycznego – tajemnicy pielęgniarki i położnej. Natomiast doc. dr n. med. Wiktor Piotrowski i mgr Karolina Piotrowska przedstawiają przygotowanie zawodowe pielęgniarek w zakresie wiedzy i umiejętności do komunikacji interpersonalnej w opiece medycznej, w świetle aktualnego ustawodawstwa zawodowego.

Kolejne opracowania odnoszą się do indywidualnych problemów pacjentów.

Publikacja „**Prawne i medyczne aspekty chorób rzadkich ze szczególnym uwzględnieniem choroby Fabry'ego**” autorstwa mgr. Tomasza Juraszka oraz Piotra Kucha to analiza problemów diagnostycznych i terapeutycznych oraz prawa do zapewnienia przez państwo ochrony zdrowia, refundacji leczenia, dyskryminacji pacjentów z chorobami rzadkimi oraz sprzeczność rozwiązań legislacyjnych z konstytucją.

Zespół w składzie Beata Drozdek, Sylwia Kałużny, Barbara Kowalik, Mirosława Szyszyło oraz dr n. med. Ewa Barczykowska przedstawia oryginalną kazuistyczną pracę „**Indywidualny program edukacyjno-zdrowotny – studium przypadku 29-letniego pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej leczonego bez wymaganej zgody na mocy postanowienia Sądu Rejonowego**”. Recenzent niniejszego artykułu podkreśla: „*Wątek ten jest interesujący poznawczo, przy czym w dalszym ciągu kwestia przymusowego leczenia budzi wiele kontrowersji. Stąd też warto kontynuować badania w zakresie przymusowego leczenia i dzielić się wynikami w kolejnych publikacjach.*”

Natomiast autorzy Patrycja Nowak, Dorota Szpytma, Anna Obuchowska, Witold Zardzewiały, Marcin Rząca w artykule „**Cudzoziemiec w polskim szpitalu-udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo jako wyzwanie dla zespołu terapeutycznego**” podjęli próbę przekrojowej analizy określenia statusu pacjentów-obcokrajowców. Zwrócili uwagę na znaczenie szczególnej wrażliwości personelu medycznego wobec pacjentów odmiennych

kulturowo. Z opinii Recenzenta „*W pracy trafnie przywołano akty prawne zarówno o charakterze krajowym jak i międzynarodowym.*”

Kolejny artykuł ma charakter badawczy opracowany przez dr n. o zdr. Wiesława Zielonkę zatytułowany jest „**Ocena poziomu wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych miasta Legnicy na temat pierwszej pomocy w zakresie udrażniania dróg oddechowych**”. Gotowość do udzielenia pomocy w pierwszych minutach po zdarzeniu najczęściej decyduje o dalszym losie poszkodowanego. Bowiern bierna postawa świadków zdarzenia może często prowadzić lub prowadzi do utraty zdrowia, a niekiedy nawet życia osób poszkodowanych.

Ze względu na ograniczone ramy objętościowe, niniejsze opracowania nie wyczerpują tematyki. Jednak mogą skłonić do pogłębiania osobistych i zawodowych refleksji oraz być inspiracją do głębszej analizy aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodów medycznych.

Zapraszam do lektury,
dr Ewa Barczykowska

Legnica, 2019

Indywidualny program edukacyjno-zdrowotny – studium przypadku 29-letniego pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej leczonego bez wymaganej zgody na mocy postanowienia Sądu Rejonowego

Individual Educational and Health Programme – case study of a 29-year-old patient with diagnosed paranoid schizophrenia, treated without required permission by an order of the District Court

Beata Drozdek^{1,2,A-F}, Sylwia Kałużny^{1,2,A-F}, Barbara Kowalik^{1,2,A-F},
Mirosława Szyszło^{1,2,A-F}, Ewa Barczykowska^{2,A-F}

¹Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Ciborzu

²Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 1 (21): 8-30

Streszczenie

Schizofrenia jest przewlekłą, destrukcyjną chorobą psychiczną. Jej istotę stanowi obecność zaburzeń treści myślenia, spostrzegania, ekspresji emocjonalnej, rozpad integracji psychicznej, osobowości i woli oraz nieprawidłowości motoryczne. Wśród przyczyn częstych problemów zdrowotnych, a także izolacji chorych jest brak właściwych nawyków higienicznych.

Celem pracy jest przedstawienie problemów pacjenta ze schizofrenią paranoidalną, wobec którego zastosowano hospitalizację przymusową oraz podejmowano interwencje pielęgniarские w ramach Indywidualnego programu edukacyjno-zdrowotnego.

Prawidłowa opieka nad chorym ze schizofrenią obok typowo medycznych działań powinna skupić się także na zadbaniu o wygląd i higienę oraz „przywrócenia” pacjenta do pełnienia ról społecznych.

Słowa kluczowe: schizofrenia paranoidalna, hospitalizacja przymusowa, studium przypadku

Summary

Schizophrenia is a chronic destructive mental disorder. Its essence is characterized by disorders of the content of thinking, perception, emotional expression, breakdown of mental integration, personality and will, as well as motor anomalies. One of the reasons for frequent health problems and isolation of the sick is a lack of adequate sanitary habits.

Proper care of a patient with schizophrenia, apart from standard medical actions, should also concentrate on maintaining appearance and hygiene, as well as “reintroducing” the patient to fulfilling their social duties.

The aim of this work to show problems of a patient with paranoid schizophrenia who was subject to involuntary hospitalization, as well as nursing interventions undertaken within the Individual Educational and Health Programme.

Key words: paranoid schizophrenia, involuntary hospitalization, case study

Wprowadzenie

Schizofrenia jest przewlekłą, destrukcyjną chorobą psychiczną. Jej istotę stanowi obecność zaburzeń treści myślenia, spostrzegania, ekspresji emocjonalnej, rozpad integracji psychicznej, osobowości i woli oraz nieprawidłowości motoryczne. Cechą charakterystyczną jest **wycofanie się ze świata społecznego do własnego wnętrza poprzez utratę kontaktu z rzeczywistością**. Po wystąpieniu pierwszego epizodu może nastąpić okres

remisji i jest możliwe zdrowienie. Natomiast wiele osób przez lata doświadcza ciężkiej, głęboko upośledzającej i postępującej choroby z naprzemiennymi okresami nawrotów i remisji. U chorych narasta odosobnienie, dziwaczność oraz niedostosowanie, bywa także, że łagodnie wyrażone omamy i urojenia utrzymują się stale. Chory staje się niezdolny do samodzielnej egzystencji, nierzadko zaburzenia postępowania kończą się naruszeniem prawa (włóczęgostwo, kradzieże), niekiedy stwierdza się otępienie. Kolejną przyczyną częstych problemów zdrowotnych, a także izolacji chorych jest brak właściwych nawyków higienicznych. W odbiorze społecznym funkcjonuje stereotyp, że chorzy psychicznie to osoby często zaniedbane, dziwne i niebezpieczne. Prawidłowa opieka nad chorym ze schizofrenią obok typowo medycznych działań powinna skupić się także na zadbaniu o wygląd i higienę oraz „przywrócenia” pacjenta do pełnienia ról społecznych.

Celem pracy jest przedstawienie problemów pacjenta ze schizofrenią paranoidalną, wobec którego zastosowano hospitalizację przymusową oraz podjęto interwencje pielęgniarские w ramach *Indywidualnego programu edukacyjno-zdrowotnego*.

Podstawy kliniczne schizofrenii

Schizofrenia należy do grupy schorzeń psychotycznych. W klasyfikacji psychiatrycznej Światowej Organizacji Zdrowia (*ang. World Health Organization – WHO*) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego **opisywana jest jako zaburzenie myślenia, spostrzegania i afektu o dużym nasileniu, które prowadzi do istotnych zaburzeń funkcjonowania społecznego** [1]. Wspólnym elementem obrazu psychopatologicznego jest **dezintegracja psychiczna** (rozszczepienie, schizis) [2,3]. Bleuler rozróżnia charakterystyczne dla schizofrenii, długotrwałe obecne objawy podstawowe „4A”:

- zaburzenia asocjacji i afektywności,
- ambiwalencja,
- autyzm oraz występujące czasowo objawy dodatkowe zaburzenia postrzegania, urojenia, zaburzenia Ja, zmiany dotyczące mowy i pisanie, objawy wegetatywne i katatoniczne [4].

Zgodnie z koncepcją Nancy Andreasen objawy schizofrenii można podzielić na pozytywne (wytwórcze) oraz negatywne (ubytkowe) [1].

Objawy pozytywne (wytwórcze), czyli dodatkowe w stosunku do normalnego funkcjonowania. Oznaczają „nadbudowę”, „wytwarzanie” nowych procesów myślowych i poznawczych do zwykle obserwowanych. Należą do nich: omamy, urojenia, zaburzenia treści myślenia [1,3,5,6].

Objawy negatywne (ubytkowe) występują u około 60-70% chorych. Znaczenie ich narasta wraz z czasem ich trwania i polega na dostrzegalnych ograniczeniach różnych czynności psychicznych [2,3]. Należą do nich:

- **abulia** – „bezczynność” jako efekt braku zdolności czy ograniczonej zdolności do planowania i podejmowania działań o określonym, złożonym celu;
- **anhedonia** – zmniejszona zdolność lub brak zdolności do odczuwania przyjemności;
- **aspontaniczność** – spadek, utrata spontaniczności zachowań i uczuć;
- **bierność, apatia, zubożenie wypowiedzi** – wypowiedzanie się pojedynczymi słowami o ubogiej treści, małe zróżnicowanie wypowiedzi;
- **awolicja** – brak własnej woli czy jej ograniczenie;
- **spowolnienie ruchowe, mniejsza dbałość o siebie** [3].

Żaden obraz kliniczny schizofrenii nie jest taki sam [1,4]. Początek może być nagły, gdy objawy chorobowe pojawiają się w ciągu kilku dni lub szybki – z objawami narastającymi kilka tygodni. Choroba może rozwijać się też stopniowo, powoli przez kilka miesięcy a nawet lat. Objawy zakłóconego kontaktu z rzeczywistością mają różne nasilenie i wpływ na funkcjonowanie człowieka – od ledwie dostrzegalnych do uderzających [3]. W przebiegu klinicznym można wyróżnić trzy okresy: przedchorobowy, okres ostrej psychozy oraz fazę przewlekłą. **Okres przedchorobowy** pojawia się wiele lat przed wystąpieniem wyraźnych objawów psychozy. Pacjenci ze schizofrenią przejawiają często subtelne deficyty poznawcze oraz nieprawidłowości w zachowaniu, funkcjonowaniu społecznym oraz intelektualnym, nieprawidłowości w użyciu języka czy aktywności ruchowej [1,7]. Dysfunkcje przedchorobowe postrzegane są często jako dziwne lub ekscentryczne zachowania i prowadzą do odrzucenia przez otoczenie. Chorzy przestają dbać o swój wygląd zewnętrzny i higienę naruszając normy współżycia towarzyskiego i społecznego [7].

Ostra postać schizofrenii może się rozwinąć szybko i bez wcześniejszych objawów zwiastujących chorobę. Nierzadko na kilka dni lub tygodni poprzedzają ją objawy prodromalne (zwiastunowe): urojeniowy nastrój, pogłębiające się coraz bardziej dziwaczne zachowania oraz postępujące zaburzenia afektu i mowy [7]. Dominują objawy wytwórcze: omamy słuchowe, urojenia prześladowcze, objawy owładnięcia i zaburzenia myślenia. Trudności w utrzymaniu higieny osobistej oraz czystości pogarszają funkcjonowanie w życiu osobistym, zawodowym, rodzinnym i społecznym. Pojawić się mogą również objawy katatoniczne, zaburzenia afektu, lęk, zwiększa się ryzyko zachowań agresywnych

i samobójczych. Z powodu zagrożenia dla siebie i najbliższego otoczenia chorzy mogą wymagać nagłej hospitalizacji [1,7].

Przewlekłą postacią schizofrenii cechuje wystąpienie objawów ubytkowych [1]. Często występują: autyzm i zubożenie wypowiedzi, zaburzenia afektywne (włącznie z depresją). Chorzy pozostają przez dłuższy czas bierni, podejmują aktywność powoli, unikają kontaktów społecznych, rzadko nawiązują rozmowę, a nawet mogą być mutystyczni. Pacjenci bywają niezdolni do samodzielnej egzystencji, wymagają pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Prawie zawsze zaburzony jest wgląd, wystąpić mogą próby samobójcze czy agresywne zachowania. Powszechnie uważa się, że u chorych z przewlekłą schizofrenią ogólna sprawność intelektualna nie zostaje zaburzona [8].

Przebieg schizofrenii może być liniowy (ciągły, stopniowo i powoli postępujący) albo tzw. falujący (epizodyczny), z okresami nasilenia objawów chorobowych (epizodów) i powrotów do pełnego lub częściowego zdrowia. Niezależnie od przebiegu choroby osoba nią dotknięta wymaga stałego leczenia, a także postępowania profilaktycznego w okresach remisji [3].

Na podstawie przekroju obrazu psychopatologicznego i charakterystyki przebiegu **wyodrębniono klasyczne postaci schizofrenii ujęte** w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – **klasyfikacji ICD-10**. Natomiast w Stanach Zjednoczonych obowiązuje Podręcznik Diagnostyki i Statystyki Zaburzeń Psychiczych – DSM-IV. Obie te klasyfikacje uzupełniają się wzajemnie, a nieznaczne rozbieżności odzwierciedlają odmienne ujęcie koncepcji klinicznych w psychiatrii [2,9,10]. W obu klasyfikacjach wyodrębniono podobne postaci schizofrenii – Tabela 1.

Tabela 1. Typy schizofrenii

ICD-10	DSM-IV
F 20.0 Schizofrenia paranoidalna	295.30 Postać paranoidalna
F 20.1 Schizofrenia hebefreniczna	295.10 Postać zdezorganizowana
F 20.2 Schizofrenia katatoniczna	295.20 Postać katatoniczna
F 20.3 Schizofrenia niezróżnicowana	295.90 Postać niezróżnicowana
F 20.5 Schizofrenia rezydualna	295.60 ostatek rezydualna
F 20.6 Schizofrenia prosta	
F 20.8 Schizofrenia innego rodzaju	
F 20.9 Schizofrenia, nie określona	

Źródło: Wciórka J.: *Psychozy schizofreniczne* [w]: Bilikiewicz A.: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.

Studium przypadku 29-letniego pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej

W opracowaniu studium przypadku wykorzystano następujące metody gromadzenia danych: bezpośrednią i pośrednią obserwację chorego, wywiad z pacjentem, analizę dokumentacji medycznej oraz rozmowę z pracownikiem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej opiekującym się rodziną pacjenta.

Hospitalizacja umożliwia całościową obserwację objawów. Zastosowano obserwację bezpośrednią podczas wykonywania czynności pielęgniarских: w trakcie pomiarów parametrów życiowych, podczas spożywania posiłku przez pacjenta, a także wykonywania czynności higienicznych. Obserwację pośrednią prowadzono dzięki systemowi monitoringu z dyżurki pielęgniarской. Wywiad z pacjentem obejmował informacje dotyczące stanu zdrowia, reakcji na chorobę, aktualnego stosunku do choroby oraz sytuacji rodzinnej. Wywiad zebrany od pracownika socjalnego opiekującego się rodziną dotyczył sytuacji rodzinnej oraz warunków socjalno-bytowych. Uzyskane informacje odnotowano w dokumentacji pielęgniarской.

Pacjent przebywa w oddziale psychiatrycznym bez wymaganej zgody na przyjęcie do szpitala (**hospitalizacja przymusowa**) na mocy postanowienia Sądu Rejonowego w S.K. art. 29. Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego). „*O umieszczenie bez wymaganej zgody osoby chorej psychicznie na wniosek organu do spraw pomocy społecznej*” na wniosek Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w S.K.

Dwudziestodwujętni mężczyzna M.M. z rozpoznaniem lekarskim: **Schizofrenia paranoidalna (F.20.0)**. Jest to pierwsza hospitalizacja pacjenta w szpitalu psychiatrycznym. Przyjęty do szpitala 6.10.2018 roku. **Przyczyna hospitalizacji:** pacjent od dłuższego czasu izolował się, sporadycznie nawiązywał kontakt z otoczeniem. Agresywny słownie i czynnie wobec sąsiadów biorąc ich za swoich prześladowców. **Stan psychiczny podczas pierwszego badania psychiatrycznego:** pacjent przytomny, kontakt słowny formalny, negatywistyczny, nastrój dysforyczny (rozdrażnienie, poczucie utraty własnej wartości, przekonanie o bezsensie życia, negatywna ocena własnej przyszłości). Wypowiedzi urojeniowe, ksobne (prawdopodobnie halucynuje słuchowe), wypowiedzi tajemnicze (słyszy głosy „sąsiadów życzliwych bardzo”, twierdzi, że go „obserwują, podsłuchują i obgadują”, nie śpi w nocy, wychodzi na klatkę schodową obserwuje i nasłuchuje. Pacjent nie ma poczucia choroby, chce wyjść zaraz z oddziału. Podczas przyjęcia spokojny. Wprowadzono leczenie farmakologiczne: Xeplion 75 mg – raz w miesiącu w iniekcji domięśniowej oraz Olanzapine 10 mg/noc doustnie.

Zaniedbany w zakresie higieny osobistej oraz wyglądu zewnętrznego (ubranie i obuwie zniszczone i brudne). Pacjent wychudzony, wzrost 180 cm, waga 58 kg wskaźnik masy ciała (*ang. Body Mass Index, BMI*) 17,9 – niedowaga. Skóra całego ciała (oprócz twarzy, dłoni i stóp) zgrubiała, zaczerwieniona, łuszcząca się (nielezione, masywne zmiany łuszczycowe). Chory wydolny krążeniowo-oddechowo – RR 125/69mmHg, tętno 72/min, obrzęki i sinica nie występują, szmer pęcherzykowy zachowany.

Z przeprowadzonego wywiadu z chorym oraz obserwacji wynikało, że: naukę rozpoczął o czasie, uczył się przeciętnie, w szkole podstawowej powtarzał 4 klasę, ukończył gimnazjum, następnie szkołę zawodową, zdobywając zawód ślusarza. W dzieciństwie chorował na padaczkę, leczony był przez neurologa. Na łuszczycę choruje od dzieciństwa. W szpitalu nigdy się nie leczył. Podczas wyrębu lasu doznał urazu stopy – zranienie siekierą (był przez 2 tygodnie niezdolny do pracy). **Wywiad rodzinny:** „*Ojciec nie żyje, powiesił się jak miałem 3 może 4 lata, nie wiem dlaczego. Młodsza siostra wyjechała, jest zdrowa. Starsza siostra mieszka niedaleko, ma dwoje dzieci, męża. Wszystko u niej dobrze. Mama ma emeryturę, nie choruje, sprząta, gotuje. Pomagam jej. Ja pracowałem w lesie siekierą, trochę w piekarni (ok. 4 miesiące) i jak miałem nawrót łuszczycy to mnie zwolnili. Przez półtora roku pracowałem w „paleciarni” – wrzucałem drzewo na traka.*” Pacjent jest rozżalony, ma poczucie niesprawiedliwości, łatwo wpada w gniew.

Wywiad na temat rodziny zebrany od pracownika socjalnego opiekującego się rodziną. **Ojciec:** nie żyje, powiesił się z powodu choroby psychicznej na początku lat 90-tych (brak dokładnej informacji dotyczącej rozpoznania i daty). **Matka:** chora psychicznie, nie leczy się, wycofana z życia społecznego, izoluje się od innych ludzi. Ma trudności ze zrozumieniem zaburzeń zachowania swojego syna, jak i swoich. Jest bezkrytyczna w ocenie zachowania syna, uważa, że jest on tylko „trochę jest nerwowy”. Brak informacji odnośnie wykształcenia. Nigdy nie pracowała, utrzymuje się z renty socjalnej. Niezdolna do radzenia sobie z opłacaniem rachunków, kupnem opału na zimę, odzieży. Objęta opieką pracownika socjalnego, który nadzoruje rodzinę od wielu lat. **Rodzeństwo:** młodsza siostra nie żyje (w wyniku choroby psychicznej popełnia samobójstwo). Starsza siostra zameężna, ma dwoje dzieci, mieszka w tej samej miejscowości, też choruje na schizofrenię. W wyniku podjętej próby samobójczej (wyskoczyła przez okno z trzeciego piętra) jest sparaliżowana, porusza się na wózku inwalidzkim. Jest pod opieką męża i teściowej. **Warunki socjalno-bytowe:** miejsce zamieszkania – wieś, mieszkanie 3-pokojowe (blok będący wcześniej własnością PGR-u), woda bieżąca zimna, brak centralnego ogrzewania. Pracownik socjalny pomaga w utrzymaniu czystości w mieszkaniu.

Indywidualny program edukacyjno-zdrowotny

1. Identyfikacja problemów zdrowotnych pacjenta

- brak poczucia choroby – zaprzeczanie jej objawom pomimo wyraźnego pogorszenia funkcjonowania obserwowanego przez otoczenie;
- niezaradność życiowa, niezdolność do zaspokojenia podstawowych potrzeb, brak zdolności do samoopieki – pacjent nie dba o higienę osobistą i wygląd zewnętrzny.

2. Cel główny programu: usamodzielnienie pacjenta w zakresie samoopieki.

Cele szczegółowe

- ukształtowanie nawyków higieniczno-zdrowotnych poprzez pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego;
- stopniowe uzyskanie częściowej lub pełnej samodzielności w dbaniu o wygląd zewnętrzny i higienę osobistą poprzez motywowanie do samodzielnego wykonywania codziennych czynności;
- zwiększenie szacunku pacjenta wobec siebie i zachęcenie do społecznie akceptowanych zachowań.

Oczekiwane efekty: dostrzeganie i zgłaszanie potrzeb w tym zakresie higieny osobistej, dbanie o siebie w zakresie utrzymania optymalnego poziomu higieny, doboru odpowiedniego ubrania.

3. Adresat programu – pacjent hospitalizowany przymusowo w psychiatrycznym oddziale stacjonarnym.

Kryteria klasyfikacji włączenia do programu pacjenta/jego rodziny – do programu został przyjęty pacjent, u którego rozpoznano schizofrenię, zaniedbany higienicznie, wymagający aktywizacji i wykształcenia nawyków higienicznych,

Tryb zapraszania do programu – poinformowano wszystkich członków zespołu terapeutycznego o rozpoczęciu programu edukacyjnego.

4. Organizacja programu – części składowe, etapy i działania organizacyjne

Planowane interwencje

Chory został stopniowo włączany do społeczności terapeutycznej, w której stosowane są terapie grupowe, terapie zajęciowe i psychoterapie (trening umiejętności społecznych, trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy, **trening w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej**, trening umiejętności praktycznych).

Realizowane treningu w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej

- cel: utrzymanie prawidłowej higieny ciała;
- skompletowanie materiałów edukacyjnych (ulotki, broszurki, poradniki dla osób chorych na schizofrenię), karta oceny własnego wyglądu zewnętrznego – **Załącznik nr 1**;
- zakres treningu: mycie całego ciała, mycie zębów, mycie rąk, dbanie stopy, mycie włosów, pranie ręczne;
- kolejność czynności podczas treningu: wyjaśnienie pacjentowi: m.in.: *Dlaczego należy dbać o higienę osobistą? Jakie są konsekwencje braku dbałości o wygląd i higienę?* omówienie każdej trenowanej czynności, pokaz, trening umiejętności, zaprezentowanie filmu pokazującego prawidłowe wykonanie czynności higienicznych; rozmowy z pacjentem na temat znaczenia higieny i estetycznego wyglądu.

Terapia indywidualna, na którą składają się, regularne i systematycznie powtarzane zajęcia oraz różne formy zachęcania do udziału w programie. Treningi prowadzone są systematycznie i zgodnie z *Indywidualnym programem edukacyjno-zdrowotnym* przygotowanym dla pacjenta.

Terapia zajęciowa, której celem jest wyrobienie nawyków codziennej aktywności. Pacjent pod opieką pielęgniarki, opiekunki, terapeuty zajęciowego wykonuje zadania zmierzające do poprawy stanu higieny i wyrobienia nawyków higienicznych – **Załącznik nr 2**.

Zasady wykonywania zadań w ramach programu:

- podczas każdego spotkania odbywają się treningi nabywania umiejętności higieniczno-pielęgnacyjnych i terapia indywidualna;
- treningi są wykonywane pod nadzorem członków zespołu terapeutycznego (pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, opiekun medyczny);
- treningi odbywają się codziennie w godz. 7.00-7.30 i 19.00-19.30.

Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi i finansowymi – w programie wykorzystano środki do higieny i materiały edukacyjne dostępne w oddziale (Tablice 1-6) – **Załącznik nr 3**.

Bezpieczeństwo planowanych interwencji

- zapewnienie pacjentowi intymności w czasie realizacji programu;
- przechowywanie karty edukacji pacjenta zgodnie z ochroną danych osobowych.

Kompetencje personelu – warunki niezbędne do realizacji programu

- program realizować będą pracownicy oddziału psychiatrycznego: pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, opiekunowie medyczni;

- realizacja programu odbywać się będzie w oddziale: sala chorych, sala terapii zajęciowej, łazienka.

Koszty – świadczenia w ramach NFZ.

Monitorowanie i ewaluacja – Ocena jakości świadczeń w programie – ankieta badania satysfakcji pacjenta – **Załącznik nr 4. Ocena efektywności programu – pacjent nabył umiejętności w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej**

Okres realizacji programu – 01.03 – 30.06. 2019 r.

Uzasadnienie skuteczności podjętych działań

Powyższy opis przypadku ilustruje występowanie objawów psychotycznych u pacjenta w przebiegu **schizofrenii paranoidalnej, który jest obciążony rodzinnym ryzykiem wystąpienia choroby.**

Schizofrenia występuje na całym świecie i zapadalność na tę chorobę jest wszędzie zbliżona [1-3]. Przyczyny schizofrenii pozostają nieznanne. W poglądach na etiopatogenezę dominuje hipoteza neurorozwojowa, która zakłada zakłócenie toru rozwojowego ośrodkowego układu nerwowego (OUN) pod wpływem czynników genetycznych oraz środowiskowych oddziałujących we wczesnym okresie życia [1]. Istnieje wiele hipotez wyjaśniających powstawanie schizofrenii m.in. mikrouszkodzenia mózgu, zakażenia (np. wirusowe), teorie biochemiczne (dopaminowa, serotoninowa, glutaminowa). Nadmierny poziom albo wrażliwość dopaminy lub zwiększona liczba receptorów dopaminowych w części mózgu, odpowiedzialny jest za występowanie objawów wytwórczych (pozytywnych) schizofrenii, takich jak omamy czy urojenia [4]. Ryzyko zachorowania u członków rodziny chorego jest wyższe niż w populacji ogólnej i zależy od stopnia pokrewieństwa. W przypadku choroby jednego z rodziców ryzyko zachorowania wynosi 10-12%, przy obojgu chorych rodzicach wynosi aż 40% [5]. Teorie genetyczne udowadniają jedynie, że istnieje pewna rodzinna skłonność do występowania zaburzeń psychicznych, ale nie można uznać, że schizofrenia jest chorobą dziedziczną [4]. Teorie rodzinne koncentrują się natomiast, na niewłaściwej komunikacji pomiędzy członkami rodziny. Niejasny jest związek przyczynowo-skutkowy między wydarzeniami życiowymi a chorobą – schizofrenia może być konsekwencją, albo przyczyną tych wydarzeń [9].

Z opisu wynika, że u pacjenta występują urojenia i omamy słuchowe.

W praktyce klinicznej schizofrenia paranoidalna występuje najczęściej, obejmuje dwie trzecie przypadków. Cechuje się różnorodnymi, silnie zaznaczonymi urojeniami i przeważnie omamami słuchowymi (fonemami),

podczas gdy formalne zaburzenia myślenia, nastroju, napędu mowy, a także objawy katatoniczne pozostają na dalszym planie. **Urojenia** dotyczą 60-70% chorych i odzwierciedlają zniekształcenie oceny rzeczywistości [1]. Najbardziej powszechne mają treści prześladowcze, ksbne i hipochondryczne, oddziaływania zewnętrzne, wykradania i nasyłania myśli [11], somatyczne lub religijne [1]. **Omamy** (halucynacje) pojawiają się u 30-40% chorych. Zaburzenia mogą obejmować zmysły wzroku, słuchu, smaku, węchu, dotyku i polegają na realistycznym odczuwaniu doznania zmysłowego, mimo że w otoczeniu nie ma bodźca/obiektu, który mógł wywołać to doznanie [2]. Za najbardziej typowe uważane są omamy słuchowe („głosy”) komentujące zachowania chorego, prowadzące spór na jego temat [1], bądź komentujące jego myśli i działania, często w sposób krytyczny lub napastliwy. Nagłemu pojawieniu się halucynacji, towarzyszyć może silny lęk i niepokój. Zdarza się również, że chorzy słyszą głosy przyjazne bądź uspokajające. Chorzy niekiedy rozmawiają ze swoimi głosami, kłócą się albo też biernie się wsłuchują [7].

Zarysowana wyżej sytuacja pacjenta spowodowała złożenie przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej wniosku do Sądu Rejonowego „o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym osoby chorej psychicznie bez wymaganej zgody”. Uznając, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa pacjent został objęty hospitalizacją przymusową na podstawie:

„Art. 29. 1. Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie:

- 1. której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź*
- 2. która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia” [12].*

Leczenie schizofrenii powinno być wszechstronne, wytrwałe i indywidualizowane [4]. W Polsce obowiązują schematy postępowania i zalecenia dotyczące pierwszego i kolejnego epizodu, leczenia podtrzymującego, zmiany leku oraz innych szczegółowych sytuacji klinicznych. Wytyczne są aktualizowane w oparciu o dane z doniesień naukowych i praktyki klinicznej [13-15].

Z przedstawionego studium wynika, że **pacjent utracił zdolności do samodzielnego wykonywania czynności życia codziennego**: nie dba o higienę osobistą i wygląd zewnętrzny. W celu aktywizacji i wykształcenia właściwych

nawyków higienicznych pacjent został objęty Indywidualnym programem edukacyjno-zdrowotnym.

Przyczyny zmniejszonej zdolności do samoopieki wynikają z nieufności, panicznego lęku, stanu regresji, wycofania się, występowania zaburzeń spostrzegania i poznawczych. Gdy pacjent ma trudności w utrzymaniu higieny pielęgniarka:

- ustala plan potrzeb pacjenta w tym zakresie,
- towarzyszy pacjentowi do łazienki (zależnie od konieczności), aż do uzyskania samodzielności pacjenta,
- zauważa i wzmacnia wysiłki pacjenta w dążeniu do samodzielności,
- ustala z pacjentem plan codziennych aktywności, zwracając uwagę, aby czynności wymagające większego wysiłku i zaangażowania pacjenta zaplanować na okresy jego lepszego samopoczucia oraz motywować do udziału w treningach umiejętności i w zakresie wykonywania czynności życia codziennego [16].

W zaprezentowanym opisie pacjent jest podejrzliwy wobec innych, obserwowane jest upośledzenie funkcjonowania społecznego w związku z urojeniowym nastawieniem wobec otoczenia.

Przyczyny pogorszenia zachowań adaptacyjnych to: nieufność, tłumiony lub nasilony lęk, podatność na stres, niski szacunek wobec siebie, naśladowanie negatywnych zachowań, nieodpowiedni system wsparcia, dysfunkcyjny system rodzinny. Interwencje pielęgniarskie należy ukierunkować na komunikację z pacjentem, budowanie zaufania poprawiającego relację personel – pacjent i efekty prowadzonego leczenia, łagodzącego konsekwencje choroby.

W relacji z pacjentem podejrzliwym należy:

- wykazać postawę stanowczą i rzeczową, ale przyjazną;
- być uczciwym i dotrzymywać obietnic;
- zachęcać pacjenta do uczestnictwa w zajęciach w ramach społeczności terapeutycznej;
- nadzorować, aby te zajęcia nie zawierały elementów współzawodnictwa, co może nasilać poczucie zagrożenia [16].

Istotne znaczenie dla chorych na schizofrenię ma wsparcie i poczucie bezpieczeństwa otrzymywane od społeczeństwa, co bezpośrednio wpływa na przebieg terapii oraz efekty prowadzonego leczenia. Zatem konieczne jest, aby personel medyczny opiekujący się chorym przyczyniał się do zmiany społecznych wyobrażeń na temat schizofrenii i chorych. Wymagane jest podejmowanie długotrwałych i szeroko zakrojonych działań. W oparciu o szereg aktów i inicjatyw Unii Europejskiej oraz wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów w dniu

28 grudnia 2010 roku uchwalono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wśród głównych celów Programu jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb. Dokument ten zawiera kierunki działania, harmonogram, zakres obowiązków oraz budżet, mające na celu „zblizenie dostępu opieki psychiatrycznej” do środowiska życia pacjentów i ich rodzin. Model ten ma jeszcze jedno niezmiernie ważne zadanie w kontekście społecznym – „destygmatyzację” pacjentów obciążonych doświadczeniem schizofrenii [17]. Podstawową wiedzę na temat schizofrenii trafnie ujmuje Wciórka w postaci zestawu 10 tez, które przytoczone są dosłownie i przedstawione w Tabeli 2.

Tabela 2. Schizofrenia – 10 tez

1.	Schizofrenia jest chorobą – nie jest jakimkolwiek wykroczeniem, nikt nie ponosi za nią winy, wiąże się z cierpieniem i imperatywem pomocy.
2.	Schizofrenia jest chorobą o wielu wymiarach – nie tylko neurobiologicznym, lecz także osobowym, społecznym i duchowym.
3.	Schizofrenia jest nie tylko chorobą , lecz także indywidualnym i społecznym doświadczeniem człowieka.
4.	Schizofrenia nie jest chorobą dziedziczną – czynniki genetyczne wywierają wpływ, lecz nie determinują zachorowania w sposób jednoznaczny, bez udziału czynników niegenetycznych.
5.	Schizofrenia nie jest chorobą nieuleczalną – rokowanie jest poważne, lecz nie zawsze niepomysłne, a niemal zawsze można w istotny sposób chorym pomóc.
6.	Jest schizofrenia – nie ma „schizofreników” – choroba nie określa osoby chorego, zawsze zachowuje on podmiotowość i znaczne obszary zdrowego funkcjonowania.
7.	Chory na schizofrenię pozostaje człowiekiem, osobą, obywatelem – jak każdy z nas, choroba nie odbiera człowieczeństwa, godności, praw obywatelskich
8.	Chorzy na schizofrenię nie zagrażają innym bardziej niż osoby zdrowe – agresja stanowi problem u zdecydowanej mniejszości chorych, a leczenie umożliwia jej kontrolę.
9.	Chorzy na schizofrenię oczekują szacunku, zrozumienia i pomocy – należy przeciwdziałać stygmatyzacji, niezrozumieniu i dyskryminacji.
10.	Schizofrenia rzuca światło na pytania egzystencjalne wspólne chorym i zdrowym – chorzy mają wiele do powiedzenia, trzeba tylko ich uważnie słuchać.

Podsumowanie

Schizofrenia i jej objawy powodują często znaczną redukcję potrzeby dbałości o higienę osobistą, wygląd zewnętrzny oraz warunki funkcjonowania. Objawy ubytkowe wywierają duży wpływ na życie chorego powodując zaburzenia w wyrażaniu emocji, pogorszenie komunikacji i utrzymanie relacji z innymi oraz wycofanie z życia społecznego. Chorzy unikają wizyt w placówkach opieki zdrowotnej. Powszechne jest bagatelizowanie przez chorych objawów chorób somatycznych. Leczenie zaburzenia o tak złożonym obrazie i szerokim wpływie na życie osób nim dotkniętych wymaga wielowymiarowego podejścia – zarówno w zakresie postępowania medycznego,

jak i interwencji socjo- i psychoterapeutycznych. Na poprawę stanu klinicznego pacjenta wpływa zindywidualizowana terapia: trening umiejętności społecznych, terapia poznawczo-behawioralna, trening usprawniania społeczno-poznawczego.

Piśmiennictwo

1. Rybakowski F., *Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne*. W: Górna K., Jaracz K., Rybakowski J (red). *Pielęgniarstwo psychiatryczne.*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s.195-202.
2. Wciórka J., *Psychozy schizofreniczne*. W: Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2006, s.270-309.
3. Borowiecka-Kluza J., *Schizofrenia*. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/78549,schizofrenia>
4. Jones P. Buckley P., *Schizofrenia*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2006.
5. Gaebel W., *Schizofrenie i zaburzenia urojeniowe*. W: Freyberger H.J., Schneider W., Stieglitz R-D., *Kompendium psychiatrii medycyny psychosomatycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2005, s.89-107.
6. Birchwood M. Jackson C., *Schizofrenia – modele kliniczne techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*. Gdańskie Wydawnictwo Psychopatologiczne, Gdańsk 2006.
7. Sterling J.D. Hellewell J.S.E., *Psychopatologia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychopatologiczne, Gdańsk 2005.
8. Heitzman J., *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
9. Wright P., Stern J., Phelan M., *Psychiatria. Sedno*. Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 2008.
10. Wciórka J., Pużyński S. (red.), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Badawcze kryteria diagnostyczne*. “Vesalius”, IPIN, Kraków-Warszawa, 1998.
11. Jarema M., *Psychiatria w praktyce*. Wydawnictwo Medical Edukation. Warszawa 2011.
12. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535).
13. Jarema M., Rabe-Jabłońska J., *Schizofrenia*. W: Jarema M., (red.), *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2011, s. 1-46.
14. Jarema M., *Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji*. Psychiatria Polska 2008; 6, 969-977.
15. Jarema M., *Zalecenia w sprawie stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji* (wersja 31.01.2012). Psychiatria Polska 2012; 2, 313-322.
16. Górna K., Jaracz K., *Opieka pielęgniarska*. W: Górna K., Jaracz K., Rybakowski J (red.) *Pielęgniarstwo psychiatryczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s.203-224.
17. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 Dz. U. poz. 458.

KARTA TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciborzu



Całodobowy oddział psychiatryczny ogólny Terapeuta:

Nazwisko:	Imię	Diagnoza lekarska	Karta nr/m-c/rok:
-----------	------	-------------------	-------------------

1. Ergoterapia (terapia pracą)	<input type="checkbox"/>
2. Zajęcia w ośrodku rehabilitacji	<input type="checkbox"/>
3. Gimnastyka poranna	<input type="checkbox"/>
4. Samoobsługa	<input type="checkbox"/>
5. Ćwiczenia ruchowe	<input type="checkbox"/>
6. Muzykoterapia	<input type="checkbox"/>

7. Gry towarzyskie	<input type="checkbox"/>
8. Arteterapia	<input type="checkbox"/>
9. Wizyty duszpasterskie/nabożeństwa	<input type="checkbox"/>
10. Rozmowy terapeutyczne	<input type="checkbox"/>
11. Treningi umiejętności społecznych (psychoedukacja i samoobsługa)	<input type="checkbox"/>

12. Malarstwo	<input type="checkbox"/>
13. Program rehabilitacji psychiatrycznej	<input type="checkbox"/>
14. Biblioterapia	<input type="checkbox"/>
15. Inne	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>

Data	Rodzaj zajęć	Podpis

Data	Rodzaj zajęć	Podpis

Data	Rodzaj zajęć	Podpis

Podpis kierownika

Podpis kierownika

Podpis kierownika

TABLICA 1

MYCIE CAŁEGO CIAŁA

KOLEJNOŚĆ CZYNNOŚCI:

1. Zdjąć ubranie.
2. Spłukać ciało ciepłą wodą.
3. Namydlić ciało, szczególnie szyję, pachy, pachwiny stopy.
4. Spłukać całe ciało dokładnie ciepłą wodą.
5. Wytrzeć ręcznikiem.
6. Założyć czystą bieliznę.
7. Odłożyć przybory na miejsce.
8. Spłukać prysznic /wannę i wyszorować.
9. Wytrzeć podłogę.



TABLICA 2

DBANIE O ZĘBY

KOLEJNOŚĆ CZYNNOŚCI:

1. Wycisnąć trochę pasty na szczoteczkę.
2. Czyścić zęby wykonując ruchy okrężne, pionowe i od środka.
3. Wypłukać dokładnie jamę ustną.
4. Odstawić umyte przybory na miejsce,
5. Sprawdzić w kącikach ust czy nie pozostały resztki pasty.



Ustaw szczoteczkę pod kątem 45° do linii dziąseł i czyść ruchami wymiatającymi lub obrotowymi zaczynając od krawędzi dziąseł



Wykonując okrężne ruchy szczotkuj tylne zęby za pomocą wydłużonych włókien na końcu główki szczoteczki



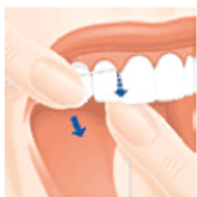
Czyść wewnętrzne powierzchnie zębów wykonując wymiatające lub okrężne ruchy w górę i w dół



Używając podwyższonych pęczków włókien szczoteczki czyść powierzchnie zujące delikatnymi ruchami posuwistymi do przodu i do tyłu



Czyszcząc język ruchami od tyłu do przodu odwrotną stroną główki szczoteczki usuniesz z jego powierzchni bakterie i zapobiegiesz powstawaniu przykrego zapachu z ust



Aby usunąć osad oraz resztki jedzenia z przestrzeni międzyzębowych, używaj nici dentystrycznej wykonując delikatne ruchy w górę i w dół

TABLICA 3

MYCIE RĄK

KOLEJNOŚĆ CZYNNOŚCI:

1. Zdjąć ozdoby
2. Zmoczyć i namydlić ręce.
3. Wyszorować szczoteczką paznokcie.
4. Spłukać ręce ciepłą wodą.
5. Osuszyć dłonie ręcznikiem.
6. Nawilżyć ręce kremem.
7. Odłożyć przybory toaletowe na miejsce.



TABLICA 4

DBANIE O STOPY

KOLEJNOŚĆ CZYNNOŚCI:

1. Zamoczyć stopy w ciepłej wodzie.
2. Namoczyć stopy.
3. Wyszorować szczoteczką paznokcie.
4. Wyszorować pumeksem pięty.
5. Spłukać stopy wodą.
6. Osuszyć ręcznikiem.
7. Odłożyć przybory toaletowe.



TABLICA 5

MYCIE WŁOSÓW

KOLEJNOŚĆ CZYNNOŚCI:

1. Spłukać włosy ciepłą wodą.
2. Wlać szampon na dłonie.
3. Okrężnymi ruchami wmasować we włosy .
4. Spłukać ciepłą wodą.
5. Osuszyć ręcznikiem, następnie suszarką.
6. Odłożyć przybory na miejsce.



TABLICA 6

PRANIE RĘCZNE

KOLEJNOŚĆ CZYNNOŚCI:

1. Nalać do miski ciepłej wody.
2. Dodać płyn do płukania.
3. Prać wyginając, pocierając.
4. Płukać 2-3 razy w czystej letniej wodzie.
5. Do ostatecznego płukania dodać płyn do płukania tkanin.
6. Wycisnąć, następnie wykręcić odsączając nadmiar wody.
7. Rozwiesić pojedynczo.



Załącznik nr 4

Ankieta badania satysfakcji pacjenta - Uczestnika programu edukacyjnego.

(Ankieta anonimowa)

Jak ocenia Pan/Pani wiedzę i kompetencje osób realizujących program?

Bardzo dobrze: Dobrze: Źle: Nie wiem:

Jak oceniania Pan/Pani dostęp do informacji o programie?

Bardzo dobrze: Dobrze: Źle: Nie wiem:

**Jak oceniają Państwo treść przygotowywanych materiałów informacyjno –
edukacyjnych (rozumiałość, przydatność, kompletność i jakość)?**

Bardzo dobrze: Dobrze: Źle: Nie wiem:

**Jak ocenia Pan/Pani swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych
umiejętności) odnośnie dbania o higienę osobistą oraz wygląd zewnętrzny?**

Bardzo dobrze: Dobrze: Źle: Nie wiem:

**Jak ocenia Pan/Pani jakość pomocy pielęgniarskiej podczas trwania
Programu?**

Bardzo dobrze: Dobrze: Źle: Nie wiem:

Która czynność sprawiła Panu/Pani największa trudność?

- golenie

- prysznic

- mycie zębów

Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi podczas trwania programu?

(Uprzejmość, dostępność, chęć udzielenia pomocy)

Bardzo dobrze: Dobrze: Źle: Nie wiem:

Jak całościowo ocenia Pan/Pani program?

Bardzo dobrze: Dobrze: Źle: Nie wiem:

Adres do korespondencji:

Beata Drozdek

Sylwia Kałużny

Barbara Kowalik

Mirosława Szyszyło

dr Ewa Barczykowska

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019

Po recenzji: 10.06.2019

Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Konflikt interesów:

Nie występuje

Copyright

© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna
w Legnicy

Prawne i medyczne aspekty chorób rzadkich ze szczególnym uwzględnieniem choroby Fabry'ego (część I)

Legal and medical aspects of rare diseases with special regard to Fabry disease (part I)

Tomasz Juraszek^{1,A-F}, Piotr Kucha^{2,A-F}

¹Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Prawa i Administracji
²Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 1 (21): 31-41

Streszczenie

Choroby rzadkie to takie, które dotyczą mniej niż 5 na 10000 ludzi. Definicja ta polega na ocenie częstości występowania choroby w populacji. Biorąc pod uwagę dane szacunkowe, zgodnie z którymi występuje około 8000 chorób rzadkich, można przypuszczać, że choroby te dotyczą około 30 milionów obywateli Unii Europejskiej. To z kolei oznacza, że w Polsce z chorobą rzadką zmagają się około 2,5 do 3,0 milionów osób. Celem niniejszej publikacji jest analiza uwzględniająca aspekty medyczne (problemy diagnostyczne, brak leków lub znacznie ograniczona dostępność leczenia, brak ośrodków referencyjnych) oraz aspekty prawne (prawo do zapewnienia przez państwo ochrony zdrowia, refundacja leczenia, dyskryminacja pacjentów z chorobami rzadkimi, sprzeczność rozwiązań legislacyjnych z konstytucją). Ograniczona wiedza personelu medycznego ma wpływ na opóźnione rozpoznanie chorób rzadkich oraz powoduje szybszy rozwój różnych powikłań wielonarządowych u pacjentów. Biorąc pod uwagę szacunkową skalę występowania chorób rzadkich popularyzacja analizowanej problematyki jest istotna, a nawet konieczna. Autorzy szczególną uwagę zwracają a chorobę Fabry'ego, której leczenie - jako jedyne na terenie Unii Europejskiej - nie jest refundowane w Polsce (sic!).

Słowa kluczowe: choroby rzadkie, choroba Fabry'ego, refundacja leczenia, enzymatyczna terapia substytucyjna, „Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich”

Summary

Rare diseases are those that affect less than 5 in 1000 people. This definition involves assessing the prevalence of the disease in the population. Taking into account the estimates, according to which there are approximately 8000 rare diseases, it can be assumed that these diseases affect about 30 million citizens of the European Union. This in turn means that 2.5 to 3.0 million people face a rare disease in Poland. The aim of this publication is to analyze the medical aspects (diagnostic problems, lack of medications or significantly limited availability of treatment, lack of reference centres) and legal aspects (the right to public health system, treatment reimbursement, discrimination of patients with rare diseases, contradiction between legislative solutions and the constitution). Limited knowledge of medical personnel influences delayed diagnosis of rare diseases and causes faster development of various multi-organ complications in patients. Considering the estimated scale of rare diseases, popularization of the analyzed issues is important and even necessary. The authors pay special attention to Fabry disease, whose treatment - as the only one in the European Union - is not refunded in Poland (sic!).

Key words: rare diseases, Fabry disease, treatment reimbursement, enzymatic replacement therapy, „National Plan for rare diseases”

„W medycynie liczy się każde życie –
każda najmniejsza szansa uratowania życia”.

Hanna Krall

Wstęp

Prezentowana publikacja poświęcona jest problematyce chorób rzadkich. W starszym piśmiennictwie spotkać można określenie *choroby sieroce*, jednak wraz z upływem czasu przedstawiciele nauk medycznych ustalili, że nomenklatura ta nie jest odpowiednia. Obecnie określa się te choroby jako rzadkie, zaś leki precyzuje się mianem *sierocych* [1]. W słowie wstępnym należy zaznaczyć, że niezwykle trudno jest ujednoczyć różnego rodzaju spostrzeżenia związane zarówno z procesem diagnostycznym jak też procesem leczenia w odniesieniu do wszystkich rzadkich jednostek chorobowych, których liczba wynosi kilka tysięcy. W związku z tym poczynione uwagi autorów odnoszą się w szczególności do choroby Fabry'ego.

Szczególnymi problemami odnoszącymi się do prezentowanego zagadnienia, które obejmuje stan prawny i wiedzę medyczną na dzień 10.01.2019r., są: ograniczona liczba pacjentów, niewielki i trudnodostępny zasób wiedzy specjalistycznej, rzadko prowadzone badania kliniczne, niejednorodna ekspresja kliniczna tej samej jednostki chorobowej oraz brak polityki zdrowotnej dotyczącej specyfiki chorób rzadkich. Powyższe kwestie, stanowiące przedmiot analizy prezentowanego opracowania, implikują opóźnienie diagnozy choroby rzadkiej, a co za tym idzie dodatkowe pogorszenie stanu zdrowia chorych oraz utratę zaufania chorych do systemu opieki zdrowotnej. Brak diagnozy lub niewłaściwa diagnoza są głównymi przeszkodami w poprawie jakości życia pacjentów z chorobami rzadkimi.

Choroby rzadkie – zarys problematyki

Choroby rzadkie to jednostki chorobowe występujące z częstością nie wyższą niż 5 na 10 000 osób. W niektórych państwach dodatkowo wyróżnia się choroby ultraradkie. W Polsce zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie zasad wdrażania terapeutycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, określono, że choroba rzadka to taka, która dotyka nie więcej niż 750 pacjentów w Polsce [2]. Większość spośród chorób rzadkich dotyka mniej niż 1 na 100 000 osób dla danej jednostki chorobowej. Pomimo, że charakteryzują się niską częstością występowania, choroby rzadkie nie są jednak rzadkością, a łączna liczba dotkniętych nimi osób jest stosunkowo wysoka. Szacuje się, że liczba chorób rzadkich wynosi od 5 do 8 tysięcy, a w ciągu życia cierpi na nie od 6% do 8% populacji. Według danych

Komisji Europejskiej [3] choroby rzadkie dotyczą od 27 do 36 milionów mieszkańców Unii Europejskiej. W populacji Polski, biorąc pod uwagę aktualne dane demograficzne [4], jest to odpowiednio od 2,3 do 3,1 mln mieszkańców. Ponad 80% chorób rzadkich ma podłoże genetyczne, a 50% nowych rozpoznań dotyczy dzieci [5].

Pacjenci dotknięci chorobami rzadkimi są dyskryminowani względem innych pacjentów w dostępie zarówno do diagnostyki jak i leczenia. Warto jednak odnotować, że od grudnia 2013 wszystkie noworodki w Polsce objęte są diagnostyką w kierunku chorób rzadkich w ramach Programu Badań Przesiewowych Noworodków. Prognozowany koszt badań przesiewowych noworodków w kierunku chorób rzadkich wyniósł w 2015 roku – 4 mln 329 tys. złotych. Biorąc pod uwagę prognozowaną liczbę noworodków – 370 tysięcy, szacowany łączny koszt badania 1 noworodka w kierunku 20-stu chorób rzadkich wyniósł około 11,7 złotych. Warto dodać, że prognozowany koszt badania jednego noworodka w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy, fenyloketonurii i mukowiscydozy wynosi odpowiednio 8,8 zł, 6,9zł i 10,44zł [6]. Niewielka różnica poniesionych kosztów na badania przesiewowe w kierunku 20-stu chorób rzadkich, w porównaniu do pojedynczych, aczkolwiek znacznie częstszych chorób, wydaje się być finansowo uzasadniona i niewątpliwie jest krokiem w stronę polepszenia warunków funkcjonowania pacjentów dotkniętych chorobami rzadkimi. Nie mniej jednak, nadal istotną kwestią pozostaje fakt braku odpowiedniej diagnostyki osób urodzonych przed grudniem 2013 roku.

Ważną kwestią w problematyce chorób rzadkich jest dostęp do nowoczesnego leczenia. Przemysł farmaceutyczny nie ma ekonomicznego interesu w opracowywaniu i sprzedawaniu leków przeznaczonych dla niewielkiej liczby pacjentów chorujących na choroby rzadkie, dlatego też leki te potocznie nazywa się „sierocymi”. Leki sieroce są zwykle bardzo kosztowne, stąd też stanowią istotne wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. W 2010 roku w magazynie „Forbes” opublikowano zestawienie najdroższych rocznych terapii lekowych [tab. 1]. Ocenia się, że w 2020 roku wydatki na leki sieroce w UE mogą osiągnąć od 4,7% do 5,9% całego budżetu lekowego [7].

Tabela 1. Zestawienie kosztów najdroższych terapii lekowych

Lek (substancja czynna)	Jednostka chorobowa	Roczny koszt terapii w USD
solaris (eculizumab)	aHUS ¹ , PNH ²	409 500
elapraxe (idursulfaza)	zespół Huntera	375 000
naglazyme (galsulfataza)	zespół Maroteaux-Lamy	365 000
cinryze (inhibitor c1-esterazy)	wrodzony obrzęk naczynioruchowy	350 000
myozyme (αglukozydaza)	choroba Pompego	300 000

arcalyst (rilonacept)	CAPS ³	250 000
fabrazyme (agalzydaza β)	choroba Fabry'ego	200 000
cerezyme (imigluceraza)	choroba Gauchera	200 000
aldurazyme (laronidaza)	zespół Hurler	200 000

¹ atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy, ² nocna napadowa hemoglobinuria,

³ okresowe zespoły zależne od kriopiryny

Choroba Fabry'ego w ujęciu klinicznym

Choroba Anderssona-Fabry'ego jest uwarunkowaną genetycznie lizosomalną chorobą spichrzeniową, której przyczyną są mutacje genów kodujących enzym – α -galaktozydazę A. Niedobór α -galaktozydazy A prowadzi do ogólnoustrojowej kumulacji glikosfingolipidów, w szczególności globotriaosyloceramidu (GL-3). Odkładanie się GL-3 w lizosomach prowadzi do postępującego uszkodzenia wszystkich narządów, głównie nerek, serca i układu nerwowego. Choroba Fabry'ego dziedziczy się w sposób sprzężonych z chromosomem X, zdecydowanie częściej chorują mężczyźni, choroba ma u nich cięższy przebieg. Ta jednostka chorobowa została opisana po raz pierwszy przez Johanesa Fabry'ego już w 1898 roku. Najnowsze badania nad chorobą Fabry'ego – prowadzone na Katedrze Fizjologii i Fizyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Innsbrucku – dostarczają wiedzy na temat możliwych mechanizmów leżących u podstaw objawów bólu neuropatycznego u pacjentów. Po raz pierwszy opublikowano zróżnicowany profil ekspresji genów DRG z myszy z niedoborem α -galaktozydazy A [8]. Częstość występowania choroby Fabry'ego wynosi 1 na 117 000. W populacji polskiej choroba ta dotyka najprawdopodobniej kilkuset pacjentów.

Pierwsze objawy choroby Fabry'ego ujawniają się najczęściej w wieku szkolnym. Nasilenie objawów w chorobie Fabry'ego jest uzależnione od resztkowej aktywności α -galaktozydazy A, czego przejawem jest różny obraz kliniczny choroby [9]. Im mniejsza aktywność enzymu tym wcześniejsza manifestacja choroby i bardziej nasilone objawy kliniczne. W piśmiennictwie zwraca się uwagę, że w trakcie spichrzenia glikosfingolipidów ulega uszkodzeniu obwodowy układ nerwowy – „*zaburzając między innymi prawidłową potliwość prowadzącą do nietolerancji wysokich temperatur i wysiłku fizycznego*” [10]. Jednym z charakterystycznych objawów jest napadowy ból dystalnych części kończyn (*akroparastezje*), trwający od kilku godzin do nawet kilku dni [11]. Kryzy bólowe uniemożliwiają normalne funkcjonowanie - chory nie jest w stanie uczyć się ani pracować. Pacjenci dotknięci chorobą Fabry'ego opisują napady bólu, jako uczucie „*gotowania się krwi w żyłach*”. Innym charakterystycznym objawem choroby są zmiany dermatologiczne typu angiokeratoma (rogowaciejące naczyniaki). Są to skupiska ciemnoczerwonych punktowych

zmian na skórze i błonach śluzowych. Okulistyczną manifestacją choroby jest zwyrodnienie wirowate rogówki (*ang. cornea verticuala*), które jednak rzadko prowadzi do poważnego upośledzenia widzenia. U części chorych występuje niedosłuch. Wraz z czasem trwania choroby dochodzi do rozwoju powikłań, najczęściej nefrologicznych i kardiologicznych. Powikłania nerkowe objawiają się białkomoczem, krwinkomoczem i postępującym spadkiem współczynnika filtracji kłębuszkowej (eGRF), co w po upływie około 10. lat prowadzi do niewydolności nerek. Powikłania kardiologiczne obejmują przerost mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, upośledzenie czynności skurczowej serca. Najczęstszą przyczyną śmierci pacjentów z chorobą Fabry'ego są incydenty sercowo-naczyniowe (udar mózgu, zawał serca).

Diagnostyka choroby Fabry'ego napotyka wiele trudności, najczęściej od pierwszych objawów klinicznych do postawienia ostatecznego rozpoznania mija wiele lat. Konsekwencją zwłoki w postawieniu ostatecznej diagnozy jest znaczne zaawansowanie zmian narządowych (niewydolność nerek, niewydolność serca). Przyczyną takiego stanu są charakterystyczne cechy chorób rzadkich – rzadkość występowania, a co za tym idzie niedostateczna wiedza i czujność diagnostyczna personelu medycznego oraz ograniczony dostęp do czułych i swoistych badań diagnostycznych. Postawienie diagnozy choroby Fabry'ego można zweryfikować na podstawie oceny aktywności α -galaktozydazy A w surowicy krwi oraz badania molekularnego.

Terapia choroby Fabry'ego wymaga wielodyscyplinarnego podejścia, w które powinni być zaangażowani lekarze różnych specjalności (pediatra, nefrolog, kardiolog, neurolog). Leczenie choroby Fabry'ego można podzielić na leczenie enzymatyczne, które opóźnia lub nawet zapobiega rozwojowi nieodwracalnych powikłań oraz leczenie objawowe. Leczenie enzymatyczne polega na dożyłnej substytucji rekombinowanej α -galaktozydazy A. Obecnie dostępne są na rynku farmaceutycznym w Polsce dwa enzymy oferowane przez dwóch producentów. Jest nim Fabrazyme (agalzydaza beta) oraz Replagal (agalzydaza alfa). Biologiczne działanie tych obu enzymów jest bardzo podobne. Generalnie oba leki dają podobny efekt leczenia i skuteczności. W 2016 roku w UE zarejestrowany został lek Galafold. Migalastat jest farmakologicznym białkiem opiekuńczym, tzw. chaperon wzmacniającym aktywność enzymu. Należy zaznaczyć, że terapia chaperonowa migalastatem to metoda skuteczna wyłącznie w przypadku pacjentów, u których choć trochę enzym α -galaktozydazy wykazuje aktywność. Jest to właściwy lek dla pacjentów wykazujących specyficzne mutacje. W obecnym stanie nauki i techniki można u pacjenta taką mutację zidentyfikować, a następnie sprawdzić na liście czy chaperon działa na konkretną mutację. Lek ten, zarejestrowany

w Europejskiej Agencji Medycznej, można zastosować u pacjentów, którzy ukończyli 16. rok życia.

Należy wspomnieć, iż spośród 28. krajów Unii Europejskiej, tylko w Polsce enzymatyczna terapia zastępcza nie jest refundowana ze środków publicznych. Polscy pacjenci otrzymujący rekombinowaną α -galaktozydazę A, mają zapewniony dostęp do tej nowoczesnej metody leczenia dzięki charytatywnemu wsparciu producenta leku. Jednakże lek ten otrzymuje tylko wąska grupa osób, zakwalifikowana uprzednio do badań klinicznych.

Leczenie objawowe obejmuje leczenie zapobiegające rozwojowi powikłań, leczenie przeciwbólowe oraz zabiegi rehabilitacyjne. Leczenie zapobiegające rozwojowi powikłań polega na profilaktyce niewydolności nerek, niewydolności serca i udaru mózgu. W ramach powyższej profilaktyki stosuje się leki hipotensyjne, hipolipemiczne i przeciwpłytkowe. Terapia standardowymi lekami przeciwbólowymi (niesteroidowe leki przeciwzapalne, paracetamol) jest nieskuteczna. Lekami z wyboru w przebiegu choroby Fabry'ego są leki przeciwdrgawkowe (karbamazepina, gabapentyna, pregabalina). Ponadto pacjenci oprócz leczenia farmakologicznego schładzają organizm w kąpielach z zimną wodą, przykładają kompresy żelowe, unikają ekspozycji na promienie słoneczne. Pacjenci dotknięci tą rzadką chorobą doświadczają postępującej niepełnosprawności. Stąd też wymagają rehabilitacji a także pomocy psychologicznej.

Ochrona zdrowia w ujęciu normatywnym

Nie należy zapominać, że prawo do zapewnienia przez państwo ochrony zdrowia znajduje swe źródło – ze względu na multicentryczność systemu prawa [12] – w aktach prawnych o charakterze ponadnarodowym. W pełni zasadny wydaje się pogląd R. Tabaszewskiego – „charakter, zakres przedmiotowy i podmiotowy prawa do zdrowia jest trudny do ustalenia *in concreto*” [13]. Zarówno skomplikowany charakter w kontekście przedmiotowym oraz podmiotowym tego prawa, jak również ograniczone ramy objętościowe podjętego opracowania, wymagają podkreślenia, że poniżej dokonano przeglądu, którego nie można uznać za całościowy.

Z pewnością do zasadniczych podstaw normatywnych w przedmiotowym zakresie należy m. in.: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, co wynika z systemu prawnego Organizacji Narodów Zjednoczonych, do którego należy Polska, zgodnie art. 25 tego aktu: „każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie i dobrobyt jego i jego rodziny, włączając w to m. in. opiekę lekarską” [14]; art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności: „Každy ma prawo do poszanowania swojego życia

(...)” zaś „niedopuszczalna jest ingerencja władz publicznych w korzystaniu z tego prawa z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę (...) z uwagi na (...) ochronę zdrowia (...)” [15]; art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Socjalnych i Kulturalnych: „Państwa uznają prawo każdego do korzystania z najnowszego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego” i „powinny podjąć dla osiągnięcia pełnego wykonania tego prawa (...) środki konieczne do: a) zapewnienia zmniejszenia wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz zapewnienie zdrowego rozwoju dziecka, b) poprawy higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach, c) zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania, d) stwarzania warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby” [16]. Prawo do ochrony zdrowia wynika jednocześnie z art. 25 sporządzonej w Nowym Jorku Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, która zapewnia: „(...) prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Państwa-strony podejmą wszelkie odpowiednie środki w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią, w tym rehabilitacji zdrowotnej” [17].

Bezpośrednio do problematyki chorób rzadkich odnoszą się europejskie akty prawne. Zgodnie z Rozporządzeniem nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z 16 grudnia 1999 r. pacjenci z chorobami rzadkimi powinni mieć możliwość leczenia na takim samym poziomie jak inni pacjenci [18]. Natomiast postulat ustanowienia planów dotyczących rzadkich chorób przez państwa członkowskie wynika z Zalecenia Rady UE z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób [19].

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy ma prawo do ochrony zdrowia [20]. O ile prawo do ochrony zdrowia znajduje swą podstawę normatywną w art. 68 ust. 1 Konstytucji, prawodawca używa sformułowania „każdy”, o tyle adresatem normy w kolejnym ustępie jest „władza publiczna” [21]. Interpretacja wyrażona przez sądownictwo konstytucyjne oraz doktrynę jednoznacznie wskazuje, że prawo do ochrony zdrowia jest prawem socjalnym [22]. Przywołany przepis nakłada na władze publiczne zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z wyraźnym zaznaczeniem, że zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej należy się m. in. osobom niepełnosprawnym. Wskazana podstawa prawna budzi wiele trudności interpretacyjnych w zakresie wykładni [23]. Niestety znawcy przedmiotu nie prognozują skuteczności powództw o pokrycie kosztów terapii

w oparciu o tę normę [24]. Równy dostęp do świadczeń nie jest tożsamy z bezpłatnym dostępem do świadczeń. Trybunał Konstytucyjny w wydanych orzeczeniach stwierdził, że z art. 68 ust. 1 „należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa” [25] a prawo równego dostępu do świadczeń ma stanowić „realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek” [26].

O ile jednak zrozumiałe wydaje się niemożliwe udzielanie świadczeń na chorobę rzadką ze względu na brak leku dostępnego na rynku farmaceutycznym, który nie został opracowany (innymi słowy postęp nauki nie jest wystarczający do skutecznego leczenia określonej jednostki chorobowej) o tyle w obecnym stanie faktycznym mamy do czynienia z dyferencjacją pacjentów. Jedni z nich mają refundowane leczenie a inni nie (przy dostępnych na rynku farmaceutycznym produktach leczniczych). Rzecz jasna w dyskusji można argumentować, że obecnie na polskim rynku nie ma zarejestrowano leku na chorobę Fabry'ego. Jednakże biorąc pod uwagę fakt, że we wszystkich krajach europejskich leczenie takie jest wdrożone i refundowane, to działania państwa polskiego w zakresie realizacji prawa do ochrony zdrowia na rzecz pacjentów z chorobą Fabry'ego są pozorne [27].

Można zatem, z perspektywy pacjenta doświadczającego chorobą Fabry'ego, mówić o naruszeniu zasady równości obywateli wobec prawa w rozumieniu art. 32 Konstytucji, który stanowi, że wszyscy są wobec prawa równi i mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Przepis ten jednocześnie wskazuje, że nikt nie może być dyskryminowany z jakiegokolwiek przyczyny. Odrębną kwestią - przy założeniu, że życie i zdrowie ludzkie jest fundamentalną wartością - pozostaje kontrowersyjność regulacji ograniczającej do 17% całego budżetu na świadczenia zdrowotne realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia [28]. Ponadto w piśmiennictwie prawniczym zwraca się uwagę by konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia rozpatrywać wraz z art. 38 Konstytucji, zgodnie z którym Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia [29].

Druga część publikacji zostanie poświęcona analizie refundacji chorób rzadkich oraz Narodowemu Planowi dla Chorób Rzadkich.

Piśmiennictwo

1. Bochenek T., *Leki sieroce w chorobach rzadkich - wyzwanie dla współczesnych systemów opieki zdrowotnej*, Nowiny Lekarskie 2013, nr 82(4), s. 338-342.
2. Zarządzenie nr 17/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10.04.2007r. w sprawie zasad wdrażania terapeutycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
3. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1537739721403&uri=CELEX:52014D C0 548> [dostęp 10.01.2019r.].
4. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2017-r-stan-w-dniu-31-xii,6,23.html> [dostęp 10.01.2019r.].
5. What is a rare disease? Eurordis – Rare Disease Europe. http://www.eurordis.org/sites/default/files/publications/Fact_Sheet_RD.pdf [dostęp 10.01.2019r.].
6. <http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/podpisany-27.02.2017-r.-program-badan-przesiewowych-novorodkow.pdf> [dostęp 10.01.2019r.].
7. Schey C., Milanova T., Hutchings A., *Estimating the budget impact of orphan medicines in Europe: 2010-2020*, Orphanet Journal of Rare Diseases 2011, nr 6, s. 62.
8. Kummer K.K., Kalpachidou T., Kress M., Langeslag M., *Signatures of Altered Gene Expression in Dorsal Root Ganglia of a Fabry Disease Mouse Model*, Frontiers in Molecular Neuroscience 2018, vol. 10, s. 1-16. Por. tychże, *Altered Gene Expression in Prefrontal Cortex of a Fabry Disease Mouse Model*, Frontiers in Molecular Neuroscience 2018, vol. 11, s. 1-14.
9. Wesolek-Kamińska B., Emich-Wichera E., Surmik J., *Choroba Fabry'ego jako problem wielospecjalistyczny*, PEDIATRIA POLSKA 2009, nr 84(5), s. 474-476.
10. Bandorowicz-Pikuła J., Pikuła S., Tylki-Szymańska A., *Patogeneza lipidowych chorób spichrzeniowych*, Postępy Biochemii 2011, nr 57 (2), s. 164-165.
11. Tamò R., Zweifel S. A., Beuschlein F., Nowak A., *Morbus Fabry – das Porträt einer seltenen Erkrankung*, Therapeutische Umschau 2018, nr 75, s. 217-224.
12. Łętowska E., *Multicentryczność współczesnego systemu prawa i jej konsekwencje*, Państwo i Prawo 2005, z. 4, s. 3.
13. Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 16.
14. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, Paryż, 10.12.1948 r., U.N. Doc. A/810 at 71.
15. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Rzym, 04.11.1950r., Dz.U. z 1993r. nr 61, poz. 284 ze zm. z protokołami dodatkowymi.
16. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, Nowy Jork, 16.12.1966r., Dz.U. z 1977r., nr 38, poz. 169.
17. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, Nowy Jork, 13.12.2006r., Dz.U. z 2012r., poz. 1169.
18. Rozporządzenie nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16.12.1999r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, Dz. Urz. UE L 18 z 22.01.2000r. z późn. zm., Dz. Urz. UE polskie wydanie specjalne, rozdz. 15, t. 5, s. 21.
19. Zalecenie Rady UE z dnia 08.06.2009r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób, Dz. U. UE z dnia 03.07.2009r., C 151/7.
20. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 02.04.1997r., Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zm.

21. Wojcieszak A., *Konstytucyjne gwarancje prawa do ochrony zdrowia* [w:], W. Nadaszkiewicz (red), *Ekonomiczne i prawne wyzwania roku 2019*, Lwów 2019, s. 250-260.
22. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24.02.2004r., sygn. akt K 54/02, Dz.U. 2004, nr 40, poz. 374; K. Ryś, *Konstytucyjne do ochrony zdrowia i prawo do szczególnej opieki zdrowotnej*, *Zeszyty Naukowe Prawa Konstytucyjnego* 2017, nr 10, s. 115; Podobnie stwierdza: M. Piechota powołując się na interpretację systemową: „prawo to jest jednocześnie socjalnym i podstawowym (ma „dwoistą naturę”)”, tenże, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, *Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i praktyka* 2012, s. 96; H. Krall, *Zdążyć przed Panem Bogiem* [w:] tenże, *Fantom bólu*. Reportaże wszystkie, Kraków 2017, s. 48.
23. Wołoszyn-Cichočka A., *Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia* 2017, vol. LXIV, nr 1, s. 225-241 wraz z cytowaną tam literaturą.
24. Pogląd taki wyraża D. E. Lach: „Nie bez znaczenia jest również istnienie drogi sądowej i możliwość konstruowania (odrębną kwestią jest, czy skutecznych) roszczeń o pokrycie kosztów terapii zgodnie np. z prawem do ochrony zdrowia (...). W takich sytuacjach [stosowanie tzw. sierocych produktów leczniczych w odniesieniu do chorób rzadkich - przyp. T.J.] należałoby odmówić skuteczności żądaniom ich sfinansowania ze środków publicznych wyprowadzanych z [konstytucyjnego - przyp. T.J.] prawa do (ochrony) zdrowia. (...) Trzeba bowiem uznać, że prawo do ochrony zdrowia nie oznacza możliwości dochodzenia (od kogo i na czyj koszt: władzy publicznej? organizatora systemu opieki zdrowotnej?) wszelkich możliwych świadczeń opieki zdrowotnej. (...) Urzeczywistnianie prawa jednostki do ochrony zdrowia w sytuacji wystąpienia ryzyka niezdrówia odbywa się w zatem ramach systemu opieki zdrowotnej i na zasadach go konstruujących”, tenże, *Kryteria „kosztowe” kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych a prawo do ochrony zdrowia*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 2017, z. 2, s. 73-74, 80; *Zob. też: tenże. Refundacja leków a równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 2014, z. 1.
25. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23.03.1999r., sygn. akt K 2/984, OTK ZU 1999, nr 3, poz. 38.
26. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 07.01.2004r., sygn. akt K 14/03OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.
27. Ponadto już dekadę temu w badaniach naukowych została potwierdzona skuteczność enzymatycznej terapii zastępczej w chorobie Fabry'ego w objawach kardiologicznych, zob. D. A. Hughes, et al. *Effects of enzyme replacement therapy on the cardiomyopathy of Anderson-Fabry disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial of agalsidase alfa*, *Heart* 2008, nr 94, s. 153–158.
28. T. Bochenek zwraca uwagę, że: „wydatki publiczne aż do 2012r. były praktycznie nielimitowane, co stanowiło swoisty wyjątek wśród innego rodzaju wydatków na opiekę zdrowotną”, tenże et. al., *Zasady refundacji leków w polskim systemie ochrony zdrowia - zarys zmian po wdrożeniu ustawy refundacyjnej i analiza ich wpływu na relacje między lekarzem a pacjentem*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013, nr 11, s. 2.
29. Grabowska S., Urbaniak M., *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce*, *Przegląd Prawa Konstytucyjnego* 2014, nr 5, s. 97.

Adres do korespondencji:

mgr Tomasz Juraszek

Piotr Kucha

e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019

Po recenzji: 10.06.2019

Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Konflikt interesów:

Nie występuje

Copyright

© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna
w Legnicy

Tajemnica zawodowa pielęgniarki i położnej (część I) Confidentiality of a nurse and a midwife (part I)

Tomasz Juraszek^{1,A-F}, Wojciech Maciołek^{2,A-F}

¹Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Prawa i Administracji

²Instytut Nauk Prawnych Polskiej Akademii Nauk

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 1 (21): 42-50

Streszczenie

Pielęgniarka i położna to zawody zaufania publicznego. Wykonywanie tych zawodów wiąże się z dostępem do informacji o najbardziej intymnych danych, odnoszących się do stanu zdrowia pacjentów. Celem prezentowanego opracowania jest dokonanie analizy nierozłącznego elementu związanego z wykonywaniem zawodu medycznego – tajemnicy pielęgniarki i położnej. Zgodnie z Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka i położna są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Autorzy podejmują się wyjaśnienia zakresu tajemnicy pielęgniarskiej wraz z jej wyłączeniami. Publikacja opiera się na stanie prawnym na dzień 20.09.2019 r.

Słowa kluczowe: tajemnica zawodowa, pielęgniarka, położna

Summary

A nurse and midwife are professions of public trust. Performing these professions involves access to information about the most intimate data relating to patients' health. The aim of the presented study is to analyze the inseparable element related to the medical profession - the confidentiality of the nurse and midwife. According to the Act on the professions of nurse and midwife, nurse and the midwife are obliged to keep information related to the patient obtained while practicing the profession, confidential. The authors aim to clarify the scope of confidentiality of a nurse along with its exclusions. The publication is based on the legal status as of September 20, 2019.

Key words: confidentiality, nurse, midwife

Wstęp

Podstawowym prawem każdego człowieka jest poszanowanie jego życia prywatnego przez inne podmioty. To konstytucyjne prawo do prywatności jest bardzo szeroko interpretowane. Wynikają z niego szerokie obowiązki nałożone na różne podmioty w zakresie poszanowania prywatności i dyskrecji w przedmiocie informacji, które są powzięte na temat innych osób. Szczególną wagę przypisuje się tzw. tajemnicom zawodowym i tajemnicom pewnych dziedzin ludzkiej działalności grupowej. Taka niewątpliwie jest tajemnica medyczna a także tajemnice zawodowe osób udzielających świadczeń w zakresie szeroko rozumianej sfery medycznej.

Ustawodawca w celu ochrony pewnych wartości doprowadził do uszczegółowienia konstytucyjnych praw. W tym celu unormowano szczegółowe regulacje w zakresie konkretnych tajemnic zawodowych. Jednym z takich przykładów jest tajemnica zawodowa pielęgniarek i położnych, określana także jako tajemnica pielęgniarska i położnicza.

Definicja tajemnicy zawodowej

W doktrynie nauk prawnych, a także w orzecznictwie trudno doszukać się definicji pojęcia tajemnicy zawodowej pielęgniarki i położnej. Chociaż jest to zagadnienie bardzo istotne z punktu widzenia praw pacjenta, podstawowych praw konstytucyjnych, czy ogólnie praw człowieka, to nie poświęca się jemu większej uwagi.

Prawnicze pojmowanie tajemnicy jest pojęciem wieloznacznym. Wyróżnia się dwa zasadnicze znaczenia. Absolutny sekret rozumiany jako fakt nieznan nikomu w ogóle poza osobą, która sekret zna [1]. W innym przypadku rozumie się przez to informację znaną tylko wąskiemu kręgowi osób [1]. Niewątpliwie tajemnice zawodowe należą do tego drugiego kręgu znaczeniowego. Kolejnym kryterium tajemnicy zawodowej jest fakt, aby była ona pozyskana w związku z wykonywaniem jakiegoś zawodu [2]. Musi to jednakże być zawód, którego wykonywanie umożliwia wejście w posiadanie czyjś sekretu.

Pojęcie tajemnicy zawodowej w ogólnym znaczeniu definiowane jest przez pryzmat zakazu [3]. Oznacza to, że ustawodawca nakłada na określone osoby obowiązek zachowania pewnych informacji w tajemnicy, jednocześnie określając im zakaz ich rozpowszechniania. Uściślając nie chodzi o podawanie pewnych informacji do wiadomości publicznej, ale nawet zakaz dzielenia się z uzyskaną wiedzą wśród nie tylko rodziny, ale także ścisłego grona współpracowników. Już sama definicja słownikowa pojęcia „tajemnicy” wskazuje na fakty, rzeczy, sprawy lub wiadomości, których nie należy rozgłaszać lub które nie powinny wyjść na jaw [4]. W dalszej części słownikowej definicji wskazuje się, że może to być określona przez przepisy prawa wiadomość, której ujawnienie jest zakazane.

W doktrynie zaś spotyka się pojęcie tajemnicy jako „pewnego sekretu charakteryzującego się tajnością i tym, że nie powinien być rozgłaszany” [5] albo wiadomości lub informacje uzyskane w związku z wykonywaniem danego zawodu [6]. Wobec powyższego można dojść do wniosku, że zarówno w języku potocznym oraz prawniczym rozumienie tajemnicy mają wspólne cechy. Jest to bowiem po pierwsze istnienie jakiejś informacji, po drugie – osoba, która te informację ma zachować tylko dla siebie.

Podstawy prawne tajemnicy pielęgniarki i położnej

Podstawowym prawem każdego człowieka jest poszanowanie jego życia prywatnego przez pozostałe podmioty. Przejawia się to także w tym, że każdy ma prawo do decydowania o swoim życiu osobistym. To podstawowe prawo

znajduje realne odzwierciedlenie nie tylko w prawnym porządku krajowym, ale także w aktach prawa międzynarodowego.

Urzeczywistnieniem prawa do poszanowania własnego życia prywatnego jest art. 47 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Stanowi on bowiem, że każdy ma równe prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz decydowania o swoim życiu osobistym [7]. Prawo do prywatności to prawo do życia własnym życiem, które można układać według własnej woli z ograniczeniem do niezbędnego minimum wszelkiej ingerencji zewnętrznej [8]. Jednym z elementów konstytucyjnego prawa do prywatności jest prawo do ukształtowania sfery prywatnego życia, w taki sposób, aby nie była dostępna dla osób trzecich [9]. Takie stanowisko znajduje także potwierdzenie w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego [10].

Zasadniczą regulacją, stanowiącą podstawę normatywną tajemnicy pielęgniarki i położnej jest art. 17 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej jako u.z.p.p.) [11]. Zgodnie z powyższym przepisem osoby wykonujące zawód pielęgniarki i położnej są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem swojego zawodu. Z art. 17 ust. 1 u.z.p.p. zatem jasno wyłania się konstytucyjne prawo pacjenta do ochrony jego życia prywatnego, w tym informacji medycznych, poprzez nałożenie ograniczenia na pielęgniarki i położne.

Literalna wykładania art. 17 ust. 1 u.z.p.p. wskazuje, że pielęgniarka i położna są zobowiązane do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych tylko w związku z wykonywaniem zawodu. *A contrario* pozwala to stwierdzić, że granice tajemnicy zawodowej wyznaczone są przez granice uprawnień pielęgniarki i położnej. Z drugiej zaś strony granice te może wyznaczać także sam pacjent, przekazując takie informacje jakie tylko chce. W tej grupie znajdują się dane medyczne, czyli informacje o stanie zdrowia, przebytych chorobach [12].

W doktrynie wskazuje się na jeszcze jedną podstawę tej tajemnicy. Zachowanie tajemnicy wywodzi się z Kodeksu etyki zawodowej a uregulowanego ww. kodeksie każda pielęgniarka i położna przyrzeka okazywać pacjent pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie bowiem z pkt. 4 przyrzeczeniom należy szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej. To stwarza nie tylko w pewien sposób prawne podstawy tajemnicy ale raczej wyznacza moralne reguły postępowania [13].

Rozszerzenia tajemnicy pielęgniarki i położnej i jej wyłączenia

Obowiązek zachowania przez pielęgniarkę i położną w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z udzielaniem świadczeń medycznych pacjentowi nie ma charakteru bezwzględnego. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej wskazuje na cztery rodzaje sytuacji, w których osoby te są zwolnione z zachowania tajemnicy. Wobec powyższego w art. 17 ust. 2 u.z.p.p. wymieniono enumeratywnie okoliczności wyłączające art. 17 ust. 1 u.z.p.p.

Zgodnie z art. 17 ust. 2 pkt 1 u.z.p.p. pielęgniarka i położna nie są obowiązane do zachowania tajemnicy zawodowej, gdy tak stanowią odrębne przepisy. Takie wyłączenie, chociaż jak wyżej wskazano katalog ten ma charakter zamknięty, prowadzi do tego, że ustawodawca na mocy przepisów szczególnych ma możliwość stosowania nieograniczonej liczby wyłączeń tajemnicy zawodowej. W doktrynie jednak wskazuje się na trzy przypadki, do których odnosi się art. 17 ust. 2 pkt 1 u.z.p.p.

W myśl art. 19 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów dane osobowe dotyczące potencjalnego dawcy, dawcy, potencjalnego biorcy i biorcy są objęte tajemnicą i podlegają ochronie przewidzianej w przepisach o tajemnicy zawodowej i służbowej oraz w przepisach dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej przez podmioty lecznicze [14]. Artykuł ten określa tzw. tajemnicę przeszczepów [15]. Zasadniczo zakres ten nie odnosi się bezpośrednio do tajemnicy zawodowej pielęgniarki i położnej ale obejmuje swym zakresem między innymi zawody medyczne. Za takowe niewątpliwie uznaje się zawód pielęgniarki i zawód położnej. Jednakże art. 19 ust. 2 ww. ustawy stanowi, że jeżeli narząd ma być pobrany od żywego dawcy podmioty, które były obowiązane do zachowania tajemnicy przeszczepów, są z niej zwolnione w zakresie danych osobowych o dawcy i o biorcy odpowiednio tym osobom. Jest to zatem taka sytuacja, w której narząd jest pobierany od żywej osoby. Przepis ten wyznacza także granice zwolnienia z tajemnicy. Dotyczy to bowiem tylko przeszczepu narządów, a więc zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 30 ustawy o przeszczepie wyodrębnionej i istotnej części organizmu ludzkiego, zbudowanego z różnych tkanek, zdolnego do utrzymywania swojej struktury, ukrwienia i możliwości pełnienia autonomicznych funkcji fizjologicznych. Obejmuje to także część narządu, jeżeli może być wykorzystana w organizmie ludzkim w tym samym celu co cały narząd. To zatem nie wyłącza stosowania art. 19 ust. 1 ustawy o przeszczepach jeżeli od żywego dawcy pobierane są komórki lub tkanki. Zgodnie zatem z art. 17 ust. 2 pkt 1 u.z.p.p. w zw. z art. 19 ust. 2 ustawy o przeszczepach pielęgniarka i położna nie ma obowiązku zachowania w tajemnicy informacji o danych osobowych dawcy i biorcy wobec ich samych,

jeżeli ma zostać pobrany narząd od żywego dawcy. Podkreślenia wymaga także to, że zakres zwolnienia z tajemnicy obejmuje tylko informacje zawierające dane osobowe. To ograniczenie ma też wyraźny zakres podmiotowy. Obejmuje bowiem tylko dwa podmioty, którym pielęgniarka lub położna mogą ujawnić te dane. Jest to biorca i dawca. A więc pielęgniarka lub położna może udzielić żywemu dawcy informacji o danych osobowych biorcy, zaś biorcy o danych osobowych żywego dawcy.

Szczegółową regulacją w zakresie art. 17 ust. 1 u.z.p.p. jest nie wątpliwie art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1878) [16]. Zgodnie z ww. przepisem osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego mają obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym się dowiedzą podczas wykonywania tych czynności. Uregulowana w art. 50 ust. 1 u.o.z.p. tajemnica psychiatryczna ma bardzo szeroki zakres przedmiotowy. W doktrynie wskazuje się, że zakres ten jest znacznie szerszy od zakresu poszczególnych tajemnic zawodowych, osób wykonujących zawody medyczne [17]. Tym samym tajemnica ta ma znacznie szerszy zakres niż sama tajemnica pielęgniarki i położnej wynikające bezpośrednio z ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Ustawodawca mimo znaczenia tajemnicy psychiatrycznej w art. 50 ust. 2 u.o.z.p. wprowadził pięć wyjątków, a właściwie pięć podmiotów w stosunku, do których osoby obowiązane do zachowania tajemnicy są zwolnione. Jedną z takich osób zgodnie z art. 50 ust. 2 pkt 1 u.o.z.p. jest lekarz sprawujący opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi. Jest to na tyle istotne wyłączenie, albowiem tajemnica psychiatryczna dotyczy wszystkich osób wykonujących czynności wobec pacjenta. Brak takowego wyłączenia oznaczałby, że pielęgniarka nie mogłaby udzielić informacji o stanie pacjenta lekarzowi sprawującemu opiekę nad pacjentem. Wobec tego zgodnie z art. 17 ust 2 pkt. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 50 ust. 2 pkt 1 u.o.z.p. pielęgniarka i położna są zwolnione z obowiązku zachowania tajemnicy w stosunku do lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto w art. 50 ust. 2 pkt. 2-5 u.o.z.p. wskazane są pozostałe podmioty, które mogą uzyskać informację o wszystkim, czego osoba wykonująca czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego się dowiedziała w związku z wykonywaniem tych czynności. Jednakże w stosunku do tych osób, wyłączenie z zachowania tajemnicy jest ograniczone. O ile w stosunku do lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi pielęgniarka i położna będzie całkowicie zwolniona z tajemnicy, o tyle w stosunku do pozostałych podmiotów zwolnienie jest ograniczone [18].

Stosownie zatem do treści art. 17 ust 2 pkt 1 u.z.p.p. z wz. z art. 50 ust 2 pkt 2-3 u.o.z.p. od obowiązku zachowania tajemnicy pielęgniarka i położna jest zwolniona w stosunku do właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej a także w stosunku do osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne. Natomiast art. 50 ust. 2 pkt 4-5 u.o.z.p. określa podmioty, które należą do grupy organów ścigania. W stosunku zatem do Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Służby Ochrony Państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych. Zaś w stosunku do policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.

Zakres wyłączenia tajemnicy zawodowej pielęgniarki i położnej w postępowaniu karnym

Ochrona tajemnicy zawodowej ma na celu zabezpieczenie, tzn. swoistą ochronę w relacjach pomiędzy osobą wykonującą zawód zaufania publicznego i posiadającą w związku z wykonywaniem tego zawodu szereg informacji o czym już była mowa we wstępie. Ochroną tajemnicy zawodowej związane są osoby, których zawody w regulacjach ustawowych (*lex specialis*) przewidują obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. E. Plebanek oraz M. Rusinek wyrażają przekonanie odnośnie gwarancji dyskrecji jako niezbędnego elementu do relacji opartej na zaufaniu co w przypadku wykonywania zawodu zaufania publicznego jest niezbędnym elementem do prawidłowego wykonania usługi [19]. Mamy zatem do czynienia z tajemnicą adwokacką, tajemnicą notarialną, tajemnicą radcowską, tajemnicą dziennikarską [20], tajemnicą spowiedzi [21], lekarską a także tajemnicą pielęgniarską.

Szczególnym przepisem w stosunku do art. 17 ust. 2 pkt. 1 u.z.p.p. jest art. 180 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1987 ze zm.). Stanowi on bowiem z jednej strony obowiązek, zaś z drugiej – uprawnienie. Zgodnie z ww. przepisem osoby obowiązane do zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek. Przepis

ten reguluje kwestie przesłuchania osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy w związku z wykonywaniem zawodu.

O zdjęciu tejże tajemnicy decyduje sąd wystając stosowne postanowienie, wówczas osoba ta (pielęgniarka) zeznaje na prawach świadka. Kodeks postępowania karnego przewiduje dwie przesłanki, które muszą zostać spełnione, aby można było zwolnić depozytariusza tajemnicy zawodowej. Pierwsza z nich to dobro wymiaru sprawiedliwości – zwrot niedookreślony wymagający konkretyzacji *a casu ad casum* [22]. Druga przesłanka to zastosowanie zwolnienia z tajemnicy zawodowej tylko w sytuacji, gdy nie ma możliwości ustalenia określonych faktów na podstawie innego materiału dowodowego.

W związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki kontrowersyjną pozostaje nowela art. 180 § 2 Kodeksu postępowania karnego, która przewiduje ułatwienia procesowe odnoszące się do zwolnienia z tajemnicy zawodowej odnoszące się do rozszerzenia podmiotów zwalniających z tej tajemnicy. Nowy kształt przedmiotowej regulacji zakłada możliwość zwolnienia z tajemnicy nie tylko przez sąd, ale także przez prokuratora prowadzącego postępowanie przygotowawcze. Komentatorzy wskazują, że; „stosując wykładnię literalną, należy uznać, że takiego wniosku nie będzie mógł złożyć inny organ prowadzący postępowanie przygotowawcze, np. Policja” [23]. Regulacja ta budzi wiele kontrowersji [24]. Jedną z nich jest konflikt z przepisem zawartym w art. 266 § 1 k.k. stanowiącym, że każdy, „kto wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.”

W nauce prawa podnosi się argumenty, że prokurator jest podmiotem zainteresowany, zgromadzeniem stosowanego materiału dowodowego celem sporządzenia aktu oskarżenia a to oznacza, że nie pozostaje on bezstronny w taki sposób jak sąd. Zwolennicy rozszerzenia tego poglądu popierają swoje argumenty faktem, że owe rozszerzenie nie stanowi zagrożenia dla dobra wymiaru sprawiedliwości, albowiem na postanowienie w przedmiocie zwolnienia z tajemnicy zawodowej przysługuje zażalenie do sądu na zasadach ogólnych [25].

Zamiast podsumowania

Wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej to nie tylko społeczne uznanie. To także nieustanne podnoszenie kwalifikacji, które winny odnosić się – poza wiedzą medyczną – do znajomości przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. Jednym z istotnych, wręcz fundamentalnych

obowiązków zawodowych pielęgniarek i położnych jest przestrzeganie tajemnicy zawodowej, która pozwala zdobyć zaufanie pacjentów - potrzebne do realizacji procesu leczenia oraz do zapewnienia im komfortu podczas pobytu w placówce leczniczej.

Ograniczone ramy objętościowe niniejszego opracowania nie pozwoliły na dokonanie analizy innych przypadków zwolnienia z tajemnicy zawodowej, czasu obowiązywania tajemnicy oraz aspektów związanych z ochroną danych osobowych w związku z wejściem do polskiego obrotu prawnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/769 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE. Aspekty te zostaną podjęte w kolejnej, drugiej części.

Piśmiennictwo

1. Rusinek M., *Tajemnica zawodowa i jej ochrona w polskim procesie karnym*, Warszawa 2007.
2. Kurek J., *Tajemnice zawodów prawniczych. Tajemnica adwokacka*, Monitor Prawniczy 2013, nr 23, s. 1278.
3. Patyra S., *Konstytucyjne gwarancje ochrony tajemnicy zawodowej radcy prawnego* [w:] R. Stankiewicz, *Tajemnica zawodowa radcy prawnego*, Warszawa 2018.
4. *Słownik języka polskiego*, t. 3, pod red. M. Szymczaka, Warszawa 1996, s. 439.
5. Warylewski J., *Tajemnica adwokacka i odpowiedzialność karna za jej naruszenie (ujawnienie)*, Palestra 2015, z. 5-6, s. 7.
6. Kucharczyk M., *Charakter prawny tajemnicy adwokackiej w ujęciu historycznym*, CzPKiNP 2007, nr 1, s. 59.
7. Wąsik D., *Tajemnica lekarska w procesie karnym*, Prokuratura i prawo 2018, nr 1, s. 126.
8. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 11.10.2011 r., sygn. akt K 16/10, OTK-A 2011, Nr 8, poz. 80.
9. Braciak J., [w:] B. Banaszak, A. Preisner (red.), *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, Warszawa 2002, s. 289.
10. Zob. U 5/97, OTK 1998, Nr 4, poz. 46. Por także: L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2009, s. 104.
11. Ustawa z dnia 15.07.2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 2011, nr 174, poz. 1039.
12. Łuków P., Wrześniewska-Wal I., *Prywatność pacjenta a kształcenie medyczne*, Prawo i Medycyna 2008, Nr 3, s. 13; K. W. Kubiński, *Ochrona życia prywatnego człowieka*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 1993, z. 1, s. 65.
13. Karkowska D., Włodarczyk C., *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Lex 2013, część II, rozdział 2, podrozdział 12.1.
14. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. 2005, nr 169, poz. 1411.
15. Świtła K., *Katalog tajemnic związanych z wykonywaniem zawodów medycznych*, Monitor Prawniczy 2014, nr 13, s. 718.
16. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 1878.

17. Światała K., *Katalog tajemnic związanych z wykonywaniem zawodów medycznych*, Monitor Prawniczy 2014, nr 13. s. 718.
18. Chorbot P., *Tajemnica psychiatryczna*, Monitor Prawniczy 2014, nr 14, s. 769.
19. Plebanek E., Rusinek M., *Ujawnienie tajemnicy zawodowej w procesie karnym a odpowiedzialność karna*, Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych 2007, z. 1, s. 73.
20. Specyficznym rodzajem tajemnicy zawodowej jest tajemnica dziennikarska, albowiem zwolnić w procesie karnym dziennikarza z obowiązku zachowania tajemnicy (w zakresie źródeł pozyskanych przez niego informacji) można wyłącznie w sytuacjach nadzwyczajnych, tj. najpoważniejsze przestępstwa takie jak zamach terrorystyczny.
21. Tajemnica adwokacka w zakresie realizacji prawa do obrony oraz tajemnica dziennikarska stanowią szczególny rodzaj tajemnicy. Oznacza to, że sąd nie może zwolnić księdza (duchownego) oraz adwokata z zeznawania, na okoliczności które swym zakresem obejmują treści objęte tajemnicą.
22. Zgodnie z postanowieniem Sądu Apelacyjnego w Katowicach - II Wydział Karny z dnia 28 czerwca 2017 r., sygn. akt. II AKz 397/17 pojęcie dobra wymiaru sprawiedliwości należy utożsamiać przede wszystkim z koniecznością ustalenia prawdy materialnej w toku postępowania karnego, Prokuratura i Prawo 2018, nr 4, poz. 30.
23. Boratyńska K. T. [w:] Sakowicz A. (red.), *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, wyd. 8. Warszawa 2018, Komentarz do art. 180, teza nr 17, Legalis.
24. Warchoł M. – wiceminister sprawiedliwości wskazuje, że tajemnica nie stanowi przywileju depozytariusza a obowiązek jej zachowania jest wyznaczony troską o interes publiczny, którego rzecznikiem *Komentarz*, wyd. 8. Warszawa 2018, Komentarz do art. 180, teza nr 17, Legalis. jest prokurator; E. Świętochowska, *Tajemnica zawodowa na wyciągnięcie ręki prokuratora. Zmiana w procedurze karnej ułatwi zdobywanie poufnych informacji*, Dziennik Gazeta Prawna z dnia 25.09.2018 r., <https://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/1273453,tajemnica-zawodowa-adwokacka-zmiany-w-procedurze-karnej.html> [dostęp 10.10.2019 r.]
25. Gruszecka D. [w:] Skorupka (red.), *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, Warszawa 2019, wyd. 31. Tezy do art. 180, Legalis.

Adres do korespondencji:
mgr Tomasz Juraszek
Wojciech Maciołek
e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019
Po recenzji: 10.06.2019
Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna
w Legnicy

Cudzoziemiec w polskim szpitalu —udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo jako wyzwanie dla zespołu terapeutycznego

A foreigner in a Polish hospital —providing medical care to culturally different patients

Patrycja Nowak^{1,A-F}, Dorota Szpytma^{2,A-F}, Anna Obuchowska^{1,A-F},
Witold Zardzewiały^{1,A-F}, Marcin Rząca^{1,A-F}

¹Studenckie Koło Naukowe, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 1 (21): 51-60

Streszczenie

Wstęp: Liczba migracji ekonomicznych, politycznych czy dobrowolnych do krajów Unii Europejskiej w ostatnich latach znacznie wzrosła. W wyniku rozwoju gospodarczego, również w Polsce pojawia się większa liczba osób odmiennych kulturowo. Różnice międzykulturowe mogą generować trudności nie tylko w codzienności, ale także podczas udzielania niezbędnej pomocy medycznej obcokrajowcom.

Cel pracy: Przedstawienie różnic kulturowych generujących trudności dla pielęgniarki podczas opieki nad pacjentem z innego kraju oraz wyzwań pojawiających się podczas tej opieki.

Material i metody: W pracy dokonano analizy piśmiennictwa.

Wyniki: Bariera językowa, etyczna czy obyczajowa w relacji pacjent-pielęgniarka znacznie utrudnia wykonywanie świadczeń medycznych. Sytuacja ta wymaga współpracy między personelem a pacjentem i jego rodziną. Zatem, aby osiągnąć efektywną komunikację z pacjentem odmiennym kulturowo ważne jest uszanowanie jego interpretacji własnego stanu zdrowia, słuchanie tego co ma do powiedzenia, ale także zapewnienie mu możliwości zadawania pytań. Niezwykle ważna jest również edukacja, zarówno pacjenta, w przypadku konieczności uzyskania zgody na wykonanie czynności medycznej, a także pielęgniarki w zakresie kultury czy religii, aby móc, w miarę możliwości dostosować opiekę medyczną do jego potrzeb.

Wnioski:

1. Różnice kulturowe generujące trudności w udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą dotyczyć np. pacjentki-muzułmanki, całkowicie podporządkowanej mężowi bez możliwości

Summary

Introduction: The number of economic, political or voluntary migrations to European Union countries has increased significantly in recent years. As a result of economic development, a larger number of culturally different people appear also in Poland. Intercultural differences can generate difficulties not only in everyday life, but also when providing necessary medical help to foreigners.

The objective of the study: The aim of the study was to present cultural differences that generate difficulties for a nurse while caring for a patient from another country and the challenges arising during this care.

Material and methods: The study analyzes the literature.

Results: The language, ethical or moral barrier in the patient-nurse relation makes it very difficult to perform medical services. This situation requires cooperation between the staff and the patient and his family. Therefore, in order to achieve effective communication with a culturally different patient, it is important to respect his/her interpretation of one's own health, to listen to what he/she has to say, but also to provide him/her with the opportunity to ask questions. Education is also extremely important, both in the case of the need to obtain permission to perform an activity, and also in the field of culture or religion, in order to be able to adapt medical care to patient's needs.

Conclusions:

1. Cultural differences that generate difficulties in providing health services may concern, for example, a Muslim patient who is completely subordinate to her husband without the possibility to provide for herself or Latin-American patient, whose health information is given to family,

samoświadomości czy pacjenta latynoskiego, o którego stanie zdrowia jest poinformowana rodzina, lecz nie on sam, w celu chronienia go przed niepotrzebną informacją.

2. Rozwiązaniem trudności w komunikacji może okazać się skorzystanie z wiedzy pośrednika międzykulturowego, tłumacza czy Internetu.

3. Niezbędne są szkolenia kadry medycznej w zakresie udzielania pomocy pacjentom wielokulturowym, aby zminimalizować uprzedzenia i stereotypy oraz zapewnić najwyższą jakość opieki.

Słowa kluczowe: różnice kulturowe, świadczenia medyczne, cudzoziemcy

but not to himself, in order to protect him from bad news.

2. The solution to the difficulties in communication may be to use the knowledge of an intercultural mediator, translator or the Internet.

3. Medical training is necessary to provide assistance to multicultural patients in order to minimize prejudices and stereotypes and ensure the highest quality of care.

Keywords: cultural differences, medical services, foreigners

Wstęp

Masowe migracje zagraniczne, datowane są na przełom XIX i XX wieku. W głównej mierze były następstwem rewolucji przemysłowo-gospodarczej oraz sytuacji politycznej związanej z wybuchem zarówno I jak i II wojny światowej. Echo przemian dokonywanych po zakończeniu działań wojennych tj. powstanie Rady Europy czy rozpad ZSRR spowodowało wzrost mobilności zagranicznej, zarówno na poziomie krajowym jak i wspólnotowym. Sytuacja migracyjna Polski, będącej przez wiele lat krajem tranzytowym jest odmienna od większości krajów Unii Europejskiej. Nieposiadanie istotnych rozwiązań przyjmowania i kontroli migrantów, charakterystycznych w innych krajach dzięki ich tradycji migracyjnej, a także brak niezbędnych środków finansowych stało się niemałym wyzwaniem wobec rosnącego wskaźnika ludności napływowej. Zatem niezwykle istotny okazał się fakt dynamicznego reagowania na rozwój zjawiska. Przyspieszenie zmian strategii migracyjnej wymuszone zostało procesem dostosowywania sytuacji polityczno-prawnej w Polsce wobec dorobku Unii Europejskiej [1].

W efekcie możliwe było uchwalenie Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 roku o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w której określone zostały m. in. zasady świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z Ustawą pomoc medyczna obejmuje te same świadczenia, jakie przysługują osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, jednak z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji [2]. Warte podkreślenia jest to, iż sytuacja ta dotyczy osób oczekujących na przyznanie ochrony międzynarodowej w Polsce-statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej – Tabela 1. Migranci przebywający w Polsce nielegalnie mają prawo jedynie do bezpłatnej opieki zdrowotnej w sytuacji zagrożenia życia, realizowanej przez wyjazdowe zespoły pogotowia ratunkowego oraz leczenia wybranych chorób m. in. gruźlicy, objętej obowiązkowym, a tym samym bezpłatnym leczeniem. Jednak sytuacja dotycząca ciężarnych cudzożemiek nie

jest w pełni określona. Na podstawie Konwencji o Prawach Dziecka państwo jest zobowiązane do zagwarantowania bezpłatnego świadczenia wszystkim brzemiennym, bez względu na ich status prawny. Zapis dotyczący opieki medycznej kobiet w ciąży i dzieci znajduje się również w Konstytucji RP [3]. Pomimo tego migrantka oczekująca dziecka i przebywająca w Polsce nie posiada automatycznego prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Obecna luka w prawie wymusza na kobiecie nieposiadającej dokumentów lub przebywającej w Polsce w wyniku pozyskania innego statusu niż status stały przedstawienie ubezpieczenia, aby uzyskać świadczenia zdrowotne w czasie ciąży, porodu lub połogu [4].

Tabela 1. Dane liczbowe dotyczące postępowań prowadzonych wobec cudzoziemców w latach 2018, 2015, 2012 oraz 2009

Osoby, które złożyły wniosek o zezwolenie na pobyt stały (obywatele państw trzecich)	Rok			
	2018	2015	2012	2009
Liczba osób	17 421	12 595	4 746	3 526

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-okresowe/zestawienia-roczne> (dostęp 09.07.2019 r.)

Odmienność kulturowa, religijna i obyczajowa w relacji pacjent - zespół terapeutyczny

Zasady refundacji świadczeń zdrowotnych i ich dość zawite rozwiązania prawne to nie jedyne przeszkody, z którymi może się spotkać uchodźca przebywający w Polsce. Odmienność kulturowa, religijna i obyczajowa to kolejny element mogący powodować rozmaite trudności w relacji pacjent – zespół terapeutyczny. Dylematem okazuje się już samo rozumienie zdrowia i choroby w obrębie innych kultur. Pojęcia te nie mają uniwersalnego znaczenia, natomiast ich sens zależy od szerokości geograficznej, na której są kategoryzowane. Zjawiska uważane w jednej kulturze jako proces patofizjologiczny, w innej mogą zostać uznane jako oznaka zdrowia, a w kolejnej nie wykazywać żadnego znaczenia w kontekście fizjologii człowieka. Powodowane jest to odmiennościami przyczyn i objawów danej choroby w zależności od klimatu w określonym regionie świata. W niektórych populacjach stan epidemiologiczny jest uznawany jako prawidłowy, nie warunkujący podjęcia leczenia. Taka sytuacja ma miejsce na przykład w Afryce. W niektórych częściach kontynentu malaria uznawana jest za powszechną chorobę, którą każda osoba powinna przeżyć. Również glistnica u małych dzieci w wielu społecznościach nie jest stanem patologicznym. Podział ten nie dotyczy, jak pozornie mogłoby się wydawać, tylko skrajnie odległych

rejonów świata, ale również obecny jest w kulturze wschodniej i indyjskiej. W Indiach ogromną rolę w rozumieniu choroby odgrywają bóstwa i duchy, traktowane jako drogowskazy tego, co przytrafia się w życiu. Wobec tego cierpienie fizyczne podczas stanu chorobowego okazuje się karą za złe czyny popełnione w aktualnym bądź poprzednim życiu. Inaczej postrzegany jest ten termin w kulturach wschodnich. Osoba pozostaje w pełni zdrowa, jeśli jest w stanie spełniać powierzone jej role społeczne. Dlatego też kobieta uznana jest jako pełna sił witalnych, jeśli jest w stanie zająć się domem i dziećmi, zaś mężczyzna wtedy, gdy będzie potrafił zapewnić byt rodzinie. Społeczeństwo zacznie ich postrzegać jako chorych, jeśli nie będą potrafili fizycznie sprostać nałożonym na nich kulturowo obowiązkom. Pewną analogię można zaobserwować w kulturze arabskiej, w której zdrowie, postrzegane jest jako dar od Boga, a choroba spowodowana jest złym urokiem, problemami w rodzinie oraz brakiem równowagi między ciepłem a zimnem [4].

W praktyce pielęgniarstwie, obecność na oddziale pacjenta wierzącego w stan równowagi ciepła i zimna, może oznaczać trudność z zaakceptowaniem przez niego konieczności na przykład otwarcia okien czy drzwi w celu przewietrzenia sali czy schłodzenie obrzęku lodem lub chłodnym żelem.

Znajomość różnic kulturowych pozwala zrozumieć zespołowi terapeutycznemu postępowanie cudzoziemców w szpitalu, które należy poznać, uszanować, a także o ile to możliwe zapewnić odpowiednie warunki przebywania na oddziale. Umożliwienie zachowań tradycyjnie wpisanych w daną kulturę usprawnia proces zdrowienia i wyróżnia się pozytywnym wpływem na samopoczucie jednostki.

Bardzo silne relacje rodzinne można zaobserwować u Romów, w kulturze muzułmańskiej i chińskiej. Pozwala to na branie czynnego udziału w podejmowaniu decyzji medycznych zarówno przez chorego jak i członków rodziny, którzy zapewniając wsparcie emocjonalne oraz materialne odgrywają znaczącą rolę w czasie przebiegu leczenia. Dlatego pacjent często może odwlekać podjęcie znaczącej decyzji z uwagi na chęć konsultacji z rodziną. Zespół terapeutyczny powinien uwzględnić ten fakt w planowaniu terapii i pozwolić na wymianę opinii na linii pacjent-jego rodzina.

Nieco inaczej wygląda sytuacja w kulturze latynoskiej, gdzie bliscy chorego chcąc go uchronić przed niepomyślną informacją na temat rokowań, która może pogorszyć stan jego zdrowia, dopuszczają kwestię zatajania wiadomości o chorobie, podejmując decyzje w imieniu pacjenta. Pośredniczenie jest bardzo widoczne również w kulturze muzułmańskiej, jednak w tym przypadku opiera się na innych zasadach i dotyczy w znakomitej większości pacjentów-kobiet. Tradycja uniemożliwia chorej podjęcie samodzielnej decyzji, a także rozmowę z

lekarzem bez wyraźnej zgody męża lub ojca. Mężczyzna postanawia o rodzaju badania, które może zostać wykonane u pacjentki, to on również rozmawia z lekarzem o przebiegu leczenia [5,6]. Z dużą dezaprobatą może spotkać się obecność lekarza – mężczyzny podczas leczenia muzułmanki. Taka sytuacja wywołuje brak zgody zarówno męża kobiety, jak i samej chorej. Mąż, nieobecny osobiście przy porodzie, jest w pobliżu, właśnie po to, aby móc decydować o najważniejszych kwestiach dotyczących jego żony. Również zakrycie ciała, włosów ma duży wpływ na ogólne samopoczucie chorej, pozwalając na zachowanie poczucia bezpieczeństwa i stabilności [7].

Pracownicy ochrony zdrowia są zatem narażeni na liczne problemy, wynikające z różnic obyczajowych, postrzegania zdrowia i choroby oraz personelu medycznego odmiennej płci. Sporo przeszkód mogą wywoływać restrykcje wynikające z wyznawanej wiary. Największa i najbardziej rozpoznawalna z nich dotyczy Świadców Jehowy. Wyrażają oni z przyczyn religijnych, silny sprzeciw wobec transfuzji krwi i produktów krwiopochodnych. Opierając się na zapisach dotyczących zawartych zarówno w Starym, jak i Nowym Testamencie. Ponadto, jak sami twierdzą, według Boga krew uosabia życie, zatem ich odmowa wynika z posłuszeństwa wobec Stwórcy, jako Dawcy życia [8]. Brak zgody jednak stwarza szereg wątpliwości nad słusznością tego twierdzenia. Często warunkuje to przerwanie terapii w sytuacji, gdy przetoczenie krwi mogłoby uratować, bądź znacznie przedłużyć życie pacjenta.

U chorych należących do społeczności żydowskiej wymagane jest pytanie o preferowane zabiegi medyczne i pielęgnacyjne, jednak co ważne transfuzja krwi i produktów krwiopochodnych nie spotyka się z odmową. Brak restrykcji dotyczy również muzułmanów, buddystów i społeczności hinduizmu. W kulturach tych możliwe jest zatem przetaczanie krwi, produktów krwiopochodnych, dokonywanie amputacji, transplantacji organów oraz biopsji [5].

Istnieją też inne przeszkody religijne mogące wpływać na udzielaną pomoc pacjentom wywodzącym się z tradycji muzułmańskiej. Pierwszą z nich jest przekonanie o „czystości” prawej ręki, zaś lewej uznanie za potrzebną tylko podczas czynności toaletowych. Zatem w przypadku unieruchomienia prawej ręki chorego czy objęcie jej niedowładem skutkuje koniecznością pomocy pacjentowi w czynnościach takich jak na przykład jedzenie. Ważne jest, aby pracownik służby zdrowia podawał pokarm swoją prawą ręką. Zrozumiały wydaje się też brak zgody założenia wenflonu na lewą rękę. Kwestię sporną stanowi również alkohol, a raczej zakaz jego spożywania przez muzułmanów. Zgodnie z zakazem – haram, w życiu doczesnym, ziemskim nie wolno muzułmanom spożywać alkoholu. Zatem można się spotkać w praktyce pielęgniarstwie z brakiem zgody na podanie leku w swoim składzie zawierającym

alkohol. Jednak znacznie częściej praktykowana jest decyzja o wyższości wartości takich jak zdrowie i życie nad restrykcjami religijnymi, istotna jest tu przyczyna podania leku, a nie sama obecność w nim alkoholu [9].

Tabela 2. Przykładowe odmienności kulturowe, z którymi może spotkać się zespół terapeutyczny oraz preferowane sposoby zachowania się członków zespołu terapeutycznego [5,6]

Kultura, z której pochodzi dana różnica kulturowa	Różnica kulturowa	Preferowane zachowanie członków zespołu terapeutycznego
afrykańska	odmienność w postrzeganiu pojęcia choroby: w niektórych częściach kontynentu malaria uznawana jest za powszechną każdy powinien ją przeżyć	uwzględnienie odmienności kulturowej pacjenta, zapewnienie pacjentowi poczucia zrozumienia
indyjska	odmienność w postrzeganiu cierpienia: cierpienie fizyczne podczas stanu chorobowego okazuje się karą za złe czyny popełnione w aktualnym bądź poprzednim życiu	uwzględnienie odmienności kulturowej pacjenta, zapewnienie pacjentowi poczucia zrozumienia
wschodnia	odmienność w postrzeganiu pojęcia zdrowia i choroby: osoba jest w pełni zdrowa, jeśli jest w stanie spełniać powierzone jej role społeczne, a chora nie jest w stanie ich spełniać	uwzględnienie odmienności kulturowej pacjenta, zapewnienie pacjentowi poczucia zrozumienia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kiszka J., Ozga D., Mach A., Krajewski R.: Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, nr 1, 2018 r, Lublin, str.30-35 oraz Majda A., Zalewska-Puchała J.: Uwarunkowania kulturowe opieki pielęgniarstwa w rodzinie. W: Ślusarska B., Marcinowicz L., Kocka K.: *Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa*. Warszawa, 2019, PZWL, str.111-122.

Wyzwania komunikacyjne na oddziale

Chęć lepszego, bardziej godnego życia czy ucieczka z miejsca ogarniętego działaniami wojennymi to przykłady przyczyn ruchów migracyjnych ludności. Polska stając się krajem bezpiecznym, ustabilizowanym gospodarczo stopniowo przekształca się ze społeczeństwa monokulturowego w wielokulturowe. Duży wpływ na to miało dołączenie Polski do Unii Europejskiej, a w związku z tym możliwość swobodnego podróżowania po Europie. Według Urzędu do spraw cudzoziemców w 2018 roku liczba cudzoziemców posiadających ważne zezwolenia na pobyt w Polsce wzrosła o 47 tysięcy osób [10]. Nie wiadomo jednak ilu obcokrajowców przebywa w Polsce, będąc nielegalnie zatrudnionymi. Pobyt w innym kraju traktowany jest przez nich jako otwarcie na inne perspektywy, szansę na lepsze zarobki i rozwój, choć zdarza się, iż schronienie się w Polsce to jedyne wyjście na zapewnienie sobie i swojej rodzinie bezpieczeństwa. Jednak częstym zjawiskiem okazuje się deficyt poczucia bezpieczeństwa i przynależności, dodatkowo potęgowany niepewnością przedłużenia zgód na pobyt i ryzykiem konieczności powrotu do miejsca ucieczki. Oprócz braku jasnych perspektyw na poczucie wyobcowania ma wpływ również bariera językowa. Trudności w komunikacji, związane z tym

nieporozumienia powodują u cudzoziemców zaniżanie własnej wartości. Częstym skutkiem nieznanomości języka jest trudność ze znalezieniem pracy lub degradacja w sferze zawodowej, charakteryzująca się objęciem stanowiska poniżej uzyskanych kwalifikacji [7].

Opisane przeszkody bezpośrednio wpływają na zachowania pacjentów z innych krajów. Brak prawa pobytu i ubezpieczenia zdrowotnego sprawia, że zdecydowana większość migrantów obawia się kosztów za skorzystanie z pomocy medycznej. Skutkuje to odwlekaniem konsultacji medycznej do osiągnięcia stanu zagrożenia życia wymagającego natychmiastowej interwencji. Kolejnym powodem takiej sytuacji jest niepokój o ewentualną deportację z powodu nieuregulowanego statusu pobytu. Nieznajomość polskiego systemu służby zdrowia jest również kolejną przyczyną unikania i odwlekania wizyty w placówkach ochrony zdrowia [5]. Zawilość i częsty brak organizacji powoduje zdezorientowanie u polskich pacjentów, którzy będąc odsyłani z miejsca na miejsce, nie raz czują się zagubieni w sieci szpitalnych korytarzy i plikach dokumentów. Nie inaczej jest z obcokrajowcami, u których dodatkową trudnością jest język polski, pełen dwuznaczności i odmian gramatycznych, a posługiwanie się nim wiąże się, zwłaszcza na początku nauki, z licznie popełnianymi błędami rzutującymi na istotne kwestie.

Dodatkowo niezwykle istotną różnicę stanowi też sposób komunikacji. Można wyróżnić kultury niskokontekstowe i wysokokontekstowe, w których akcentowane są okoliczności sytuacyjne, sposób mówienia, intonacja, dobór gestów, czyli te wszystkie czynniki, które można uznać jako należące do komunikacji niewerbalnej. Zatem według opisanego klucza, kultura niskokontekstowa będzie charakteryzowała się otwartością w wyrażaniu oczekiwań widoczną w gestykulacji, mówieniem pewnym, stanowczym tonem, nie przykładanie wagi do zbędnych ceremoniałów czy etykiety. Pacjenci wywodzący się z krajów, takich jak Stany Zjednoczone, Australia, kraje skandynawskie, cenią sobie szczerłość i szybkie, lecz skuteczne załatwienie sprawy. Nie ma znaczenia status rozmawiających ze sobą ludzi, lecz wartością jest umiejętność wyrażania oczekiwań. Chorzy, gdy nie zgadzają się na jakiś zabieg czy interwencję, wyraźnie to akcentują. Mają też łatwość dyskusowania, zadawania pytań na tematy intymne. Wiąże się to również ze wzrostem wymagań wobec zespołu terapeutycznego oraz podjętego leczenia i chęci ciągłej kontroli swojego stanu zdrowia.

Natomiast w kulturach wysokokontekstowych (na przykład azjatyckich, arabskich, latynoamerykańskich), w których istotne jest tło danej sytuacji, status społeczny osób prowadzących konwersację, łącząca ich lub ich rodziny relacja oraz miejsce prowadzenia tej rozmowy. Łatwe do zaobserwowania jest formalny

ton, zgodność z etykietą, tradycją i kulturą. Powszechność posługiwania się metaforami, bogatą symboliką sprawia, że powstaje wiele niedomówień, które w przypadku mówienia wprost mogłyby nie mieć miejsca. Charakterystyczne jest również uprzejme zgadzanie się z rozmówcą, a szczerowość odbierana jest jako brak dojrzałości i dobrego wychowania. Utratą szacunku i zaufania może grozić zatem wyrażanie własnej negatywnej opinii i brak zgody na proponowane działanie. Biorąc to pod uwagę zespół terapeutyczny powinien wykazać się spostrzegawczością podczas kontaktu z pacjentem wywodzącym się z kultury wysokokontekstowej. Zwracać większą uwagę na zachowanie, gesty, a nie na słowa. U tych pacjentów rzeczą nienaturalną jest przyznanie się do odczuwania bólu, chłodu czy strachu i właśnie w tych przypadkach niezbędne są otwarte szeroko oczy, które potrafią zauważyć to, czego pacjent nie potrafi powiedzieć i wskazać [7].

Podążanie za zmianami, edukacja personelu

Powyższy opis różnic dotyczących tradycji czy sposobów komunikacji jasno wskazuje na potrzebę wzrostu kompetencji kulturowych wśród pracowników służby zdrowia. Charakter współczesnej opieki opiera się w głównej mierze na profesjonalizmie i technice, co nie pozwala na zawiązanie relacji z pacjentem, niezbędnej przy budowaniu poczucia zaufania i bezpieczeństwa. Podczas tworzenia relacji efektywne okazuje się uważne słuchanie pacjenta, utrzymywany, ale nie narzucający się kontakt wzrokowy. Ważne jest, aby personel medyczny udzielający pomocy migrantom posiadał wiedzę lub ewentualny łatwy dostęp do informacji o jego kulturze i religii, by móc dostosować opiekę, na ile to możliwe, do potrzeb cudzoziemców. W sytuacjach nie wymagających nagłej interwencji medycznej pomocna może okazać się obecność w szpitalu pośrednika międzykulturowego, który pełniąc rolę tłumacza, dodatkowo potrafi odczytać kontekst kulturowy podczas rozmowy pacjenta z lekarzem. Można również posiłkować się Internetem, używając programu tłumaczącego na dany język i stron internetowych poświęconych różnym kulturom. Organizowane są coraz częściej także szkolenia kadry medycznej w udzielaniu pomocy medycznej cudzoziemcom z ograniczeniem stereotypów i uprzedzeń. Wszystkie działania mają na celu usprawnienie komunikacji, a tym samym podniesienie jakości udzielanych usług medycznych i poziomu zadowolenia pacjenta.

Podsumowanie

Migranci przebywający w Polsce, obok innych procedur prawnych dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, spotykają się również z szeregiem trudności wynikających z braku znajomości języka polskiego,

uprzedzeń wobec ich narodowości obecnych w opinii publicznej oraz różnic międzykulturowych. Dlatego aby jak najbardziej zminimalizować poczucie wyobcowania i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa tym pacjentom niezbędne są szkolenia kadry medycznej, pomoc pośrednika międzykulturowego oraz zdobywanie informacji w Internecie. Pozwoli to na zapewnienie opieki na równym poziomie u wszystkich pacjentów - rdzennych mieszkańców i obcokrajowców. Migracje ludności mające miejsce na całym świecie, dotyczą także kadry medycznej. Profesjonaliści medyczni rozpoczynający pracę w innych krajach, odmiennych kulturowo muszą zapoznać się z ich tradycjami i przyjętymi normami, dotyczącymi rdzennych mieszkańców, ale także koegzystującymi z nimi ludźmi o odmiennym pochodzeniu i kulturze. Mnogość wyznań, odmienności związane z tradycją w silny sposób wpływają na powodzenie terapii, profilaktyki i każdego innego etapu pracy z pacjentem lub człowiekiem zdrowym. Niezmiernie istotne jest kreowanie przyjaznego kontaktu z podopiecznym, czynne chęci do poznania jego odmienności kulturowych – także poprzez rozmowę, która pogłębia więź, tworzy niezbędne zaufanie, zwiększając szansę sukcesu terapeutycznego i wpływa na umacnianie zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Polityka migracyjna Polski - stan obecny i postulowane działania, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji: Departament Polityki Migracyjnej, Warszawa, 2011.
2. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. 2003 nr 128 poz.1176 z późniejszymi zmianami, Dział II, roz.5 art.73.
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135).
5. Kiszka J., Ozga D., Mach A., Krajewski R.: *Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie*, Pielęgniarstwo XXI wieku, nr 1, 2018 r, Lublin, str.30-35.
6. Kosowicz A., Piegat-Kaczmarczyk M.: *Kobiety świata - wielokulturowość w opiece okołoporodowej*, Polskie Forum Migracyjne, Izabelin, 2015.
7. Majda A., Zalewska-Puchała J.: *Uwarunkowania kulturowe opieki pielęgniarskiej w rodzinie*. W: Ślusarska B., Marcinowicz L., Kocka K.: *Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2019, s. 111-122.
8. <https://www.jw.org/pl/%C5%9Bwiadkowie-jehowy/faq/%C5%9Bwiadkowie-jehowy-dlaczego-nie-przyjmuj%C4%85-transfuzji-krwi/> [dostęp 9.05.2019r.]
9. <https://ciekawostkihistoryczne.pl/2018/05/30/dlaczego-musulmanom-nie-wolno-pic-alkoholu/> [dostęp 9.05.2019 r.]
10. <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-okresowe/raport-roczny-legalizacja-pobytu/2018-2/> [dostęp 9.05.2019 r.]

Adres do korespondencji:

Patrycja Nowak

Dorota Szpytma

Anna Obuchowska

Witold Zardzewiały

Marcin Rząca

e-mail: publikacje@wsmlgnica.pl

Konflikt interesów:

Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019

Po recenzji: 10.06.2019

Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Copyright

© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna

w Legnicy

Pojęcie błędu medycznego i jego rodzaje The definition of a medical error and its types

Adriana Olszowy^{1,A-F}

¹Okręgowa Izba Radców Prawnych w Wałbrzychu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 1 (21): 61-69

Streszczenie

Prezentowana publikacja zawiera syntetyczną analizę pojęcia błędu medycznego oraz wskazanie jego rodzajów. Autorka zwraca uwagę na trudności interpretacyjne wynikające z braku definicji legalnej błędu medycznego. Poczynione uwagi mają przede wszystkim walor praktyczny-rozróżnienie rodzajów błędów medycznych ma istotne znaczenie zarówno dla osób wykonujących zawody medyczne, pacjentów ale przede wszystkim dla sądów rozstrzygających spory związane z likwidacją szkód powstałych wskutek błędów medycznych.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny, błąd techniczny, błąd organizacyjny, błąd informacyjny, błąd wykonawczy

Summary

This publication contains a synthetic analysis of the notion of a medical error and an indication of its types. The author draws attention to interpretation difficulties arising from the lack of a legal definition of medical error. The comments made are primarily of practical value - the distinction between types of medical errors is important both for people practicing medical professions and patients, but first and foremost for courts settling disputes related to the liquidation of damages arising due to medical errors.

Key words: medical error, diagnostic error, therapeutic error, technical error, organizational error, information error, execution error

Wstęp

Tematyka związana z błędami medycznymi wciąż powoduje szerokie zainteresowanie, zwłaszcza, iż z roku na rok obserwuje się wzrost liczby osób poszkodowanych na skutek działań personelu medycznego. Oczekiwania oraz wymagania względem świadczeń zdrowotnych i lekarzy są coraz większe. Często opinie na temat jakości opieki medycznej w Polsce są niezwykle skrajne, gdyż budowane są na podstawie subiektywnych odczuć i oczekiwań. Gdy leczenie nie przywraca pacjentowi zdrowia, terapia nie przynosi spodziewanych efektów, a oczekiwania pacjenta przekraczają możliwości współczesnej medycyny, lekarzowi często przypisuje się popełnienie błędu, zaniedbanie czy zlekceważenie choroby.

Błędy medyczne istnieją od zawsze. Już w czasach starożytnych znalazły swe uregulowania prawne. Interesujące kwestie znajdujące swe historyczne odniesienia do Starożytnego Rzymu czy Egiptu można znaleźć w rozważaniach Z. Marka [1]. Jednakże mając na uwadze praktyczny charakter niniejszego opracowania autorka skupi się na dokonaniu analizy w oparciu o stan prawny obowiązujący na 2019 r.

Sprawy dotyczące błędów medycznych uznać należy za wyjątkowo skomplikowane, tak ze względu na skomplikowaną materię medyczną, jak i zawilość w sferze prawnej.

Na wstępie należałoby dokonać próby zdefiniowania pojęcia błędu medycznego, gdyż wystąpienie rzeczonego błędu determinuje ustalenie i przypisanie odpowiedzialności podmiotowi zobowiązanemu do naprawienia szkody.

Błąd medyczny a problemy terminologiczne

Błąd medyczny nazywany jest także błędem w sztuce medycznej, błędem wiedzy medycznej, błędem lekarskim czy też błędem w sztuce lekarskiej. Termin ten nie posiada jednak definicji legalnej (definicji zawartej w przepisie prawnym która wiążąco ustala znaczenie określonego pojęcia na użytek danego aktu normatywnego – przyp. red.).

Próby zdefiniowania dostarcza orzecznictwo sądów. W judykaturze przyjmuje się, że błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym (orzeczenie Sądu Najwyższego z 01.04.1955r., sygn. akt IV CR 39/54; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 31.05.2017 r., sygn. akt I ACa 1059/16) [2]. Pojęcie błędu w sztuce medycznej pojawia się m.in. także w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2013 r., sygn. akt II KK 124/12, jako określenie czynności leczniczych wykonanych niezgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej rozumianej w szerokim znaczeniu obejmującym zarówno terapię, jak i diagnozę oraz profilaktykę chorób, jeśli zachowanie lekarza naruszyło obiektywny obowiązek ostrożności i doprowadziło do negatywnych dla pacjenta skutków [3]. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt IV CSK 64/13 trafnie wskazał, iż pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej” odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania) [4].

Mając na uwadze powyższe stwierdzić można, iż błąd medyczny to nieumyślne działanie, zaniechanie lub zaniechanie lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej lub osoby wykonującej inny zawód medyczny, wywołujące szkodę u pacjenta.

Powstanie błędu medycznego uzależnione jest od wystąpienia pewnych przesłanek, a mianowicie:

- postępowania niezgodnego z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej,
- winy nieumyślnej (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo),

- powstania szkody,
- związku przyczynowo-skutkowego między błędem, a powstaniem szkody w postaci śmierci pacjenta, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Dokonując próby zdefiniowania pojęcia należy odnieść się także do treści ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w której można doszukać się definicji pojęcia błędu medycznego [5].

Przedmiotowa ustawa posługuje się sformułowaniem *zdarzenia medycznego* oraz określa zasady i tryb dochodzenia roszczeń za zdarzenia medyczne przed komisjami wojewódzkimi. Zgodnie z art. 67a w/w ustawy, za zdarzenie medyczne uważa się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego; zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego [5]. Wprawdzie rzeczona ustawa *expressis verbis* nie stosuje sformułowania „błąd medyczny”, jednakże z treści przepisu w sposób jednoznaczny określić można jakie zdarzenia stanowią mogą zdarzenia medyczne – błąd medyczny.

Rodzaje błędów medycznych

Kolejną kwestią, która wprawdzie nie ma kluczowego znaczenia, lecz pozwala na usystematyzowanie tematyki, stanowi problem wyróżnienia rodzajów błędów medycznych.

W doktrynie oraz orzecznictwie wyróżnia się wiele rodzajów błędów medycznych, jednak podstawowa typologia obejmuje poniżej wskazane:

- błąd diagnostyczny,
- błąd terapeutyczny,
- błąd techniczny,
- błąd dotyczący rokowania,
- błąd organizacyjny,
- błąd informacyjny.

Błąd diagnostyczny

Nieprawidłowe postępowanie lekarza polegające na niewłaściwym rozpoznaniu stanu zdrowia pacjenta stanowi błąd diagnostyczny. Rzeczone niewłaściwe rozpoznanie polega na niezgodnym ze stanem faktycznym stwierdzeniu, że pacjent jest zdrowy bądź stwierdzeniu, że pacjent jest chory,

jednakże kolejno stawiana diagnoza jest błędna. Błąd diagnostyczny przybrać może dwie formy: tzw. „pozytywną” oznaczająca niezgodne ze stanem faktycznym ustalenie, że pacjent cierpi na dane schorzenie, gdy jest on zdrowy. Z kolei wystąpienie sytuacji odwrotnej stanowi błąd „negatywny”, gdy lekarz uzna pacjenta za zdrowego, a w rzeczywistości nie rozpoznaje u niego występującej jednostki chorobowej. Następstwem tego błędu lekarza może być pogorszenie się stanu zdrowia, rozstrój zdrowia, a w nawet śmierć pacjenta. W piśmiennictwie można także spotkać podział błędów diagnostycznych na te, które występują poprzez „zaniechanie”, czyli podjęcie nieodpowiedniej interwencji medycznej lub też nie podjęcie jej w ogóle oraz na diagnostyczny błąd "interpretacyjny" [6]. W tym drugim przypadku nie można mówić o zaniechaniu, ponieważ podjęto odpowiednie środki celem przeprowadzenia badań diagnostycznych odpowiednich do objawów chorobowych pacjenta jednakże poczynione, błędne ustalenia są wynikiem niewłaściwej interpretacji wyników badań diagnostycznych. Zaznaczyć tu należy, iż nie każda nieprawidłowa diagnoza stanowi błąd diagnostyczny. Za taką uznać można jedynie tą, która jest wynikiem nieprawidłowego postępowania lekarza działającego bez należytej ostrożności i niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Oznacza to, że błąd diagnostyczny może być wynikiem nieprawidłowej interpretacji wyników przez diagnostę laboratoryjnego wykonującego określone badanie [7].

Najczęstsze przypadki tego rodzaju błędu pojawiają się w dziedzinie chirurgii (niewykrycie zapalenia wyrostka robaczkowego), położnictwie i ginekologii (nierozpoznanie ciąży pozamacicznej), urologii, kardiologii oraz onkologii. Jak już wspomniano, przykładem błędu diagnostycznego może być nierozpoznanie zawału mięśnia sercowego lub pomylenie bólu żołądka z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 24 października 2013 r. (sygn. akt IV CSK 64/13) wskazał, iż pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej” odnosi się również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania) [8]. W razie konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami, błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym, lub o zakresie takiego zabiegu.

Błąd terapeutyczny

Kolejny rodzaj błędu medycznego to błąd terapeutyczny, który najczęściej stanowi skutek błędnej diagnozy. Przez ten rodzaj błędu rozumieć należy czynności podejmowane przez lekarza na skutek postawionej uprzednio diagnozy. Jednakże o błędzie terapeutycznym mówić należy także w sytuacji,

gdy postawiono poprawną diagnozę, a błąd pojawił się dopiero w samej fazie leczenia na skutek nieprawidłowego prowadzenia terapii. W stanie faktycznym stanowiącym kanwę wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2005 r. (sygn. akt V KK 375/04) pacjenta skierowano na niewłaściwą drogę leczenia, tj. na operację neurochirurgiczną, mimo że stan zdrowia nie uzasadniał wykonania takiego zabiegu [9].

W orzecznictwie przyjmuje się, że błędem terapeutycznym jest kontynuowanie porodu siłami natury w sytuacji wystąpienia bezwzględnych wskazań do dokonania cesarskiego cięcia [10].

Błąd techniczny

Kolejnym rodzajem błędu medycznego wymagającym omówienia jest błąd techniczny. Jest to specjalna forma błędu medycznego i polega na niewłaściwym wykonaniu czynności leczniczej. Co do zasady jest on związany z wykonywaniem wszelkiego rodzaju zabiegów operacyjnych i innych skomplikowanych usług medycznych. Błąd techniczny ma stosunkowo szeroki zakres podmiotowy, gdyż może polegać nie tylko na niepoprawnie wykonanym zabiegu, lecz także na wielu innych czynnościach. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia z dnia 17 lutego 1967 r. (sygn. akt I CR 435/66) wskazał, że „zaniedbanie polegające na niezapewnieniu pacjentowi opieki wykwalifikowanego lekarza i pozostawienie po operacji w zeszytej ranie środków opatrunkowych nie może być potraktowane jako błąd sztuki lekarskiej [11]. Zaniedbanie takie należy ocenić jako niedopełnienie ze strony ordynatora i lekarza dokonującego operacji zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swych funkcji.

Doktryna i judykatura wypracowała także pojęcie błędu rokowania, który dotyczy wyrażenia niewłaściwej prognozy, co do stanu zdrowia pacjenta.

Błąd organizacyjny

Kolejnym z wyróżnianych błędów jest błąd organizacyjny. Błąd organizacyjny jest następstwem nie tyle wadliwego procesu leczenia, lecz wadliwej organizacji pomocy medycznej, która powoduje dalsze negatywne następstwa. Rzeczony błąd może stanowić podstawę późniejszego wystąpienia błędu technicznego. Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w orzeczeniu z dnia 12 października 2006 r. (sygn. akt I ACa 377/06) wskazał, że za błędy organizacyjne oraz zaniedbania personelu medycznego, a także za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialność ponosi zakład opieki zdrowotnej [12]. W sprawie stanowiącej przedmiot rozstrzygnięcia doszło do zaniedbań w postaci zaginięcia karty obserwacyjnej pacjentki, niewłaściwego prowadzona

dokumentacji anestezyjologicznej, niezastosowania odpowiedniego sprzętu. Jako drastyczny przykład błędu organizacyjnego wskazać można sytuację, w której dochodzi do zoperowania niewłaściwego pacjenta. Natomiast Sąd Okręgowy we Wrocławiu wyrokiem z dnia 20 września 1999 r. (sygn. akt I C 708/96) orzekł, że pozostawienie podczas operacji dwóch igieł atraumatycznych w sercu pacjentki stanowi winę w organizacji szpitala, który powinien odpowiadać za wynikłą szkodę [13].

Błąd informacyjny

Jednym z rodzajów błędu medycznego jest błąd informacyjny, który polega na zaniechaniu przekazania przez lekarza informacji określonych w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 2 listopada 2005 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [14]. Zgodnie rzezonym przepisem lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Powyższa kwestia nie stanowi przedmiotu kontrowersji, bowiem także doktryna wskazuje, że „w trakcie procesu diagnostyki i terapii lekarz powinien przekazywać pacjentowi najważniejsze informacje na temat uzyskanych wyników badań, rodzaju rozpoznanego schorzenia, planowanego rodzaju leczenia oraz alternatywnych możliwości terapii. Informacja udzielana jest również na kolejnych etapach postępowania z pacjentem” [15]. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 stycznia 2013 r. (sygn. akt IV CSK 431/12) stwierdził, iż naruszenie obowiązku przewidzianego w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie rodzi automatycznie po stronie poszkodowanego roszczenia o zadośćuczynienie [16]. Jednakże w razie powstania szkody, w związku z naruszeniem tego przepisu, poszkodowany może żądać zadośćuczynienia na podstawie właściwych norm kodeksu cywilnego.

Błąd wykonawczy

Ostatnim z rodzajów błędów medycznych jest błąd wykonawczy. Jest to najczęściej popełniany błąd przez personel pielęgniarki. Każda czynność medyczna jest obarczona wystąpieniem błędu. Pielęgniarki wykonują szereg czynności związanych z procesem leczenia pacjenta. Do najczęstszego błędu wykonawczego w środowisku pielęgniarek dochodzi poprzez pomyłkę przy podawaniu leków. Błąd ten może wynikać z podania nieprawidłowej dawki pacjentowi lub też z pomylenia pacjentów albo błędnego odczytania karty zaleceń lekarskich [17]. Co więcej, błąd ten może wystąpić, gdy pielęgniarka

wykonuje czynności medyczne zlecone przez lekarza ustnie, bez adnotacji w karcie zaleceń lekarskich. Błędem będą także czynności pielęgniarskie, których zakres przekracza ich kompetencje [18]. Jako przyczynę błędów wykonawczych pielęgniarek można odnotować brak zachowania należytej ostrożności, pośpiech a także przemęczenie, w którym można dostrzec przyczynę organizacyjną. Nierzadko zdarza się, że pielęgniarki ze względu na brak personelu w szpitalach pełnią dyżury jeden po drugim. Aby uniknąć błędów wykonawczych istotne są kwestie organizacyjne takie jak chociażby dobranie odpowiedniego zespołu kadrowego w trakcie dyżuru. Pozostawienie na dyżurze wyłącznie niedoświadczonego personelu pielęgniarskiego będzie potęgowało odczuwanie stresu w pracy co z kolei można znaleźć przełożenie na popełnienie tego błędu.

Podsumowanie

Powyżej zaprezentowany podział błędów medycznych nie ma charakteru katalogu zamkniętego. Błędy medyczne mogą mieć bardzo różnorodny charakter. Sprawy dotyczące błędów medycznych mają niezwykle zawiły charakter, dlatego usystematyzowanie i wprowadzenie pewnych kategorii pozwala ułatwić precyzyjne sformułowanie żądań i roszczeń oraz przeprowadzenie postępowania dowodowego.

W niniejszym tekście przedstawiono najpopularniejsze koncepcje zdefiniowania błędu medycznego oraz scharakteryzowano jego rodzaje. Dużym problemem, tak dla przedstawicieli doktryny jak i judykatury stanowi brak definicji legalnej błędu medycznego, zwłaszcza że przedstawiciele obu środowisk nie są zgodni co do samej jej treści [19]. Znacznie łatwiejszą kwestią, niebudzącą tylu wątpliwości, jest przedstawienie klasyfikacji błędów medycznych. Powyższe ma istotne konsekwencje, gdyż zarówno zdefiniowanie pojęcia błędu medycznego jak i rozróżnienie ich rodzajów ma istotne znaczenie przede wszystkim dla sądów, które często posiłkują się doktryną.

Piśmiennictwo

1. Marek Z., Błąd medyczny, *Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007, *passim*.
2. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 01 kwietnia 1955r., sygn. akt IV CR 39/54, OSNCK 1957, nr 1, poz. 7; Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 31 maja 2017 r., sygn. akt I ACa 1059/16, niepubl.
3. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2013 r., sygn. akt II KK 124/12, Prokuratura i Prawo 2013, nr 5, poz. 17.
4. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt IV CSK 64/13, Legalis nr 877730.

5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r., Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.
6. Drobnik J., Trnka J., Susło R., Steciwko A., *Pojęcie błędu diagnostycznego we współczesnej medycynie*, Family Medicine Care Review 2009, nr 3, s. 788.
7. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Czerw A., Olejniczak D., *Odpowiedzialność karna za błędy medyczne w diagnostyce laboratoryjnej*, "Diagnostyka Laboratoryjna" 2013, nr 4, s. 411-417,
8. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt IV CSK 64/1324, Legalis nr 877730.
9. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Karna z dnia 24 lutego 2005 r., sygn. akt V KK 375/04, Wokanda 2006, nr 1, s. 18.
10. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 stycznia 2002 r., sygn. akt I ACa 576/01, Orzecznictwo Sądów Polskich 2003, nr 2, poz. 23.
11. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 17 lutego 1967 r., sygn. akt I CR 435/66, OSNCP 1967, nr 10, poz. 177.
12. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., sygn. akt I ACa 377/06, Prawo i Medycyna 2009, nr 3, s. 145.
13. Wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 20 września 1999 r., sygn. akt I C 708/96, niepubl.
14. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152. z późn. zm.
15. Drobnik J., Trnka J., Susło R., Steciwko A., *Nowa kategoria błędu medycznego - błąd informacyjny*, Family Medicine & Primary Care Review 2009, nr 3, s. 593. Zob. też B. Świątek, *Podstawy prawne komunikowania się w medycynie* [w:] J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwka (red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Wrocław 2000, s. 215-232.
16. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 18 stycznia 2013 r., sygn. akt IV CSK 431/12, Legalis nr 617787.
17. W rozumieniu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz.U. 2015 poz. 2069.
18. Zakres uprawnień do wykonywania czynności medycznych przez pielęgniarki określa 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. 2017 poz. 497.
19. Szerzej: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, wyd. 1, Warszawa 2012 (zwłaszcza rozdział 2 - błąd sztuki lekarskiej, s. 61-104 oraz rozdział 9 - pozostawienie ciał obcych w polu operacyjnym, s. 272-271); M. Białkowski, *Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego*, Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza 2013, nr 2, s. 57-70; P. Zieliński, *Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego*, Medyczna Wokanda 2016, nr 8, s. 181-195

Adres do korespondencji:
Adriana Olszowy
e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019
Po recenzji: 10.06.2019
Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna
w Legnicy

Komunikacja interpersonalna pielęgniarki XXI wieku w świetle ustawodawstwa zawodowego

Interpersonal communication of a 21st-century nurse in light of professional legislation

Wiktor Piotrowski^{1,A-F}, Karolina Piotrowska^{2,A-F}

¹Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

²Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Zdrowia Publicznego

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinæ Legnicensis 2019; 1 (21): 70-81

Streszczenie

Skuteczność leczenia i pielęgnacji pacjenta opiera się na dwóch zasadniczych elementach: wyrażeniu zgody chorego na leczenie oraz dobrej współpracy z zespołem terapeutycznym. Współpraca łączy się bezpośrednio z procesem komunikacji interpersonalnej. Dobry sposób komunikowania się jest ważnym elementem zawodowej działalności pielęgniarki.

Dokonano przeglądu literatury przedmiotu w zakresie kształcenia pielęgniarek oraz ich kwalifikacji zawodowych w zakresie uczestnictwa w procesie komunikacji interpersonalnej w relacjach z pacjentami jak i innymi członkami zespołu terapeutycznego.

Celem pracy jest przedstawienie przygotowania zawodowego pielęgniarek w zakresie wiedzy, kwalifikacji i umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej w opiece medycznej, w świetle aktualnego ustawodawstwa zawodowego.

Słowa kluczowe: komunikacja interpersonalna, ustawodawstwo, pielęgniarka

Summary

How effectively a patient is treated and looked after depends on two basic elements: the patient's consent for treatment and good cooperation with the therapeutic team. The cooperation is directly connected with interpersonal communication. A good manner of communication is a significant part of the professional activities of a nurse.

A review has been done of the source literature regarding the training of nurses and their professional qualifications in terms of their involvement in interpersonal communication within relationships with patients and other members of the therapeutic team.

The aim of this work is to show the professional background of nurses in terms of knowledge and skills regarding interpersonal communication within medical care in light of the current professional legislation.

Key words: interpersonal communication, legislation, nurse

Wstęp

Termin: „umiejętności interpersonalne” pojawia się niemal w każdym ogłoszeniu o pracę i stanowi kluczowy element kompetencji zawodowych. Skuteczność leczenia i pielęgnacji pacjenta opiera się na dwóch zasadniczych elementach: wyrażeniu zgody chorego na leczenie oraz dobrej współpracy z zespołem terapeutycznym. Współpraca łączy się bezpośrednio z procesem komunikacji interpersonalnej. Dobry sposób komunikowania się jest ważnym elementem zawodowej działalności lekarzy i pielęgniarek oraz pozostałych członków zespołu terapeutycznego, a empatia i umiejętność słuchania nieraz decyduje o możliwości nawiązania dobrego kontaktu z pacjentem i jego rodziną.

Podstawą skutecznego leczenia jest właściwa komunikacja między personelem medycznym a pacjentem.

Celem pracy jest przedstawienie przygotowania zawodowego pielęgniarek w zakresie wiedzy i umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej w opiece medycznej, w świetle aktualnego ustawodawstwa zawodowego.

Pojęcie i zakres komunikacji interpersonalnej

Człowiek jest istotą relacyjną, ponieważ rodzi się z relacji i znajduje się w relacji z innymi. Z relacji wynika pojęcie komunikacji interpersonalnej; od słowa *communicatio* (łac.) – oznacza rozmowę, dysputę, wymianę, proces porozumiewania się, łączność z innymi osobami oraz wymianę wiedzy. Ten psychiczny i społeczny proces zachodzi nieustannie, ponieważ człowiek ciągle i na różne sposoby, oraz za pomocą różnego rodzaju znaków i symboli, głównie za pomocą słowa (wypowiadanego bądź pisanego) przekazuje określone informacje.

W procesie komunikacji międzyludzkiej istotną funkcję pełnią trzy rodzaje kompetencji: kompetencja poznawcza, językowa i komunikacyjna. Kompetencja poznawcza, tj. stan wiedzy o świecie i osobach. Istotą jej jest zasób, struktura i możliwości w procesie budowania wypowiedzi związane z organizacją treści, w sposób werbalny i niewerbalny. Kompetencja językowa to nieuświadomiana wiedza na temat gramatycznych zasad budowania zdań, sprawność w mówionej i ewentualnie pisanej treści. Kompetencja komunikacyjna jest wynikiem poszukiwań pełniejszego ujęcia procesu posługiwania się językiem przez człowieka. Istotnymi jej elementami są zdolności do używania języka w interakcjach społecznych oraz sprawność w realizacji wypowiedzi [1].

W komunikacji interpersonalnej wyróżnia się komunikację werbalną i niewerbalną.

Komunikacja werbalna, charakteryzuje człowieka w całym świecie przyrody. Jest ona możliwa dzięki specyficznej ludzkiej zdolności operowania mową, czyli oderwanymi od konkretnych zbiorami symboli; jest świadomym i bezpośrednim sposobem przekazywania informacji; naturalnym komunikowaniem swoich postaw i emocji.

Komunikacja niewerbalna, niesie informacje o tym, co jest nieświadome, niekontrolowane myślowo, podtrzymuje komunikację werbalną, służy do przekazywania postaw, stanów emocji, nastawienia, uzupełnia słowa, reguluje interakcje, a także pozwala odreagować napięcia. Komunikaty pozawerbalne informują także o cechach osobowości i ułatwiają komunikację werbalną. Ten rodzaj komunikacji odgrywa zasadniczą rolę w ustalaniu relacji międzyludzkich:

wyrażaniu uczuć, sympatii i preferencji. Typ osobowości i nawyki człowieka, a także kontekst sytuacyjny modyfikują interpretację. Chociaż na podstawie pojedynczych gestów nie można jednoznacznie wyciągać wniosków, to jednak zrozumienie istotnych treści komunikatów niewerbalnych jest wyjątkowo ważne dla podejmowanej praktyki terapeutycznej. Z jednej strony znacznie może przyspieszyć poznanie pacjenta a z drugiej sprawić, że personel np. pielęgniarka zacznie posługiwać się jego kodem [2]. Wśród niewerbalnych aktów komunikacyjnych wyróżnia kontakt wzrokowy, z jakością i długością spojrzeń, mimikę twarzy, gestykulację, proksemikę, dotyk i kontakt fizyczny, wygląd fizyczny [3]. Środki i formy wyrazu komunikacji niewerbalnej przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Środki i formy wyrazu komunikacji niewerbalnej

Środki komunikacji niewerbalnej	Formy wyrazu komunikacji niewerbalnej
Głos	siła głosu, jego barwa, akcent, intonacja, rytm, płynność wymowy, zasób i dobór słownictwa
Aparycja	twarz, włosy, fryzura, makijaż, odzież i jej kolor
Odległość	w jakiej stoimy, siedzimy od rozmówcy; dystans fizyczny przestrzennie odzwierciedla istniejący dystans psychiczny, sygnalizuje stopień wzajemnej znajomości
Przestrzeń	sposób, w jaki tworzymy środowisko, w którym mieszkamy, pracujemy, odpoczywamy; wyposażenie gabinetu, sali chorych, ich czystość, obecność osób trzecich; wystrój wnętrza, zapachy, kolory, otaczające nas przedmioty czy sprzęty
Mowa ciała	sposób, w jaki chodzimy, poruszamy się, gestykulacja, ruch dłoni, palców, stóp, postawa całego korpusu ciała, a nawet masa ciała; to czy jest się pochylonym, przygarbionym, wyprostowanym
Mimika	placz, śmiech, uśmiech, westchnienia, wzdychanie, pomruk, marszczenie brwi, potakiwanie głową; Wyraz twarzy: smutek, radość, zadowolenie, niezadowolenie, zaczerwienie, zblednienie
Obraz	ilustracje, zdjęcia, film, plakat, schemat, liczby, symbole

Znajomość powyższych form powinna ukierunkowywać na kształtowanie w sobie pozytywnych cech wynikających z osobistej odpowiedzialności za wszechstronną komunikację interpersonalną. Dbanie o siłę wyrazu różnorodnych form wyrazu komunikacji niewerbalnej sprzyja bowiem nie tylko dobrym relacjom, ale przypisuje jej się także m.in. udane funkcje informacyjno-organizatorskie oraz motywacyjno-inspirujące.

Znaczenie i zasady dobrej komunikacji w pracy pielęgniarki

Postęp cywilizacyjno-społeczny oraz integracja Polski z Unią Europejską wnosi w przestrzenie społeczne, kulturowe i obyczajowe wciąż nowe wyzwania, także w zakresie terapeutycznej komunikacji interpersonalnej w medycynie.

Obowiązujący obecnie Standard kształcenia na kierunku pielęgniarstwo zakłada, że absolwent studiów posiada: szczegółową wiedzę nauk medycznych i zakresu pielęgniarstwa, w zakresie umiejętności potrafi sprawować całościową i zindywidualizowaną opiekę nad pacjentem, a w zakresie kompetencji społecznych „*skutecznie i z empatią porozumiewa się z pacjentem*” [4].

Zakres pracy pielęgniarki obejmuje szeroki obszar działalności w różnorodnych środowiskach: rodzinnych, w podmiotach leczniczych, w środowisku nauczania i wychowania. Każdy kontakt z wymienionymi grupami środowiskowymi powinien być efektywny, celowy i terapeutyczny. Komunikacja interpersonalna pielęgniarki dotyczy w nim zarówno działalności praktycznej (procesu diagnozowania i pielęgnowania), jak i działalności teoretycznej (naukowej), obejmuje zarówno przekaz informacji, jak i zdolność do jego odbioru oraz zdolność do zrozumienia tego przekazu.

Dobry i skuteczny kontakt z pacjentem na wszelkich możliwych odcinkach (nie tylko w dyżurce pielęgniarskiej czy na oddziale) należy do podstawowych czynników wspomagających proces leczenia i psychoterapii, zwłaszcza w sytuacjach np. okołooperacyjnych czy stanów depresyjnych.

Umiejętności nawiązywania kontaktów (służbowych, koleżeńskich, rodzinnych), prowadzenia rozmowy, czy podtrzymywania relacji z drugim człowiekiem (zwłaszcza w sytuacjach wzmożonego napięcia), stanowią podstawę jakości wykonywanej pracy, komfortu pacjentów i członków zespołów terapeutycznych, a także osiągnięcia sukcesów zawodowych, przeżywania stresów i porażek.

Zarówno komunikacja werbalna jak i niewerbalna w opiece zdrowotnej powinna przebiegać w sposób sprawny oraz przynosić pozytywne efekty terapeutyczne. W tym celu konieczna jest współpraca pacjenta, jego rodziny, zespołu terapeutycznego itd. Pośpiech, ogromna odpowiedzialność, rutyna czy niecierpliwość, spowodowana np. zbyt dużą liczbą chorych czy badanych, częste zmiany personalne czy restrukturyzacyjne, zaskakujące komplikacje, czasem frustracja i bezradność, przemieszane z satysfakcją i nadzieją, nie tylko że nie sprzyjają wzajemnej komunikacji, ale stanowią poważne źródło najczęstszych zatargów i ogólnego niezadowolenia.

Z punktu widzenia wychowania na tle narastających przemian cywilizacyjno-społecznych, **zasady dobrej komunikacji interpersonalnej stanowią cenne narzędzie dowartościowania podmiotowości każdego**

człowieka. Szacunek dla drugiego człowieka warunkuje nie tylko dobrą komunikację, ale i troskę o własną autokreację (określaną dawniej jako samowychowanie), u podstaw których leży zasada rzetelnego samopoznania i wiara, że można być lepszym, że warto dążyć do sukcesu życiowego, także z punktu widzenia niezadowolenia z siebie. W takim odniesieniu manifestuje się podmiotowość człowieka, wyrażana w samowychowaniu, samokształceniu i samodoskonaleniu [5].

Pielęgniarka, z istoty swojego zawodu ukierunkowana jest na **podejście podmiotowe do każdego człowieka**. Podmiotem opieki i troski pielęgniarki jest każdy człowiek, a także niesienie pomocy każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice [6].

W relacjach interpersonalnych pielęgniarki XXI wieku nieodzowne jest, aby pielęgniarka prezentowała określone cechy, wyrażające się jako:

- **umiejętność dialogowania**, uzdalniająca nie tylko do pomagania, ale i do przyjmowania pomocy, do zastępowania innych, ale i ustąpienia im miejsca (nie czując się niezastąpionym), do formowania, ale i do bycia formowanym przez innych;
- **prawdziwe zainteresowanie się drugą osobą**; okazanie, że dana osoba jest ważną, a jej los nie obojętny – chodzi tu o ogólnie pojętą i fundamentalną cechę życzliwości,
- **zdobywanie sympatii**,
- **budowanie milej atmosfery**, łagodzenie napięć, konfliktów, nieporozumień;
- **umiejętność wyrażania swoich odczuć**, przekonań, swoich przeświadczeń; mówienia otwarcie o swoich emocjach, uczuciach i doświadczeniach;
- **takt, uprzejmość, zasady kultury osobistej**;
- **wrażliwość, empatię** – umiejętność postawienia siebie w sytuacji i pozycji drugiej osoby;
- **umiejętność stosowanie pochwał, komplementów, wyrażenia uznania**;
- **umiejętność oddzielenia osoby od zachowania**; docenianie jej wysiłków;
- **okazywanie pomocy wyrażające się np. w słowach**: „*Postaram się pomóc*”; „*Postaram się dowiedzieć*”; „*Co mogę dla Pani/Pana (ciebie) zrobić?*”; „*Mogę Pani/Panu podpowiedzieć...*” itp.;
- **umiejętność koncentrowania się na danej osobie i jej problemie** nie zajmowanie się czymś innym;

- **traktowanie każdego człowieka indywidualnie:** indywidualne podejście do osoby i okoliczności zachowania cierpliwości i rozwagi;
- **umiejętność stawiania pytań, wyjaśnień** tak, by np.: szeroko zapoznać się z oczekiwaniami pacjenta czy stopniem zaawansowania jego choroby;
- **umiejętność przeproszenia i gratyfikacji;**
- **znajomość języków obcych** (praca z uchodźcami, migrantami, w czasie pokoju i w konfliktach wojennych); znajomość różnorodności kultur, nacji, religii, światopoglądów;
- **umiejętność wykorzystywania współczesnych technologii komunikacyjnych [7].**

Respektowanie powyższych zasad świadczy nie tylko o umiejętnościach interpersonalnych pielęgniarki, ale stanowi także cechy osobowości dojrzałej, otwartej na dobro drugiego człowieka, umiejącej zaangażować w relacje i być za nie odpowiedzialną. Dużą pomocą w osiągnięciu tej dojrzałości służy znajomość i autorefleksja nad barierami w komunikacji interpersonalnej.

Z badań prowadzonych przez psychologów wynika, że około 75% diagnozy lekarskiej to przede wszystkim informacje pochodzące z procesu komunikacji interpersonalnej przebiegającej w formie wywiadu z pacjentem [8]. Ponadto pacjenci, którzy są zadowoleni z przebiegu komunikacji z personelem medycznym, wyżej oceniają całość otrzymanego leczenia, są bardziej zadowoleni z opieki i uzyskują lepsze efekty w terapii. Z drugiej strony, większość skarg pacjentów kierowanych do rzeczników praw pacjenta, mogących znaleźć także swój wyraz w walce o odszkodowanie, wynika bardziej ze złej komunikacji z lekarzem niż z błędów natury czysto medycznej [9]. Według niektórych badaczy około 50% pacjentów opuszcza gabinet lekarza mając mgliste poczucie, co do tego jak powinni dalej postępować, a podobny odsetek nie stosuje się wcale do zaleceń lekarskich [10].

Badania nad znaczeniem dobrej komunikacji z pacjentem były prowadzone także w Polsce. Stwierdzono, że w przypadku zaleceń lekarskich związanych bezpośrednio z leczeniem, od 60% do 90% pacjentów stosuje się do nich. Jednak zalecenia dotyczące stylu życia są uwzględniane zaledwie przez około 50% pacjentów. Biorąc pod uwagę, że to, czy pacjent zastosuje się do zaleceń, czy też nie, zależy w bardzo dużym stopniu od jakości prowadzonej z nim komunikacji, jej znaczenie rysuje się bardzo wyraźnie [11].

Utrudnienia w komunikacji interpersonalnej pielęgniarki

Utrudnienia w komunikacji interpersonalnej pielęgniarki to zjawiska powszechne, identyfikujące się z określeniem każdej sytuacji, w której istnieją wzajemnie sprzeczne motywy, cele, zachowania, impulsy itp. [12].

Przeszkody, które zasadniczo stoją w opozycji do dobrej komunikacji interpersonalnej, a w środowisku pielęgniarskim występują nagminnie, na dodatek przy niskiej samoocenie i samokrytyce [13]. Najczęstsze rodzaje i formy wyrazu barier komunikacyjnych podano w tabeli 2:

Tabela 2. Rodzaj i formy wyrazu barier komunikacyjnych

Rodzaj bariery	Formy wyrazu barier komunikacyjnych
Bariery fizyczne	niechętnie cechy rozmówcy, nieprzyjazna siła wyrazu, naganne ubranie, ogólna zła zewnętrzna percepcja
Bariery psychologiczne	zbyt szybkie, lub zbyt wolne tempo mówienia, ale i tempo słuchania, przeciążenie wiadomościami, komunikaty zbyt ogólne, zaburzona koncentracja uwagi; brak umiejętności myślenia diagnostycznego, rozróżniania interakcji i treści wypowiedzi
Bariery interakcyjne	relacje partykularne, izolujące i zamykające się na innych; „bitwy słowne”, zapalczywy język, złe emocje – gniew, złość, zazdrość, lęk, zapalczliwość; sprowadzanie osoby chorej do narządu czy „zmiany” wymagającej naprawy bądź usunięcia; zanik wzajemnej wrażliwości i radości z bycia razem; traktowanie drugiej osoby jako „rekompensaty” braków we własnym życiu emocjonalnym, co wyraża się np. w samolubnym wykorzystywaniu innych na podobieństwo rzeczy
Bariery środowiskowe	zbyt duża liczba pacjentów, brak czasu; hałas, niewygodne meble, brak potrzebnego sprzętu czy narzędzi pracy, zbyt duża zbiorowość, nieodpowiednia temperatura, wszystko, co powoduje zakłócenia bądź zamieszanie
Bariery osobowościowe	indywidualizm i samoodniesienie-model człowieka, który nie ma żadnego innego punktu odniesienia poza własnym „ja”, trwając w przesadnym podkreślanii własnej podmiotowości; wszystko tu zostaje podporządkowane osobistemu punktowi widzenia i dobremu samopoczuciu, przesadnej autonomii, braku odpowiedzialności i prymitywnej wolności; zamknięcie się na umiejętności innych, nieufność, podejrzliwość, negatywne nastawienie i negatywne oczekiwania; brak szacunku wobec ciała pacjenta; instrumentalny stosunek do pacjenta czy współpracowników medycznych; brak wewnętrznej dyscypliny, słabość woli, lęk przed odpowiedzialnością, lenistwo, niezdolność do głębszej refleksji i samooceny
Bariery kulturowe	naleciałości cywilizacyjne i społeczne, odmienne style pojmowania, dane słowo nie zawsze oznacza to samo, co dla odbiorcy; brak ABC dobrego zachowania

Bariery w postrzeganiu	egoizm, który, dla siebie chce bardzo wielkiej miary, dla innych zaś zadawała się bardzo szczupłą miarą; nie branie pod uwagę, czy też ignorowanie wypadkowej różnicy różnego poziomu wiedzy, umiejętności i doświadczenia zawodowego, społecznego, naukowego
Bariery emocjonalne	nieumiejętność radzenia sobie z emocjami, uczuciami, frustracją, bezradnością, przemieszanie uczuć, blokady wewnętrzne
Bariery interpersonalne	różnice w osobowościach, brak relacji pracowniczych, zacięta rywalizacja, brak zaangażowania w pracę; niejasno sprecyzowany system płac, podwyżek, przydział obowiązków czy też dodatkowych czynności.

Powyższe bariery (w mniejszym bądź większym stopniu) skutkują bardzo często różnorodnymi konfliktami, sprzeczkami, licznymi niedomówieniami i niezadowoleniem tak w środowisku pielęgniarskim, jak i w odniesieniu do pacjentów. Również np. w przypadku delegowanych zadań i czynność pielęgniarskich bariery te powodują niejasność, czy też brak precyzji w pracy, albo niezadowolenie i złość, wyrażaną bezpośrednio bądź pośrednio.

Szczególnie destruktywne są bariery językowe, które zasługują na osobne omówienie. Należą do nich m.in.:

- rozkazywanie, rządzenie, komenderowanie („*musisz to zrobić*”, „*zrób tak i tak, nie inaczej*”) często łączy się z sarkazmem: wygłaszaniem uwag, które raczej zniechęcają i miażdżą;
- ostrzeganie, zastraszanie, grożenie („*lepiej, żebyś to zrobiła, bo inaczej*”, „*ostrzegam cię, jeśli tego nie zrobisz*”);
- moralizowanie, mówienie kazań, dyktowanie („*to twój obowiązek*”, „*życzę sobie, żebyś to zrobiła*”);
- doradzanie, narzucanie sugestii, proponowanie rozwiązań („*myślę, że powinnaś zrobić tak*”, „*dlaczego nie wybierzesz drugiej opcji*”);
- przekonywanie do swoich racji, argumentowanie, wykład, udowadnianie („*czy zdajesz sobie sprawę, że*”, „*pozwól, że podam ci fakty*”) przekonywanie do swoich racji często związane jest z podnoszeniem głosu, atakowaniem, niezdolnością do krytyki, brakiem zgody na inny punkt widzenia;
- osądzanie, w trakcie rozmowy osądza się rozmówcę i reaguje schematycznie, często też filtruje się informacje i słucha się wybiórczo;
- nieszczerze chwalenie, stosowanie pochlebstw („*ty to zrobisz jak nikt inny*”, „*nigdy się nie mylisz*”), ale i dyskutowanie, czyli po komplementach wymieniać wszystkiego, co osobę może obniżyć;

- obrzucanie wyzwiskami, wyśmiewanie, wyszydzanie, ośmieszanie, zawstydzanie („mówisz jak inżynier”, „rzeczywiście postąpiłeś, jak głupek”);
- interpretowanie, analizowanie, stawianie diagnozy („mówisz to, bo jesteś zazdrosny”, „masz problemy z władzą”);
- upewnianie, uspokajanie, pocieszanie („nie jest, aż tak źle”, „nie przesadzaj”) obracanie ważnej wypowiedzi w żart;
- badanie, wypytywanie, przesłuchiwanie („dlaczego to zrobiłeś?”, „kto ci to poradził?”);
- nadmierna kontrola, forsowanie nadrzędności, podległości i kompetencji;
- stosowanie dwuznaczności, aprobowanie zła, ukrywanie spraw zasadniczych;
- odwracanie uwagi, zmiana tematu rozmowy, bagatelizowanie („mylisz się, że masz problem”, „inni mają większe problemy”), zabawianie;
- porównywanie się, zestawienie, katalogowanie swoich cech, osiągnięć, zalet z innymi, domyślanie się, domniemywanie;
- zjednywanie, pozyskiwanie (słuchanie na tyle by nie zgubić wątku, ale bez zaangażowania);
- stosowanie „projekcji” – lekceważenia własnych nieakceptowanych impulsów, przypisując je innym („to nie ja jestem zdenerwowany, to ty mnie atakujesz”...) prowadzi to do relacji nie „ja i ty”, ale pomiędzy „ja” i moim uprzedzeniem do „ty”;
- agresywne lub szorstkie uwagi pod adresem pacjenta lub członków zespołu, podobnie jak całkowicie przedmiotowy stosunek to najczęściej niezbyt fortunna próba zapanowania nad własnymi, trudnymi do zniesienia w stresie emocjami [14].

We współczesnych czasach, problemy te stają się coraz powszechniejsze. Coraz częściej podkreśla się, że główna przyczyna złej komunikacji związana jest z brakiem czasu, spowodowanym zbyt dużą liczbą obowiązków, co może prowadzić do wypalenia zawodowego lub też np. do uraty zainteresowania wykonywaną pracą.

Ustawodawstwo zawodowe a komunikacja interpersonalna pielęgniarki

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku dotyczy reguł wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, uzyskiwania przez nie prawa wykonywania zawodu, kształcenia zawodowego i podyplomowego. Obecnie wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb

zdrowotnych pacjenta; rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych; edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia [15].

Obecnie kształcenie przeddyplomowe w zawodzie pielęgniarki i położnej jest prowadzone na studiach pierwszego stopnia (licencjackie – 3-letnie z uzyskaniem tytułu licencjata) w trybie stacjonarnym oraz drugiego stopnia (magisterskie – 2-letnie z uzyskaniem tytułu magistra) w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym. Ponadto zgodnie z obecnie obowiązującym systemem kształcenia pielęgniarstwa w Polsce prowadzone są studia pomostowe – (tytuł licencjata), studia doktoranckie oraz kształcenie podyplomowe. System kształcenia pielęgniarstwa w Polsce pozwala zdobyć uprawnienia zawodowe, a także przygotować absolwenta do profesjonalnej komunikacji z pacjentami i członkami zespołu terapeutycznego. Czas trwania kształcenia, zajęcia dydaktyczne, w tym zajęcia warsztatowe i treningowe wskazują na wagę problemu i że umiejętności te również określają zawód pielęgniarki [4].

W krajach członkowskich Unii Europejskiej, podstawowe kształcenie pielęgniarstwa reguluje Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Dyrektywa ta ustanawia zasady, na podstawie których uznaje się posiadanie szczególnych kwalifikacji zawodowych uzyskanych w innym lub innych Państwach Członkowskich. Studia pielęgniarstwa w Polsce realizowane są zgodnie z zasadami Procesu Bolońskiego. Kierunek pielęgniarstwo i kierunek położnictwo mieszczą się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej. Kształcenie pielęgniarstwa i położnictwa prowadzone wyłącznie na poziomie wyższym, przy czym wszystkie pielęgniarki i położne, które ukończyły kształcenie w poprzednim systemie, zachowały pełne prawo do wykonywania zawodu. System kształcenia opiera się na dwóch najważniejszych przepisach międzynarodowych:

- Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarstwa, sporządzone w Strasburgu 25 października 1967 roku, a ratyfikowane przez RP 13 grudnia 1995 roku,
- Strategia WHO kształcenia pielęgniarstwa i położnych z 1999 roku,
- Standardy kształcenia dla kierunku studiów: Pielęgniarstwo [4,16,17,18].

Absolwent studiów pierwszego stopnia (licencjackich) może wykonywać zawód samodzielnie w różnych podmiotach opieki zdrowotnej. Kształcenie

zawiera bloki przedmiotów: kształcenia ogólnego, w ramach którego student poznaje główne kierunki i zagadnienia filozoficzne, jako źródło refleksji nad człowiekiem; przedmiotów podstawowych dostarczających niezbędnej wiedzy z zakresu anatomii, fizjologii i rozwoju człowieka, zdrowia publicznego, psychologii, socjologii, pedagogiki oraz przedmiotów kierunkowych przygotowujących do uzyskania umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu pielęgniarskiego.

Ukończenie studiów drugiego stopnia (magisterskich) poza wiedzą z zakresu pielęgniarstwa i nauk medycznych do świadczenia opieki pielęgniarstwie daje możliwość prowadzenia edukacji prozdrowotnej oraz uczestniczenia w badaniach naukowych. W grupie przedmiotów prowadzonych na studiach II stopnia znajduje się m.in. kształcenie w zakresie psychoterapii. Absolwent studiów pielęgniarstwie powinien mieć także nawyki ustawicznego kształcenia i rozwoju zawodowego. Posługując się zaawansowaną wiedzą z obszaru nauk medycznych i pielęgniarstwa, powinien umieć prowadzić edukację prozdrowotną

Celem **kształcenia podyplomowego** jest doskonalenie umiejętności szybkiego i elastycznego przyjmowania nowych zadań oraz dostosowania ich do potrzeb społeczeństwa, w tym głównie: uzupełnienia braków wynikających z postępu wiedzy ogólnej i medycznej. Może mieć ono formę specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doksztalających [19].

Podsumowanie

Z powyższych rozważań wynika, że dobra komunikacja zarówno z pacjentem, jak i członkami zespołu terapeutycznego wymaga określonych umiejętności nabywanych w niewątpliwie w procesie kształcenia zawodowego, ale także wraz z doświadczeniem zawodowym. Wydaje się, że najbardziej odpowiednim rozwiązaniem mogą być przed i podyplomowe szkolenia w zakresie terapeutycznej komunikacji, prowadzone przez doświadczonych fachowców i dostępne dla wszystkich, którzy taką potrzebę odczuwają.

Piśmiennictwo

1. Barton-Smoczyńska I., *Postawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem – wprowadzenie*. Medycyna Praktyczna – Chirurgia 6/2010, s. 104-107.
2. Sikorski W., *Werbalne i niewerbalne oddziaływania w psychoterapii*. Wyd. Engram Difin Warszawa 2009.
3. Makara-Studzińska M., *Wybrane zagadnienia z komunikowania społecznego*. Wyd. Czelej, Lublin 2006.
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U.2012.poz. 631).

5. Turos L., *Andragogika autokreacji*, Warszawa 2007, s. 8-11;
6. Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 roku.
7. Kroplewski Z., *Aby relacje nie męczyły*, Pastores, 2003,20, s. 41-50.
8. Sanderson C.A., *Health Psychology*. John Willey & Sons 2004.
9. Mayerscough P., Ford M.: *Jak rozmawiać z pacjentem*. GWP, Gdańsk 2001.
10. Gordon T., Edwards S.: *Pacjent jako partner*. Wyd. PAX, Warszawa 1999.
11. Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2007.
12. Reber S., *Słownik Psychologii*, Warszawa 2000, s. 310;
13. Adamiec M., *Problemy komunikowania się lekarza z pacjentem*, *Lekarz Rodzinny*, 2010, Rok XV, nr 1, s. 76.
14. Walker W., *Przygoda z komunikacją*, Gdańsk 2001, s. 40-46.;
15. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 poz. 1039).
16. Cuber T., Figarska K., Ślusarska B., Zarzycka D., Dobrowolska B., *Deklaracje europejskie i ich wpływ na współczesne kształcenie pielęgniarskie*, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2011, tom 36, nr 3, s. 45-49.
17. <http://www.nauka.gov.pl/proces-bolonski/proces-bolonski.html> [dostęp, 17.11.2016].
18. 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. 2017 poz. 497).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2016 poz. 1761).

Adres do korespondencji:
doc. dr. n. med. Wiktor Piotrowski
mgr Karolina Piotrowska
e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019
Po recenzji: 10.06.2019
Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Spółka partnerska jako forma prawna wykonywania zawodu lekarza (część I)

A partner company as a legal form of practicing the medical profession (part I)

Magdalena Wróbel^{1, A-F}

¹Institut Nauk Społecznych, Collegium Bobolanum, PWTW Warszawa

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris MedicinaeLegnicensis 2019; 1 (21): 82-89

Streszczenie

Celem artykułu jest omówienie podstawowych cech spółki partnerskiej przeznaczonej dla osób fizycznych wykonujących wolny zawód, w szczególności lekarzy, pielęgniarek, położnych. W części pierwszej artykułu zostało ukazane miejsce spółki partnerskiej w systemie handlowych spółek osobowych oraz wskazano kto może być partnerem. Także przeanalizowano formę w jakiej musi być zawarta umowa spółki partnerskiej oraz opracowano poszczególne jej elementy.

Słowa kluczowe: Spółka partnerska, Spółka osobowa, Lekarz, Pielęgniarka, Położna, Umowa spółki partnerskiej

Summary

The purpose of the article is to discuss the basic features of a partner company for natural persons engaged in professional services, in particular doctors, nurses, and midwives. The first part of the article shows the position of a partner company in the system of commercial partnerships and indicates who can be a partner. Also, the form in which the contract for the partner company must be concluded and the individual elements of it have been analyzed

Key words: Limited Liability Partnership, Partnership, Doctor, Nurse, Midwife, Partnership company agreement.

Wstęp

Celem publikacji jest wskazanie *differentia specifica* dla spółki partnerskiej jako jednej z typów handlowych spółek osobowych funkcjonującej w polskim systemie prawnym i gospodarczym. Omówienie poszczególnych cech spółki partnerskiej będzie stanowiło zbiór podstawowych informacji dla osób wykonujących wolny zawód, w szczególności lekarzy na przygotowanie się do rozpoczęcia działalności w tej formie prawnej.

Spółka partnerska należy do jednego z rodzaju spółek, tj. spółek osobowych (por. 4 §1 pkt 1 KSH). W zbiorze spółek osobowych [1] zostały wyliczone cztery typy spółek, w tym spółka partnerska. Zatem jest to zamknięty katalog o charakterze *numerus clausus*. Wskazanie cech spółki partnerskiej wymaga uwzględnienia jednocześnie trzech grup przepisów prawnych, tj. przepisów ogólnych dla wszystkich typów spółek handlowych (art. 1 – 7¹ KSH Tytuł I. Przepisy ogólne, Dział I. Przepisy wspólne) [2], przepisów wspólnych dla spółek osobowych (art. 8 – 10¹ KSH Tytuł I. Przepisy ogólne, Dział II. Spółki osobowe),

jak również przepisów szczególnych regulujących ten typ spółki (art. 86 – 101 KSH Tytuł II. Spółki osobowe, Dział II. Spółka partnerska).

Partnerami w spółce partnerskiej [3] mogą być włącznie osoby fizyczne, które na podstawie ustaw szczegółowych posiadają uprawnienia do wykonywania wolnego zawodu wymienionego w art. 88 KSH lub w odrębnej ustawie (por. art. 87 KSH). W myśl art. 86 §2 KSH w ramach spółki partnerskiej może być wykonywany więcej niż jeden wolny zawód, jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej. Katalog wolnych zawodów uprawnionych do występowania w formie prawnej spółki partnerskiej został określony w art. 88 KSH. Zgodnie z nim partnerami mogą być osoby fizyczne uprawnione do wykonywania następujących zawodów: adwokata, aptekarza, architekta, inżyniera budownictwa, biegłego rewidenta, brokera ubezpieczeniowego, doradcy podatkowego, maklera papierów wartościowych, doradcy inwestycyjnego, księgowego, lekarza, lekarza dentystry, lekarza weterynarii, notariusza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, radcy prawnego, rzecznika patentowego, rzeczoznawcy majątkowego i tłumacza przysięgłego. Tym samym, uczestnikiem spółki partnerskiej nie mogą być inne spółki osobowe czy spółki kapitałowe, nawet w przypadku, gdy prowadzą działalność polegającą na wykonywaniu wolnego zawodu, czy też spółki cywilne. Ten atrybut partnera jest niezwykle ważny bowiem w przypadku, gdy w spółce partnerskiej pozostanie tylko jeden partner mający uprawnienia do wykonywania wolnego zawodu, stanowiącego cel spółki partnerskiej, to stanowi to przyczynę rozwiązania spółki (por. art. 98 §1 pkt 4; art. 98 §2 KSH). Podobnie wstąpienie do spółki spadkobiercy zmarłego partnera, jest możliwe jeżeli umowa spółki partnerskiej na to zezwala, ale pod warunkiem, że spadkobierca posiada uprawnienia do wykonywania określonego wolnego zawodu, a umowa spółki nie stanowi inaczej (por. art. 101 *in fine*). Jest to jedyny typ spółki handlowej, który zawęży uczestnictwo podmiotowe tylko do osób fizycznych [4]. Wspólnicy spółki partnerskiej nazywani są partnerami i tylko oni mogą posługiwać się takim terminem.

Kodeks Spółek Handlowych w przypadku umowy spółki partnerskiej wymaga, aby została ona zawarta na piśmie pod rygorem nieważności [5] (por. art. 92 KSH). W przypadku niezachowania wymaganej przez prawo formy dla umowy spółki partnerskiej wskazanej w art. 92 KSH umowa ta jest zawarta nieważnie (por. art. 73 §1 KC). Umowa spółki partnerskiej jest nieważna tylko wtedy, gdy skutek taki został zastrzeżony w przepisie szczególnym, którym w tym przypadku jest, art. 92 KSH. Jednym z typów czynności prawnych jest umowa spółki partnerskiej. W związku z tym, w myśl art. 2 KSH w sprawach nieuregulowanych w Kodeksie Spółek Handlowych stosuje się przepisy Kodeksu

Cywilnego. Jeżeli wymaga tego właściwość (natura) stosunku prawnego spółki handlowej, przepisy Kodeksu Cywilnego stosuje się odpowiednio [6]. Tym samym, do umowy spółki partnerskiej zastosowanie znajdą również ogólne reguły prawa cywilnego dotyczące formy czynności prawnych zawarte w Księdze I. Części ogólnej. Kodeksu Cywilnego. Niezbędne jest aby osoba składająca oświadczenie woli własnoręcznie złożyła podpis na dokumencie w postaci umowy spółki partnerskiej (por. art. 2 KSH w zw. z art. 78 §1 zd. 1 KC). Zgodnie z art. 77 § 2 KC uzupełnienie, zmiana albo rozwiązanie umowy spółki partnerskiej oraz odstąpienie od niej powinno być stwierdzone pismem [7]. Oznacza to, że wskazana forma pisemna powinna być nadana uchwale parterów, której przedmiotem jest zmiana postanowień umowy spółki partnerskiej (por. art. 9 KSH). Celem tej formy dla umowy spółki partnerskiej jest zapewnienie pewności i bezpieczeństwa co do tego, że umowa spółki partnerskiej została skutecznie prawnie dokonana. Także chodzi tu o zapewnienie ochrony takiej wartości jak interes podmiotów trzecich nawiązujących stosunki prawne ze spółką partnerską oraz jawność umowy spółki. Partner może sam bezpośrednio zawrzeć umowę spółki partnerskiej. Dopuszczalne jest też inne rozwiązanie prawne, ściślej zawarcie umowy spółki partnerskiej w sposób pośredni, tj. przez pełnomocnika. W takiej sytuacji, gdy ustawodawca przewiduje dla umowy spółki partnerskiej formę pisemną pod rygorem nieważności, ściślej *ad solemnitatem* również pełnomocnictwo do zawarcia takiej umowy musi być pod sankcją nieważności udzielone w tej samej formie (por. art. 99 §1 KC) [8]. Forma pisemna *ad solemnitatem* konieczna jest zawsze dla udzielenia pełnomocnictwa ogólnego (por. art. 99 §2 KC). Może się tak zdarzyć w praktyce, że przedmiotem wkładu do spółki partnerskiej będzie prawo własności nieruchomości przenoszone na spółkę. W takim przypadku umowa spółki partnerskiej musi mieć obligatoryjnie formę aktu notarialnego *ad solemnitatem* (por. art. 158 KC w zw. z art. 3 art. 91 pkt 7; art. 92 KSH) i jednocześnie pełnomocnictwo do zawarcia takiej umowy będzie musiało być pod rygorem nieważności udzielone w formie aktu notarialnego (por. art. 99 §1 KC). W myśl art. 91 PrNotU [9] notariusz sporządza akt notarialny, jeżeli wymaga tego przepis prawa lub taka jest wola stron [10]. Jest to forma szczególna dla umowy spółki partnerskiej, z jej typem najbardziej kwalifikowanym w postaci aktu notarialnego [11]. Także uzupełnienie, zmiana umowy spółki partnerskiej wymaga formy aktu notarialnego (por. art. 77 §3 KC). Natomiast rozwiązanie oraz odstąpienie od niej powinno być stwierdzone pismem (por. art. 77 §3 KC). W związku z tym, forma aktu notarialnego powinna być nadana uchwale parterów, której przedmiotem jest zmiana postanowień umowy spółki partnerskiej (por. art. 9 KSH).

Treścią umowy spółki partnerskiej jest szczegółowe określenie reguł jej funkcjonowania. Zgodnie z art. 91 KSH umowa spółki partnerskiej powinna zawierać: 1) określenie wolnego zawodu wykonywanego przez partnerów w ramach spółki; 2) przedmiot działalności spółki; 3) nazwiska i imiona partnerów, którzy ponoszą nieograniczoną odpowiedzialność za zobowiązania spółki, w przypadku przewidzianym w art. 95 § 2 KSH; 4) w sytuacji, gdy spółkę reprezentują tylko niektórzy partnerzy, nazwiska i imiona tych partnerów; 5) firmę i siedzibę spółki; 6) czas trwania spółki jeżeli jest oznaczony; 7) określenie wkładów wnoszonych przez każdego partnera i ich wartość.

Cel spółki partnerskiej jest jednym z elementów struktury jej umowy. Wykonywanie wyłącznie (konkretnego) wolnego zawodu (por. art. 91 pkt 1 KSH), ściślej działalności gospodarczej o ograniczonym ustawowo rodzaju jest celem dla którego tworzy się spółkę partnerską (por. art. 86 i art. 88 KSH). Może to być wykonywanie jednego wolnego zawodu lub kilku, jednakże w umowie spółki należy to wyraźnie zaznaczyć. Przykładem może być świadczenie usług przez lekarza oraz pielęgniarki i położną w ramach spółki partnerskiej. Cel spółki [12] zostaje skonkretyzowany w tzw. przedmiocie (zakresie) działalności. W takiej sytuacji partnerzy będą mogli świadczyć usługi tylko w tym wskazanym zakresie. Aby zrealizować cel spółki partnerskiej partnerzy w umowie zobowiązują się do wniesienia do niej wkładów oraz ewentualnie do innego dodatkowego świadczenia ustalonego w umowie spółki (por. art. 3 KSH). W umowie spółki należy określić wkłady wnoszone przez konkretnych partnerów oraz ich wartość (por. art. 91 pkt 7 KSH). W razie wątpliwości uważa się, że wkłady partnerów są równe (por. art. 48 § 1 w zw. z art. 89 KSH). Przedmiotem wkładu mogą być pieniądze oraz zbywalne prawa majątkowe i prawa niezbywalne, m.in. ustanowienie na rzecz spółki partnerskiej użytkowania (por. art. 254 KC) [13], jak również wykonywanie pracy i innych usług. W przeciwieństwie do wnoszonych praw majątkowych do spółki partnerskiej gdzie przejście (aportu) prawa majątkowego na nią następuje w wyniku skutku rozporządzającego [14] (por. art. 155 § 1 KC lub art. 510 § 1 KC), w tym przypadku należy uznać, że doszło do rzeczywistego wniesienia takiego aportu dopiero z chwilą zakończenia okresu świadczenia usług, tj. wykonywania pracy na rzecz spółki partnerskiej. Spółka partnerska jako jedna z typów spółek należących do spółek osobowych zawiązywana jest *intuitupersonae* [15], tj. przez wzgląd na osobę partnera. Pozycja partnera w środowisku medycznym, ściślej doświadczony, o uznanej renomie lekarz, pielęgniarka czy położna, jego kwalifikacje, cechy charakteru stanowią największą wartość dla spółki, która zapewnia jej konkurencyjność na określonym rynku usług. Tym samym, osoba partnera [16] odgrywa większe

znaczenie, niż środki majątkowe, które wnosi on do spółki. Prawnym wyrazem tej cechy spółki partnerskiej, jest w szczególności dopuszczenie przez ustawodawcę świadczenia na rzecz spółki pracy lub innych usług jako wkładu (por. art. 48 §2 w zw. z art. 89 i art. 3 KSH). Wniesione do spółki partnerskiej wkłady tworzą jej odrębny prawnie majątek. Powstały w ten sposób majątek stanowi środek do realizacji jej celu. Także w zasadzie całym swoim majątkiem spółka partnerska odpowiada za skutki prawne swoich działań. Kolejnym składnikiem umowy spółki partnerskiej jest określenie firmy i siedziby spółki. Firma identyfikuje spółkę partnerską jako uczestnika obrotu gospodarczego [17]. Także podkreśla ona odrębność prawną spółki partnerskiej od wchodzących w jej skład partnerów. Zgodnie z art. 90 §1 KSH firma spółki partnerskiej powinna zawierać nazwisko co najmniej jednego partnera, dodatkowe oznaczenie „i partner” bądź „i partnerzy” albo „spółka partnerska” oraz określenie wolnego zawodu wykonywanego w spółce. Dopuszczalne jest używanie w obrocie skrótu „sp. p.”. Firmą z dodatkowym oznaczeniem „i partner” bądź „i partnerzy” albo „spółka partnerska” oraz skrótu „sp. p.” może posługiwać się wyłącznie spółka partnerska (por. art. 90 § 3 KSH). Firma spółki partnerskiej podlega ochronie [18] (por. art. 23; art. 24; art. 43 w zw. z art. 33¹ KC; art. 18 ZNKU). Wybór siedziby spółki partnerskiej należy do partnerów. Siedziba spółki partnerskiej ma znaczenie w zakresie prawa publicznego, gdyż wyznacza jej właściwość sądową. Spółka partnerska podlega prawu miejsca swojej siedziby. W sprawach rejestrowych dla spółki partnerskiej właściwy jest sąd rejonowy (sąd gospodarczy), w którego okręgu znajduje się siedziba spółki partnerskiej wpisywanej do rejestru przedsiębiorców (por. art. 2 KrRejSU). W przypadku, gdy w spółce powołano zarząd (por. art. 97 KSH), siedzibą spółki jest z reguły miejscowość, w której ma siedzibę jej organ zarządzający (por. art. 41 KC w zw. z art. 97 KSH w zw. z art. 33¹ § 1 KC). Także w umowie spółki należy wskazać czas jej trwania (por. art. 91 pkt 6 KSH). Jeżeli w umowie spółki brak będzie odpowiedniego postanowienia w tym zakresie, przyjmuje się, że spółka została związana na czas nieoznaczony. Sposób reprezentowania spółki partnerskiej to kolejny element wymagający umieszczenia w umowie spółki partnerskiej. W przypadku, gdy prawo reprezentowania spółki przyznano tylko niektórym partnerom, to w umowie spółki należy wymienić ich imiona i nazwiska oraz sposób reprezentacji (por. art. 91 pkt 4 KSH). Natomiast jeżeli w spółce powołano zarząd (por. art. 97 KSH) to również należy to zaznaczyć w umowie spółki partnerskiej. W sytuacji, gdy partnerzy wyrażają zgodę na ponoszenie nieograniczonej odpowiedzialności za zobowiązania spółki na podstawie art. 95 §1 KSH to w umowie spółki należy podać ich imiona i nazwiska (por. art. 91 pkt 3 KSH). Partnerzy mogą wprowadzić również do umowy spółki inne

postanowienia niż wskazane w art. 91 KSH. Regulacja, w szczególności stosunków wewnętrznych w spółce partnerskiej ma w większości postać przepisów prawnych o charakterze *iuris dispositivi* (por. art. 89 w zw. z art. 37 i nast.). W związku z tym, zaproponowany przez ustawodawcę model ustawy spółki partnerskiej znajdzie zastosowanie, gdy partnerzy nie uregulowali w postanowieniach umowy określonego zagadnienia inaczej niż wskazany model ustawy albo jeżeli partnerzy w postanowieniach umowy nie wyłączyli jego zastosowania nie dokonując zarazem regulacji o odmiennej treści (tzw. model umowy ustroju spółki partnerskiej).

Piśmiennictwo

1. Por. ogólną charakterystykę spółek osobowych zwłaszcza S. Sołtysiński, Założenia projektu ustawy – prawo spółek handlowych, dotyczące spółek osobowych, w: Księga pamiątkowa dla uczczenia pracy naukowej prof. K. Kruczalaka, Gdańskie Studia Prawnicze 1999, t. V, s. 387 i nast.; U. Promińska, W sprawie modelowej konstrukcji handlowych spółek osobowych, PPH 2012, nr 9, s. 10 i nast., A. Kidyba, Handlowe spółki osobowe, t. I, wyd. 3, Warszawa 2010, s. 21 i nast.; St. Włodyka, w: Prawo spółek handlowych. System Prawa handlowego, t. 2A, red. St. Włodyka, Warszawa 2007, s. 45 i nast., J. A. Strzępka, Spółki osobowe w Kodeksie spółek handlowych, w: Studia z prawa prywatnego gospodarczego. Księga pamiątkowa ku czci Profesora I. Weissa, Kraków 2003, s. 325 i nast.;
2. Szersze omówienie struktury, układu i założeń Kodeksu Spółek Handlowych por. A. Szajkowski, Refleksje nad nowym Kodeksem Spółek Handlowych, PUG 2001, nr 1, s. 2 i nast. Część ogólna KSH zawiera przepisy wspólne dla sześciu typów spółek handlowych.
3. Spółka partnerska jako jeden z typów spółek osobowych jest z reguły tworzona przez kilku parterów, ściślej niewielkiej liczby podmiotów, podobnie jak inne spółki osobowe, w tym model wzorcowy jakim jest spółka jawna szerzej por. A. Meier – Hayoz, P. Forstmoser, Schweizerisches Gesellschaftsrecht, auflage 9, Bern 2004, s. 331; także zauważa to F. Lefebvre, Mémentopratique. Droit des affaires. Sociétés Commerciales, edition 35, Paris 2006, s. 248 stwierdzając, że spółka jawna jest przeznaczona szczególnie dla niewielkiej liczby współników „*la société en nom collectif convient plus particulièrement aux entreprises ne groupant qu' un petit nombre d' associés*”; również tak M. Juglart, B. Ippolito, Cours de droit commercial. Les Sociétés Commerciales, edition 10, Paris 1999s. 261, zaznaczając, że (...) „*elle comprend un petit nombre d' associés*”.
4. Por. również charakterystykę spółek handlowych w systemie prawa niemieckiego przedstawioną przez M. J. Ulmer, A. Kidyba, Formy spółek prawa niemieckiego (z odniesieniem do prawa polskiego), Prz. Sąd. 1996, nr 1, s. 85 i nast.; Ch. Knödler, Spółki osobowe i kapitałowe w Niemczech, MoP 1993, nr 3, s. 68 i nast.
5. Por. szerzej St. Włodyka, Forma czynności prawnych w prawie spółek handlowych w aspekcie intertemporalnym, w: Prawo prywatne czasu przemian. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Stanisławowi Sołtysińskiemu, red. A. Nowicka, Poznań 2005, s. 587 i nast.; G. Wolak, Zwykła forma pisemna *ad solemnitatem* zastrzeżona dla czynności prawnych (oświadczeń woli), w k. s. h. (cz. I), Pr. Sp. 2011, nr 10, s. 50 i nast.; tenże, Zwykła forma pisemna *ad solemnitatem* zastrzeżona dla czynności prawnych (oświadczeń woli), w k. s. h. (cz. II), Pr. Sp. 2011, nr 11, s. 19 i nast.;
6. Termin odpowiednio oznacza, że niektóre przepisy Kodeksu Cywilnego należy stosować wprost (bez żadnych zmian w ich dyspozycji), z pewnymi modyfikacjami (odmienność

- stosunku prawnego powoduje konieczność dostosowania przepisów (tu: z reguły dyspozycji) do zmienionego stosunku) albo niektóre z nich w ogóle nie znajdują zastosowania ze względu na sprzeczność z charakterem, tj. naturą analizowanego stosunku prawnego, tak M. Pazdan, Kodeks spółek handlowych a kodeks cywilny, PiP 2001, z. 2, s. 31 i nast.; także por. J. Nowacki, Odpowiednie stosowanie przepisów prawa, PiP 1964, z. 3, s. 367 i nast.; tenże, Wnioskowanie *per analogiam*, a „odpowiednie” stosowanie przepisów prawa, w: Analogia legis, Warszawa 1966, s. 141 i nast. oraz szerokie omówienie przepisów odsyłających por. J. Wróblewski, Przepisy odsyłające, ZN UŁ, Nauki humanistyczno – społeczne 1964, seria I, z. 35, s. 9 i nast.
7. Szerzej por. K. J. Matuszyk, Forma czynności prawnych w stosunkach między przedsiębiorcami, PPH 2004, nr 9, s. 48 i nast.; J. Pokrzywniak, Oświadczenia i zawiadomienia, MoP 2005, nr 4, s. 223 i nast.; M. Krajewski, Zmiany regulacji formy czynności prawnych, PPH 2003, nr 7, s. 9 – 12.
 8. Por. K. Kopaczyńska – Piecziak, w: Kodeks Cywilny. Część Ogólna, t. I, wyd. 2, Z. Gawlik, A. Janiak, A. Jedliński, K. Kopaczyńska – Piecziak, E. Niezbecka, T. Sokołowski, (red.) A. Kidyba, Warszawa 2012, s. 618 i nast.
 9. Por. J. Frąckowiak, Znaczenie formy notarialnej w polskim prawie spółek na tle prawa Unii Europejskiej, Rej. 1998, nr 4, s. 11 i nast.; R. Wrzcionek, Czy sąd rejestrowy bada formę notarialną?, Pr. Sp. 2007, nr 7 – 8, s. 63 i nast.;
 10. Por. szerzej A. Oleszko, Prawo o notariacie. Komentarz, Cz. II, t. I (art. 79 – 91), wyd. 1, Warszawa 2012, s. 476 i nast.; R. Sztyk, Czynności notarialne w kodeksie spółek handlowych, w: Kodeks spółek handlowych. Studia i materiały, red. R. Sztyk, Poznań – Kluczbork 2001, s. 717 i nast. E. Drozd, Forma aktu notarialnego, w: Księga pamiątkowa z I Kongresu Notariuszy Rzeczypospolitej Polskiej 1993, Kluczbork 1995, s. 7 i nast.;
 11. Por. również odpowiedzialność notariusza, szerzej A. Oleszko, Sytuacja prawno-zawodowa notariusza w świetle swobody działalności gospodarczej, w: Rozprawy prawnicze. Księga pamiątkowa Profesora Maksymiliana Pazdana, red. L. Ogiegło, W. Popiołek, M. Szpunar, Kraków 2005, s. 1257 i nast.; tenże Staranność zawodowa notariusza a zarzut wadliwie sporządzonej czynności notarialnej, w: Współczesne problemy prawa prywatnego. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Edwarda Gniewka, red. J. Gołaczyński, P. Machnikowski, Warszawa 2010, s. 429 i nast.; A. Wąsiewicz, Odpowiedzialność cywilna notariusza i jej ubezpieczenie, w: Księga pamiątkowa z I Kongresu Notariuszy ..., *op. cit.*, s. 301 i nast.
 12. Cel każdej spółki handlowej z pozycji jej wspólnika szeroko omawia P. Jung (...). Die Gesellschaft Wird Für Ihn Zu Einem den wirtschaftliche Bedingungen bestangepassten Funktionsgebäude, mit dem er – gegebenenfalls gemeinsam mit weiteren Unternehmergesellschaften – seiner unternehmerischen Ziele verfolgt, por. P. Jung, Der Unternehmer gesellschaftlicher als personaler Kern der rechtsfähigen Gesellschaft - Eine Studie zur Relativität der rechtlichen Verselbständigung von Gesellschaften (ausgezeichnet mit dem Rudolf-Haufe-Nachwuchsförderpreis 2002), Tübingen 2002, s. 2 i nast.
 13. Z. Gawlik, W sprawie przyszłości użytkownika wieczystego, w: Współczesne problemy prawa prywatnego. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Edwarda Gniewka, red. J. Gołaczyński, P. Machnikowski, Warszawa 2010, s. 149 i nast.
 14. Por. E. Drozd, Umowa zobowiązująca jako podstawa prawna dla umów z zakresu prawa rzeczowego, w: Rozprawy prawnicze. Księga ...*op. cit.*, s. 863 i nast.; S. Sołtyśński, Czynności rozporządzające. Przyczynek do analizy podstawowych pojęć cywilistycznych, w: Rozprawy z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Witolda Czachórskiego, red. J. Błęszyński, J. Rajski, Warszawa 1985, s. 301 i nast.;

15. Tak por. Zwłaszcza M. Juglart, B. Ippolito, Cours de droit commercial. Les Sociétés Commerciales, édition 10, Paris 1999, s. 261 i nast.; P. Merle, A. Fauchon, Droit Commercial. Sociétés Commerciales, édition 10, Paris 2005, s. 167 i nast.;
16. Także por. rozważania dotyczące roli i pozycji wspólnika w spółkach handlowych oraz spółce cywilnej P. Jung (...) Für die übrigen Gesellschafter ist der Unternehmer gesellschafter nicht nur Mitgesellschafter, sondern auch unternehmerischer Initiator sowie Garant der verantwortungsvollen Leitung und der Selbständigkeit des Unternehmens, p. Jung, Der Unternehmer gesellschafter als personaler ..., *op. cit.*, s. 2. oraz dotyczące pozycji prawnej wspólnika, P. Junga, *ibidem*, s. 1 i nast. oraz s. 109 i nast.
17. Por. J. Sitko, Firma w świetle przepisów Kodeksu cywilnego, PPH 2003, nr 5, s. 24 i nast.; U. Promińska, Firma przedsiębiorcy a oznaczenia przedsiębiorstwa, w: Księga pamiątkowa z okazji 80 – lecia rzecznictwa patentowego w Polsce, Warszawa 2001, s. 151 i nast.; M. Modrzejewska, Nowa koncepcja firmy a niebezpieczeństwo konfuzji w obrocie, w: Kodeks Spółek Handlowych po pięciu latach, red. J. Frąckowiak, Wrocław 2006, s. 124 i nast.;
18. Por. E. Marcisz, Dobra osobiste spółek osobowych, PPH 2011, nr 6, s. 27 i nast.; J. St. Piątowski, Ewolucja ochrony dóbr osobistych, w: Tendencje rozwoju prawa cywilnego. Zbiór studiów pod redakcją E. Łętowskiej, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk – Łódź 1983, s. 9 i nast.; J. Koczanowski, Zakres podmiotowy ochrony dóbr osobistych osób prawnych w kodeksie cywilnym, ZN AE Kraków 1984, nr 182, s. 173 i nast.; tenże, Osoby prawne zależne i ich dobra osobiste, ZN AE Kraków 1990, nr 325, s. 17 i nast.; A. Wypiórkiewicz, Refleksyjne spojrzenie na ochronę dóbr osobistych, w: Ars et Usus. Księga pamiątkowa ku czci Sędziego Stanisława Rudnickiego, Warszawa 2005, s. 333 i nast.; B. Kordasiewicz, W sprawie obiektywnych i subiektywnych kryteriów oceny naruszania dóbr osobistych, w: Prace z prawa cywilnego wydane dla uczczenia pracy naukowej Profesora Józefa Stanisława Piątowskiego, red. B. Kordasiewicz, E. Łętowska, Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk – Łódź 1985, s. 17 i nast.; M. Sośniak, Funkcje i skuteczność zgody osoby uprawnionej w zakresie ochrony dóbr osobistych, w: Prace z prawa cywilnego wydane dla uczczenia pracy naukowej Profesora Józefa Stanisława Piątowskiego ... *op. cit.*, s. 63 i nast.; M. Poźniak – Niedzielska, Nazwa osoby prawnej jako przedmiot ochrony prawa cywilnego, w: Rozprawy z prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ... *op. cit.*, s. 295 i nast.; W. Czachórski, Dobra osobiste i ich ochrona *de lege ferenda* w prawie cywilnym, w: Problemy kodyfikacji prawa cywilnego. Księga pamiątkowa ku czci prof. Z. Radwańskiego red. S. Sołtyśński, Poznań 1990, s. 11 i nast.;

Adres do korespondencji:

Patrycja Nowak

Dorota Szpytma

Anna Obuchowska

Witold Zardzewiały

Marcin Rząca

e-mail: publikacje@wsmlgnica.pl

Konflikt interesów: Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019

Po recenzji: 10.06.2019

Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Copyright

© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna
w Legnicy

Uregulowania prawne udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Legal regulations of providing health services in the field of anaesthesiology and intensive care

Sylwia Diana Ziemia^{1,2, A-F}, Wiesław Zielonka^{1,3,A-F}

¹Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

²Studenckie Koło Naukowe Ratownictwa Medycznego, Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

³Pogotowie Ratunkowe w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis 2019; 1 (21): 90-101

Streszczenie

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIiT) stanowi ściśle określony obszar działalności medycznej i funkcjonuje niezależnie od innych oddziałów szpitala. Postępowanie lecznicze kierowane jest do chorych w najcięższym stanie, często w bezpośrednim zagrożeniu życia w przebiegu ciężkich urazów i zakażeń, poważnych schorzeń systemowych oraz wielonarządowych, wymagających stałego monitorowania i podtrzymywania funkcji życiowych. Z tego względu niezbędne jest ustalenie jednoznacznych standardów postępowania oraz procedur medycznych w zakresie świadczeń zdrowotnych w tym obszarze.

Celem pracy jest wskazanie uregulowań prawnych oraz opracowanych przez ekspertów obowiązujących obecnie wytycznych, które skutkują zapewnieniem wysokiej jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, reanimacji, leczenia bólu oraz maksymalizację bezpieczeństwa i wygody pacjenta w szpitalach.

Słowa kluczowe: uregulowania prawne, anestezjologia, intensywna terapia.

Summary

The Department of Anaesthesiology and Intensive Care is a strictly defined area of medical activities and it operates independently of other hospital departments. The medical treatment is provided for the worst injured patients, often in a life-threatening situation in the course of severe injuries and infections, serious systemic and multiple organ conditions which require constant monitoring and supporting the vital signs. For this reason, it is necessary to establish clear standards of conduct and medical procedures regarding health care in this field.

The aim of this work to indicate legal regulations and current guidelines developed by experts, which as a result ensure high quality of provided health services in the field of anaesthesiology, intensive care, resuscitation and treatment of pain, as well as maximization of safety and comfort of hospital patients.

Key words: legal regulations anaesthesiology intensive care.

Wstęp

Wśród specjalności lekarskich szczególne miejsce zajmuje anestezjologia. Przeprowadzanie i kontrola znieczulenia (anestezja) ogólnego lub regionalnego wykorzystywana jest podczas zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych pozwalający na bezpieczne i bezbolesne przeprowadzenie operacji lub innego, potencjalnie bolesnego lub nieprzyjemnego zabiegu medycznego. Natomiast pacjentom w stanie bezpośredniego zagrożenia życia wprowadza się specjalistyczne leczenie –

intensywną terapię tj. postępowanie medyczne, mające na celu podtrzymanie funkcji życiowych, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, szczególnie oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego. (OUN).

Celem pracy jest wskazanie uregulowań prawnych oraz opracowanych przez ekspertów obowiązujących obecnie wytycznych, które skutkują zapewnieniem wysokiej jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, reanimacji, leczenia bólu oraz maksymalizację bezpieczeństwa i wygody pacjenta w szpitalach. Wiele rozwiązań dotyczy również poprawie wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych i sprzętowych oraz niezbędnych środków finansowych.

Zasady kwalifikacji, kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii (OAiT) w szpitalach oraz zakres świadczeń zdrowotnych

Aktualne normy organizacyjne opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (AiIT) dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji określone są *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2017 roku, w oparciu o art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 i 1948) [1,2]. Dokument ten definiuje specjalistyczne pojęcia oraz określa lub wskazuje odpowiednie dokumenty umożliwiające:

- kwalifikację pacjentów do OAiT w szpitalach;
- zasady tworzenia i szczegółowe warunki dla poziomów referencyjnych OAiT lub oddziałów anestezjologii odrębnie dla pacjentów dorosłych lub dzieci;
- ocenę niezbędnych kwalifikacji zawodowych lekarzy, w tym lekarza kierującego oddziałem oraz pielęgniarki oddziałowej;
- wyposażenie stanowiska znieczulenia;
- określenie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych dotyczących leczenia bólu;

standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii w OAiT dla dorosłych lub dla dzieci [2,3].

Nadrzędnym celem leczenia jest zapewnienie bezpieczeństwa chorym poprzez respektowanie ustalonych zasad, spełnienie określonych warunków oraz organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Aktualne Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT) w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii przyjęte przez Zarząd Główny PTAiIT w dniu 28.09.2012 r. umożliwiają racjonalne i bezpieczne udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny oraz sedacji w ramach oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii [4].

Szczegółowe wskazówki dotyczące kwalifikacji oraz przyjęcia chorych do OAiIT zostały opracowane przez dr hab. med. Krzysztofa Kuszę oraz dr hab. med. Mariusza Piechotę i opublikowane w lutym 2012. W OAiIT leczy się chorych, którzy wymagają intensywnej terapii i monitorowania, a procedury te nie są dostępne w pozostałych oddziałach szpitalnych. Do oddziału kierowani są chorzy z niewydolnością narządów niezależnie od przyczyn, które do tej niewydolności doprowadziły. Rozstrzygającym o przyjęciu jest kryterium ciężkości stanu chorego. Zalecane jest jednak kierowanie się określonymi priorytetami przyjęć z uwzględnieniem: stanów bezpośredniego zagrożenia życia chorych; potrzeby przeprowadzenia poważnego zabiegu operacyjnego, lub bezwzględnego wskazania do inwazyjnego monitorowania dynamiki zmian zachodzących w ważnych dla życia układów i narządów; nagłego, istotnego pogorszenia ogólnego stanu zdrowia; zapewnienia intensywnego leczenia, które może przynieść doraźną ulgę w cierpieniu podczas nieodwracalnie przebiegającego procesu chorobowego. Pacjenci kwalifikowani są z uwzględnieniem czterech priorytetów:

- Priorytet 1 – pacjenci znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika przede wszystkim z zaburzeń w układzie krążenia i/lub oddychania. W tej grupie znajdują się chorzy: w bezpośrednim okresie pooperacyjnym bez względu na charakter wykonanej operacji (jeśli doszło do ostrej dysfunkcji lub niewydolności narządu lub układu); z ostrą niewydolnością oddychania wymagający leczenia wybranymi technikami wentylacji mechanicznej; w stanie każdego rodzaju wstrząsu, wymagający inwazyjnego monitorowania dynamiki układu krążenia oraz stosowania wlewów leków naczyniowoaktywnych.
- Priorytet 2 – pacjenci wymagający intensywnego monitorowania w systemie wzmożonego nadzoru, u których w każdej chwili może zaistnieć konieczność wdrożenia inwazyjnych technik leczenia, zarezerwowanych wyłącznie dla intensywnej terapii.

- Priorytet 3 – krytycznie chorzy, których stan zdrowia poprzedzający wystąpienie stanu zagrożenia życia, jak też zaawansowanie aktualnie toczącego się procesu chorobowego ograniczają w znacznym stopniu szanse na wyzdrowienie i tym samym osiągnięcie korzyści z przyjęcia do OAiT. Do tej grupy należą chorzy z zaawansowaną chorobą nowotworową, której towarzyszą mnogie przerzuty do innych narządów i jest ona dodatkowo powikłana infekcją, tamponadą osierdza, niedrożnością dróg oddechowych lub też chorzy znajdujący się w stadium terminalnym choroby układu krążenia lub oddychania, a u których doszło do powikłań w postaci ostrego procesu chorobowego o różnej etiologii. Z założenia zakres stosowanych środków i technik inwazyjnych może zostać ograniczony do: nie podejmowania czynności takich jak intubacja dotchawicza w przypadku wystąpienia ostrej niewydolności oddechowej lub też do niepodjęcia prób resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Jednocześnie chorzy ci zostali zdyskwalifikowani zgodnie z przyjętymi kryteriami z wdrożenia u nich procedur związanych z przeszczepianiem narządów, których niewydolność jest odpowiedzialna za terminalność stanu zdrowia.
- Priorytet 4 – chorzy, których przyjęcie do OAiT jest zasadniczo nieuzasadnione. Decyzje dotyczące przyjęcia powinny być podejmowane w wyjątkowych sytuacjach, na podstawie głębokiej analizy indywidualnego przypadku i jedynie za zgodą ordynatora oddziału. Są to chorzy, którzy albo nie odniosą dodatkowej korzyści lub tylko bardzo ograniczoną na skutek przyjęcia do OAiT z powodu niskiego ryzyka interwencji diagnostycznoterapeutycznej, która nie może być dokonana poza OAiT.

Przykładem są tu chorzy ze schorzeniami obwodowego układu krążenia, stabilni hemodynamicznie, chorzy z umiarkowaną ketonową kwasicią cukrzycową, chorzy przytomni w przebiegu ostrego zatrucia lub chorzy z umiarkowanego stopnia niewydolnością krążenia lub niewydolnością oddechową, itp. Zalicza się tu chorych z nieuleczalną chorobą terminalną, którzy stoją w obliczu zagrażającej śmierci: z ciężkim, nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu, nieodwracalną niewydolnością wielonarządową, przerzutami nowotworowymi niepoddającymi się chemio- i radioterapii (chyba, że chory jest w trakcie specjalnego programu terapeutycznego); z rozpoznaną śmiercią mózgu nie będący potencjalnymi dawcami narządów; w stanie wegetatywnym, czy w nieodwracalnej śpiączce. W tej grupie są również chorzy, którzy są w stanie samodzielnie podejmować świadome decyzje dotyczące ich zdrowia i życia i w związku z tym dokonali oni wyboru polegającego na odmowie leczenia w OAiT,

wybierając w zamian leczenie o charakterze paliatywnym. Z tej grupy chorych wyłącza się dawców lub potencjalnych dawców narządów [5].

Ogólne zasady tworzenia OAiIT lub oddziałów anestezjologii oraz szczegółowe warunki dla poziomów referencyjnych OAiIT w szpitalach dla pacjentów dorosłych oraz dzieci

W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych, tworzone są OAiIT, natomiast w przypadkach, gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzone są oddziały anestezjologii [2]. Dla prawidłowego udzielania świadczenia z zakresu intensywnej terapii podmiot leczniczy, posiadający w swojej strukturze organizacyjnej dwa lub więcej szpitali, w każdym szpitalu, w którym funkcjonuje OAiIT powinien posiadać:

- co najmniej jeden oddział o profilu zabiegowym (nie zaleca się tworzenia OAiIT w szpitalu nieposiadającym oddziału o profilu zabiegowym);
- blok operacyjny zapewniający stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu, pracownię endoskopii diagnostycznej i zabiegowej czynnej całą dobę;
- możliwość przeprowadzania całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych, a w szczególności gazometrycznych, biochemicznych oraz hematologicznych, w tym krzepnięcia krwi i próby krzyżowej.

Zalecane jest, aby OAiIT miały szybkie i łatwe połączenie z bankiem krwi, apteką, pracownią mikrobiologiczną, działem technicznym, oddziałem fizykoterapii, a także bezpośredni dostęp do leków i sprzętu jednorazowego oraz możliwość sprawnej komunikacji zewnętrznej

Liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu. [4].

W szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii pediatrycznej, tworzy się OAiIT dla dzieci, a w przypadkach gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, tworzy się oddziały anestezjologii dla dzieci.

Usytuowanie OAiIT dla dorosłych lub dla dzieci zapewnia komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi. Zapewnia się także izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału, która posiada służę

umożliwiająca umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych [2].

W celu zagwarantowania właściwej jakości oferowanych świadczeń oraz ze względu na optymalizację kosztów udzielanie świadczeń zdrowotnych na OAiIT dla dorosłych oraz dla dzieci powinno odbywać się na trzech poziomach referencyjnych:

- pierwszy poziom referencyjny;
- drugi poziom referencyjny;
- trzeci poziom referencyjny.

Poziomy są określane na podstawie spełnienia warunków ogólnych i szczegółowych dla OAiIT lub oddziałów anestezjologii z uwzględnieniem specyfiki odpowiedniej dla pacjentów dorosłych oraz dla dzieci w zakresie organizacji udzielania świadczeń. Ponadto wskazana jest liczba i wymagania dotyczące wyposażenia stanowisk znieczulenia i intensywnej terapii, konieczność sprawowania całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia oraz możliwość wykonania specjalistycznych badań diagnostycznych i leczniczych [2,4]. Rozporządzenie wskazuje, że OAiIT powinien być przystosowany do potrzeb szpitala pod względem liczby i kwalifikacji zawodowych personelu oraz wyposażenia. Nie wszystkie oddziały tego typu muszą posiadać jednakową strukturę, jednak muszą spełniać podstawowe wymagania przeznaczone dla tych jednostek tzn. aparaturę i sprzęt medyczny do wykonywania niezbędnych czynności medycznych. Dokument normuje rodzaje czynności medycznych wykonywanych w OAiIT odrębnie dla dorosłych lub dzieci przez lekarzy, wymienione w załącznikach jako podstawowe lub inne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednie wyroby medyczne [4].

Podmioty lecznicze prowadzące szpitale nie spełniające wymagań określonych w rozporządzeniu dostosują się do tych wymagań do 31 grudnia 2021 roku [3].

Kwalifikacje zawodowe personelu medycznego oraz zakres wykonywanych świadczeń leczniczych w szpitalu z zakresu anestezji, intensywnej terapii w oddziale AiIT dla dorosłych lub dzieci

Leczenie pacjentów w zakresie intensywnej terapii w szpitalu posiada charakter interdyscyplinarny i wymaga zaangażowania w proces terapeutyczny oraz współpracy lekarzy wielu specjalności, personelu pielęgniarskiego oraz personelu pomocniczego. Przepisy prawne określają standardy organizacyjne postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń leczniczych w

szpitalu z zakresu anestezji, intensywnej terapii w OAiIT dla dorosłych lub dzieci i dotyczą posiadania odpowiednich kwalifikacji oraz zakresu zadań.

Ordynatorem OAiIT dla dorosłych lub dzieci powinien być lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Ordynator przeprowadza okresową ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, w szczególności adekwatności postępowania z zaleceniami towarzystw naukowych, zgodności kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których stanowi art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. z 2012 roku, pozycja 159 [1,6].

Pielęgniarka oddziałowa OAiIT dla dorosłych i OAiIT pediatrycznej lub oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii pediatrycznej powinna być specjalistką w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki.

W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji mogą wykonywać lekarze zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi:

- znieczulenie ogólne oraz znieczulenie regionalne: zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe – lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie: anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- samodzielne udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, w przypadku wykonywania znieczulenia pacjentów powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (ang. American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III, a w pozostałych przypadkach na podstawie pisemnej zgody lekarza kierującego oddziałem – lekarz anestezjolog posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

Intensywną terapię prowadzi tylko lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Świadczenia zdrowotne w zakresie intensywnej terapii mogą być udzielane poprzez lekarza anestezjologa albo lekarza w trakcie specjalizacji, jeśli nad pracą jego sprawuje bezpośredni nadzór lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Usług zdrowotnych w ramach intensywnej terapii udzielać może lekarz odbywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii staż specjalizacyjny w zakresie innych dziedzin medycyny albo staż podyplomowy, jeśli nad jego pracą jego sprawuje bezpośredni nadzór lekarz posiadający specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii [5].

Jednym z podstawowych czynności wykonywanych przez personel pielęgniarski jest analiza monitorowanych parametrów ma na celu szybkiej diagnozę, wdrożenia skutecznej terapii i właściwą reakcję na stany zagrożenia życia. Pielęgniarką anestezjologiczną – pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki [2,5].

Szczególne przypadki lub wystąpienie nagłych problemów i trudności podczas znieczulenia, np.:

- znieczulania chorych w trybie ambulatoryjnym [7];
- stosowania wziewnej indukcji i podtrzymywania znieczulenia [8];
- nieprzewidzianych trudności z wykonaniem intubacji dotchawiczej u dorosłych [9];
- niezamierzonych śródoperacyjnych powrotów świadomości [10];
- braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii [11];
- kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu [12] wymagają zastosowania odrębnych wytycznych postępowania.

Anestezja i intensywna opieka medyczna (w neonatologii, pediatrii, geriatrii, kardiologii, hematologii) prowadzona jest w razie potrzeby zwiększonego nadzoru i opieki oraz stosowania niektórych metod intensywnej terapii zgodnie z aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych:

- znieczulania dzieci powyżej 3. roku życia [13,14];
- znieczulenie ogólne osób w wieku podeszłym [15];
- postępowania u chorych wymagających zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej dorosłych [16];
- Pacjent na lekach przeciwkrzepliwych i przeciwplatekcyjnych w sytuacji zabiegu operacyjnego [17];
- profilaktyki i leczenia żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych [18];
- u chorych wymagających zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej dorosłych [19];
- chorych poddawanych operacjom niekardiologicznym [20].

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych dotyczących leczenia bólu

W OAIIT albo w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii pediatrycznej mogą przebywać chorzy wymagający leczenia stanów bólowych ostrych, głównie pooperacyjnych, wykonania inwazyjnych, bolesnych zabiegów diagnostycznych albo terapeutycznych lub odpowiedniego ich monitoringu i postępowania leczniczego. Naczelnym świadczeniem zdrowotnym w ramach terapii leczniczej bólu jest konsultacja anestezjologiczna.

Świadczenia zdrowotne prowadzone przez zespół terapeutyczny dotyczące analgezji zewnątrzoponowej porodu [21] oraz łagodzenia bólu porodowego [22] a także walki z bólem pooperacyjnym [23]; regulowane są szczegółowymi wytycznymi.

Dojelitowe żywienie chorych

Prawidłowe żywienie pacjenta pozwala na poprawę procesów regeneracji, powoduje wzrost odporności organizmu, zapobiega powstawaniu odleżyn, poprawia bilans energetyczny oraz przyspiesza procesy gojenia. Dojelitowe żywienie ma znaczenie terapeutyczne ponieważ utrzymuje integralność błony śluzowej jelita i ogranicza występowanie infekcji. Na podstawie oceny żywieniowej pacjenta ustalany jest indywidualny, osobny program żywieniowy. Zapotrzebowanie energetyczne obliczane jest na podstawie stanu klinicznego chorego z uwzględnieniem: ciężkości schorzenia, wydolności poszczególnych narządów i układów, a także wpływu różnych procedur terapeutycznych. Podstawowym warunkiem żywienia dojelitowego jest stwierdzenie klinicznej stabilności stanu pacjenta i założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego lub ustno-żołądkowego. Wszystkie procedury związane z żywieniem mogą być wykonywane pod nadzorem lekarza z OIT przez personel pielęgniarski [24].

Zapobieganie infekcjom wewnątrzoddziałowym oraz szpitalnym

Każdy chory leczony w oddziale intensywnej terapii wymaga zastosowania wielu specjalistycznych zabiegów terapeutycznych i pielęgnacyjnych. Taka osoba jest szczególnie narażona na zakażenie związane z pobytem w OIT, a także z inwazyjnym monitorowaniem i diagnostyką (obecność cewników naczyniowych, rurek intubacyjnych i trachiestomijnych, zgłębnika żołądkowego, cewników moczowych, drenów ran pooperacyjnych). Zakażenia są nieodłącznym elementem leczenia pacjentów w OIT. W przedstawionych w 2012 roku wytycznych leczenia sepsy i wstrząsu septycznego dużą uwagę zwrócono na zapobieganie infekcjom wewnątrzoddziałowym oraz szpitalnym [25].

Podsumowanie

Aktualne wytyczne dotyczące leczenia chorych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, wymagań i standardów w zakresie wyposażenia oddziałów intensywnej terapii i stanowisk służą przede wszystkim zachowaniu bezpieczeństwa oraz prowadzeniu prawidłowej terapii pielęgniowania pacjentów.

Ważnym elementem gwarantującym wysoką jakość świadczeń zdrowotnych jest kompetentny i niezawodny zespół terapeutyczny, posiadający świadomość występujących w danej dobie hospitalizacji zagrożeń, niezbędną czujność podczas rutynowej obserwacji. Znajomość ustawodawstwa zawodowego poprzez ustawiczne szkolenie personelu, udział w kursach, szkoleniach oddziałowych i konferencjach naukowych oraz poprzez zdobywanie specjalizacji i nowych umiejętności pozwala wprowadzać procedury zapobiegające różnym zdarzeniom krytycznym oraz wyeliminować potencjalne błędy medyczne.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. (Dz. U. z 2016 r. poz.2218).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. (Dz. U. z 2016 r. poz.2381).
4. Kusza K., Kübler A., Maciejewski D., Mikstacki A., Owczuk R., Wujtewicz M., Piechota M.: *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady, warunki oraz organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2012, 44(4): 201-212, https://journals.viamedica.pl/anaesthesiology_intensivetherapy/article/view/20375/15994
5. Kusza K., Piechota M.: *Wytyczne PTAiIT określające sposób kwalifikacji pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii – luty 2012*, http://www.anestezjologia.org.pl/news,news_81.html
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 roku, poz. 159).
7. Stanowisko Rady Konsultacyjnej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii ds. Jakości i Bezpieczeństwa Znieczulenia w sprawie znieczulania chorych w trybie ambulatoryjnym. Rada Konsultacyjna PTAiIT ds. Jakości i Bezpieczeństwa Znieczulenia *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2013; 45(4):183-189.
8. Andres J., Gaszyński W., Jałowiecki P., Kübler A., Mayzner-Zawadzka E., Nestorowicz A.: *Wytyczne stosowania wziewnej indukcji i podtrzymywania znieczulenia*. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2007; 39: 57-59.
9. Gaszyński T., Głuszczyk R., Dobielski P., Jakubiak J.: *Wytyczne postępowania w przypadku nieprzewidzianych trudności z wykonaniem intubacji dotchawiczej u dorosłych*. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2009;41: 181-188.
10. Ziętkiewicz M., Nestorowicz A.: *Stanowisko Rady Konsultacyjnej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii ds. Jakości i Bezpieczeństwa Znieczulenia w sprawie*

- niezamierzonych śródoperacyjnych powrotów świadomości. Anestezjologia Intensywna Terapia* 2012;44(2):57-62.
11. Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z.: *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. Anestezjologia Intensywna Terapia* 2014;46(4):215-220.
 12. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20070460547>
 13. Zielińska M., Bartkowska-Śniatkowska A., Mierzewska-Schmidt M., Cettler M., Kobylarz K., Rawicz M., Piotrowski A.: *Stanowisko Sekcji Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii w sprawie znieczulania dzieci powyżej 3. roku życia. Anestezjologia Intensywna Terapia* 2016;48(2):71-88.
 14. Postępowanie w niespodziewanych trudnych drogach oddechowych u dzieci — stanowisko Sekcji Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej, Sekcji Przyrządowego Udrażniania Dróg Oddechowych PTAiIT oraz Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2017; 49(5): 336-349.
 15. Owczuk R.: *Wytyczne znieczulenia ogólnego osób w wieku podeszłym Rady Konsultacyjnej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii ds. Jakości i Bezpieczeństwa Znieczulenia. Anestezjologia Intensywna Terapia* 2011;43:123-8.
 16. *Zaktualizowany protokół postępowania u chorych wymagających zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej dorosłych. Zalecenia i wytyczne Zespołu ds. Terapii ECMO Żylna-Żylnym, powołanego przez konsultanta.*
 17. Nowacka E., Durek G.: *Pacjent na lekach przeciwkrzepliwych i przeciwplatek w sytuacji zabiegu operacyjnego. Stanowisko Sekcji Płynoterapii i Hemostazy Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii 2017.* <https://www.slideshare.net/marhaba2000/pacjent-na-lekach-przeciwkrzepliwych-iprzeciwplatekowych-w-sytuacji-zabiegu-operacyjnego-stanowisko-ptaiit-ad-2017>
 18. Wytyczne resuscytacji 2015 - Polska Rada Resuscytacji <http://www.prc.krakow.pl/wytyczne.html> Polskie wytyczne profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Aktualizacja 2012 - przyjęte i rekomendowane przez PTAiIT. https://adst.mp.pl/s/www/zakrzepica/ws_wytyczne_zchzz_2012.pdf
 19. Lango R., Szkulmowski Z., Maciejewski D., Sosnowski A., Kusza K.: *Zaktualizowany protokół postępowania u chorych wymagających zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej dorosłych. Zalecenia i wytyczne Zespołu ds. Terapii ECMO Żylna-Żylnym, powołanego przez konsultanta. Anestezjologia Intensywna Terapia* 2017;49(2):88-99.
 20. Optymalizacja funkcji układu krążenia w okresie okołooperacyjnym u chorych poddawanych operacjom niekardiochirurgicznym – stanowisko Sekcji Kardiotorakoanestezjologii Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2017;49(1):6-27.
 21. Mayzner-Zawadzka E., Kruszyński Z., Gaca M., Maciejewski D., Nowacka E.: *Analgeza zewnątrzoponowa porodu - wytyczne. Grupa Robocza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Anestezjologia Intensywna Terapia* 2009; 41: 114-118.

22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego. <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2015/1997> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia
23. Misiótek H., Cettler M., Woron J., Wordliczek J., Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E. *Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym — 2014*. Anestezjologia Intensywna Terapia 2014; 46(4):221-244.
24. Bartkowska-Śniatkowska A., Zielińska M., Świder M. et al. *Zasady leczenia żywieniowego na oddziałach intensywnej terapii dziecięcej. Wspólne stanowisko towarzystw naukowych: Sekcji Anestezji i Intensywnej Terapii Dziecięcej PTAiIT, PTN,PTŻKD*. Anestezjologia Intensywna Terapia 2015;47(4):267-283.
25. Rekomendacje Do Diagnostyki i Terapii Zakażeń w Szpitalu – Narodowy Program Ochrony Antybiotyków. <http://www.antybiotyki.edu.pl/szpitalna-polit-rekomendacje-diagnost.php>

Adres do korespondencji:
Sylwia Diana Ziemia
dr n. o zdr. Wiesław Zielonka
publikacje@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów:
Nie występuje

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019
Po recenzji: 10.06.2019
Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna
w Legnicy

Ocena poziomu wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych miasta Legnicy na temat pierwszej pomocy w zakresie udrażniania dróg oddechowych

Assessment of the level of knowledge of upper secondary school students of the city of Legnica on first aid in the clearing the airways

Wiesław Zielonka^{1,2,A-F}

¹Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

²Pogotowie Ratunkowe w Legnicy

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

ISSN 2084-3067

Acta Scholae Superioris Medicinæ Legnicensis 2019; 1 (21): 102-118

Streszczenie

Wstęp. Wzrastająca urazowość oraz zachorowalność wśród społeczeństwa nie omija również dzieci i młodzieży. Kluczem do sukcesu jest wykształcenie u najmłodszej populacji potrzeby udzielania pierwszej pomocy, co może przyczynić się do ograniczenia następstw niekorzystnych powikłań, włącznie z utratą zdrowia lub życia.

Cel pracy: badanie poziomu wiedzy i postaw uczniów wobec udzielania pierwszej pomocy w wybranych szkołach ponadgimnazjalnych miasta Legnicy.

Material i metody. W badaniach uczestniczyło 150 uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a jako narzędzie autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Ponad połowa badanych posiadała wiedzę teoretyczną z udzielania pierwszej pomocy, którą prawdopodobnie wykorzystalaby do działań praktycznych. Oceniając poprawność odpowiedzi udzielanych przez ankietowych stwierdzono, że była ona na wyrównanym poziomie, z nieznacznym przesunięciem na korzyść uczniów technikum.

Wnioski. Zdecydowanym krokiem we współczesnym systemie kształcenia powinno być położenie większego nacisku na szkolenia uczniów i młodzieży z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Tylko wiedza i umiejętności powtarzane, utrwalane i weryfikowane dają gwarancję ich ugruntowania, a w sytuacjach tego wymagających odpowiedniego zastosowania. Autor proponuje cykliczne szkolenia z tego zakresu, prowadzone przez dobrze wyszkolonych nauczycieli lub pracowników służby zdrowia pracujących w systemie ZRM (lekarz systemu, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny).

Słowa kluczowe: udrażnianie dróg oddechowych, wiedza uczniów, pierwsza pomoc

Summary

Admission. Increasing trauma and morbidity among the population also does not bypass children and adolescents. The key to success is to educate the youngest population of the need to provide first aid, which can contribute to reducing the consequences of adverse complications, including loss of health or life.

Aim of the study: study of students' knowledge and attitudes towards first aid in selected upper secondary schools in the city of Legnica.

Material and methods. 150 high school students participated in the study. The diagnostic survey method was used, and as a proprietary tool, a questionnaire.

Results. Over half of the respondents had theoretical knowledge of first aid, which would probably be used for practical activities. While assessing the correctness of the answers provided by the questionnaires, it was found that it was at an even level, with a slight shift in favor of technical secondary school students.

Conclusions. A decisive step in the modern education system should be placing greater emphasis on the training of students and youth in the field of first aid. Only knowledge and skills repeated, consolidated and verified guarantee their consolidation, and in situations that require appropriate application. The author offers periodic training in this field, conducted by well-trained teachers or health professionals working in the ZRM system (system doctor, system nurse, medical rescuer).

Key words: Clearing the airways, students' knowledge, first aid

Wstęp

Udzielenie pomocy w pierwszych minutach po zdarzeniu najczęściej decyduje o dalszym losie poszkodowanego. Wypadki zdarzają się tam, gdzie człowiek na co dzień przebywa (dom, szkoła, miejsce pracy, ulica). Bierna postawa świadków zdarzenia często może prowadzić i prowadzi do utraty zdrowia, a niekiedy nawet życia osób poszkodowanych. Dlatego bardzo ważną rolę w podejmowaniu odpowiednich działań odgrywają wszyscy, zarówno dzieci, jak i dorośli świadkowie codziennych zdarzeń.

Spółczeństwo obywatelskie można określić jako całościową organizację współżycia ludzi trwających w sprawiedliwości, wolności i prawdzie, służbie osobie i dobru wspólnemu [1]. I to właśnie te dwie ostatnie cechy korelują z odpowiedzialnością za niesienie pomocy w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia człowieka. A tego uczyć trzeba ludzi od jak najmłodszych lat. Dlatego bardzo ważne jest, aby młody człowiek wiedział, co ma zrobić w przypadku konieczności udzielenia pomocy przedmedycznej. Nie są to skomplikowane czynności, są one możliwe do opanowania przez każdego, ale właśnie dzięki nim można uratować komuś życie.

Pierwsza pomoc to proste, natychmiastowe czynności ratunkowe wykonywane przez świadków lub uczestników wypadku przed przybyciem na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego [2]. Kluczem do sukcesu jest wykształcenie u dzieci, od ich najmłodszych lat, potrzeby udzielania pierwszej pomocy, poczucia obowiązku, a także umiejętności przewycięzania lęku najczęściej towarzyszącego podczas jej udzielania.

Na pierwszą pomoc składają się czynności ratownicze zapobiegające wystąpieniu skutków nagłego zagrożenia życia, pogłębienia urazu, zaostrzenia procesu chorobowego oraz działania zmniejszające dyskomfort chorego [3]. Wiedza na temat udzielania pierwszej pomocy powinna być przez młodzież sukcesywnie poszerzana. Wiąże się to z koniecznością przeprowadzania szkoleń, kursów z zakresu pierwszej pomocy.

W związku z tym, iż pierwsza pomoc ma kluczowe znaczenie na poziomie życia co-dziennego, jej zakres został ujęty w ramach przepisów prawnych, regulujących podstawowe dziedziny życia człowieka w państwie. Nadrzędnym i zasadniczym aktem prawnym w Polsce regulującym kwestie związane z udzielaniem pierwszej pomocy jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z art. 38 państwo zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia [4]. Innym aktem prawnym jest ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny. Mówi ona o odpowiedzialności karnej osoby, która nie udzieliła poszkodowanemu niezbędnej pomocy przedmedycznej. Tego zagadnienia dotyczy art. 162 KK [5]. Kolejnym aktem prawnym jest Kodeks Drogowy,

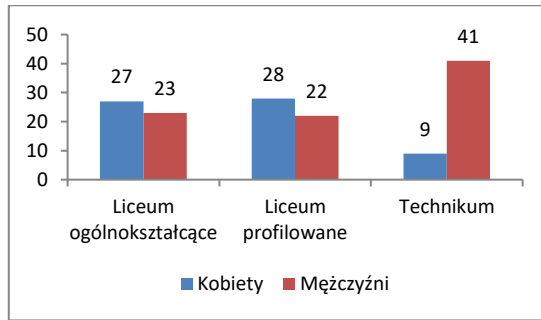
a dokładnie zapis w rozdziale 5, artykule 44 mówiący o obowiązku kierującego pojazdem w razie uczestniczenia w wypadku udzielenia niezbędnej pomocy ofiarom wypadku oraz wezwania zespołu ratownictwa medycznego [6]. Z kolei Ustawa z dnia 8 września o Państwowym Ratownictwie Medycznym określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy [7].

Niedrożność dróg oddechowych jest stanem bezpośrednio zagrażającym życiu człowieka. Jest także przyczyną i następstwem utraty przytomności. Jedną z pierwszych czynności, które należy wykonać przy poszkodowanym, jest zapewnienie drożności dróg oddechowych. Udrożnienie to powinno być wykonane jak najszybciej, po zbadaniu stanu świadomości i oddechu. Zazwyczaj poszkodowany może nie tolerować niedotlenienia przedłużającego się do kilku minut. Powoduje bowiem ono ogromne spustoszenia w organizmie nieprzytomnego, które w konsekwencji mogą doprowadzić do różnorodnych powikłań, kończących się nawet śmiercią osoby poszkodowanej.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto ogółem 150 uczniów klas maturalnych w 3 wybranych szkołach ponadgimnazjalnych miasta Legnica: technikum, liceum ogólnokształcące, liceum profilowane. Rozkład ilościowy uczniów poszczególnych klas biorących udział w badaniu był równomierny i wynosił po 50 osób z każdego typu szkół.

W badaniach udział wzięły zarówno kobiety, jak i mężczyźni wytypowanych szkół ponadgimnazjalnych. Pod względem liczebności w liceum ogólnokształcącym i liceum profilowanym dominowały kobiety, natomiast w technikum dominowali mężczyźni. Zróżnicowanie badanej grupy ze względu na płeć wykazało znamienność statystyczną ($p < 0,001$), co może wynikać ze specyfiki szkół objętych badaniem i typowej tendencji, zgodnie z którą mężczyźni – w odróżnieniu od kobiet – kierują się częściej do techników aniżeli do liceów ogólnokształcących lub profilowanych. Udział kobiet w poszczególnych typach szkół wyniósł: 54% w liceum ogólnokształcącym, 56% w liceum profilowanym i 18% w technikum; udział mężczyzn wyniósł: 46%, 44% i 82%, odpowiednio (wykres 1).



Wykres 1. Struktura badanej grupy wg płci i miejsca nauki

Źródło: opracowanie własne

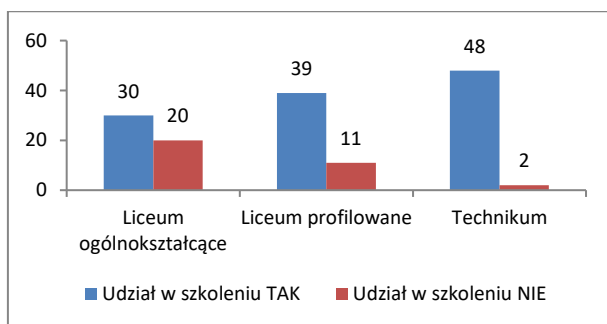
Metodologia badań

Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny, który pozwala na badanie dużej populacji. W niniejszej pracy zastosowana została technika ankietowa, która jest sposobem zbierania informacji za pomocą zestawu pytań dotyczących bezpośrednio lub pośrednio ściśle określonego problemu [8]. Narzędziem wykorzystanym do przeprowadzonych badań był kwestionariusz ankiety, zawierający 21 pytań sprawdzających poziom wiedzy z udzielania pierwszej pomocy w zakresie udrażniania dróg oddechowych.

Pytania użyte w kwestionariuszu miały charakter pytań zamkniętych z możliwością wybrania tylko jednej poprawnej odpowiedzi. Uzyskane wyniki badań zostały opracowane statystycznie, z użyciem arkusza kalkulacyjnego Excel, a następnie zaprezentowane w postaci opisowej i graficznej, z uwzględnieniem podziału na poszczególne szkoły, w których prowadzone były badania. W opracowaniu wyników badań brano pod uwagę poprawność udzielanych odpowiedzi przez uczniów poszczególnych szkół na pytania związane z udzielaniem pierwszej pomocy i tylko w taki sposób są one prezentowane w niniejszym opracowaniu.

Wyniki badań

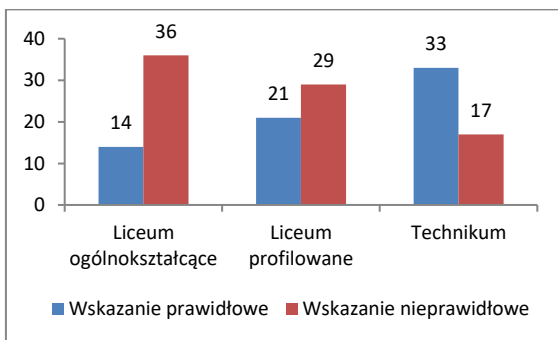
W pierwszym pytaniu kwestionariusza ankiety zapytano uczniów, czy uczestniczyli w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że 117 osób (78% ogółu respondentów) brało udział w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy, natomiast 33 osoby (22%) nie uczestniczyło w takim szkoleniu. Uczestniczenie bądź nie w szkoleniu wykazało znamienność statystyczną od typu szkoły ($p < 0,001$). W omawianym szkoleniu brało udział 60% uczniów liceum ogólnokształcącego i 96% uczniów technikum (wykres 2).



Wykres 2. Udział w szkoleniu na temat udzielania pierwszej pomocy w zależności od typu szkoły

Źródło: opracowanie własne

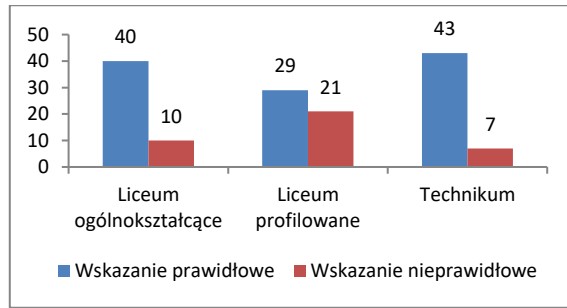
W kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych o wskazanie, która z podanych odpowiedzi definiuje niedrożność dróg oddechowych. Aż 82 osoby (54,7%) wybrały nieprawidłową definicję. Najwięcej niepoprawnych odpowiedzi zostało zaznaczonych przez uczniów obu liceów – 36 osób (72%) z Liceum Ogólnokształcącego i 29 osób (58%) z Liceum Profilowanego. Dużo lepiej przedstawiały się odpowiedzi udzielone przez uczniów technikum, gdzie dominowały odpowiedzi poprawne – 33 uczniów (66%). Rozkład odpowiedzi wykazał zmienność statystyczną od typu szkoły ($p=0,001$), co przedstawiono na wykresie 3.



Wykres 3. Znajomość definicji niedrożności dróg oddechowych

Źródło: opracowanie własne

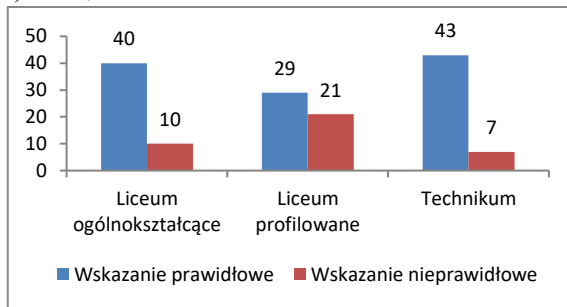
Poproszono ankietowanych uczniów o wskazanie osób, spośród wymienionych, które w ich opinii mają prawo i obowiązek udzielania pierwszej pomocy. Osobami tymi były: przeszkolony pracownik zakładu pracy, każdy członek społeczeństwa, tylko personel medyczny. Ponadto jaką opcję czwartą tej odpowiedzi podano sformułowanie „nie ma takiego prawa i obowiązku”. W sumie prawidłowych odpowiedzi na to pytanie uzyskano 112 (74,67%), z czego najwięcej poprawnych zostało udzielonych przez uczniów Liceum Ogólnokształcącego i technikum – odpowiednio 40 osób (80%) i 43 osoby (86%). $P=0,003$



Wykres 4. Osoby mające prawo i obowiązek udzielania pierwszej pomocy

Źródło: opracowanie własne

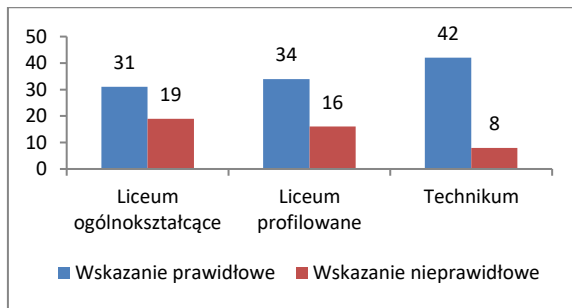
Próbowano także uzyskać od ankietowanych odpowiedzi odnoszącą się do wskazania przez nich najgroźniejszych dla życia powikłań, mogących być konsekwencją niedrożności dróg oddechowych. Za prawidłową odpowiedź, jaką było NZK (nagle zatrzymanie krążenia), opowiedziało się łącznie 112 osób (74,67%), z czego najwięcej poprawnych odpowiedzi zostało udzielonych przez uczniów Liceum Ogólnokształcącego i technikum – odpowiednio 40 osób (80%) i 43 osoby (86%). $P=0,003$



Wykres 5. Najważniejsze dla życia powikłanie niedrożności dróg oddechowych

Źródło: opracowanie własne

Zadano ankietowanym pytanie o najczęstszą przyczynę niedrożności dróg oddechowych u osób nieprzytomnych. Pocieszającym jest fakt, że we wszystkich typach szkół większość ankietowanych uczniów udzieliła prawidłowej odpowiedzi, czyli, że główną przyczyną jest zapadnięty język i ciało obce zatykające drogi oddechowe. Ogólnie poprawnej odpowiedzi udzieliło 107 ankietowanych (71,33%), z czego 31 ankietowanych (62%) to uczniowie Liceum Ogólnokształcącego, 34 ankietowanych (38%) – uczniowie Liceum Profilowanego i 42 ankietowanych (82%) to uczniowie technikum. $P=0,042$

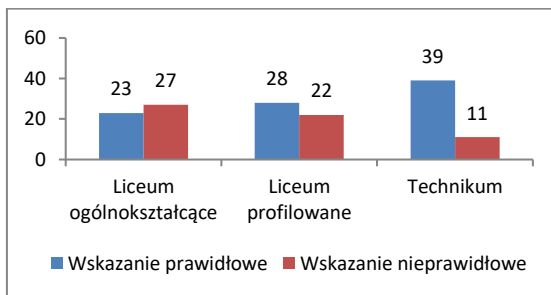


Wykres 6. Głównie przyczyny niedrożności dróg oddechowych

Źródło: opracowanie własne

W kolejnym pytaniu kwestionariusza poproszono ankietowanych uczniów o wskazanie prawidłowego postępowania w odniesieniu do osoby z podejrzeniem ciała obcego w drogach oddechowych, który jest przytomny i oddycha. Właściwą odpowiedzią było namawianie do kaszlu, a następnie przy braku poprawy wykonanie uderzenia w okolicę międzyłopatkową. I taką właśnie odpowiedź udzieliło łącznie 90 ankietowanych uczniów (60%), z czego 23 (46%) to uczniowie Liceum Ogólnokształcącego, 28 (56%) – uczniowie Liceum Profilowanego i 39 (78%) – uczniowie technikum.

$P=0,004$



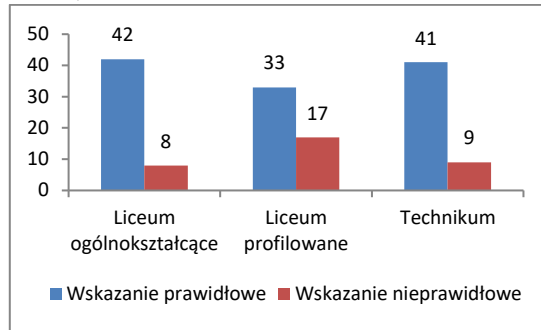
Wykres 7. Postępowanie w odniesieniu do osoby przytomnej, oddychającej, z podejrzeniem ciała obcego w drogach oddechowych

Źródło: opracowanie własne

Wykres 8. Prawidłowe postępowania w odniesieniu do osoby przytomnej, oddychającej, z podejrzeniem ciała obcego w drogach oddechowych według ankietowanych (badania własne, 2012 r.).

Następnie chciano się zorientować w jakim momencie, według ankietowanych, przypadkowa osoba prowadząca RKO może przerwać swoje działania. Wszystkie odpowiedzi zamieszczone w kwestionariuszu w odniesieniu do tego pytania były prawidłowe. Były to: po przybyciu kwalifikowanych służb medycznych, gdy poszkodowany zacznie reagować i gdy osoba wykonująca RKO ulegnie wyczerpaniu. Łącznie uzyskano 116 prawidłowych wskazań (77,33%), przy czym największy ich odsetek wśród

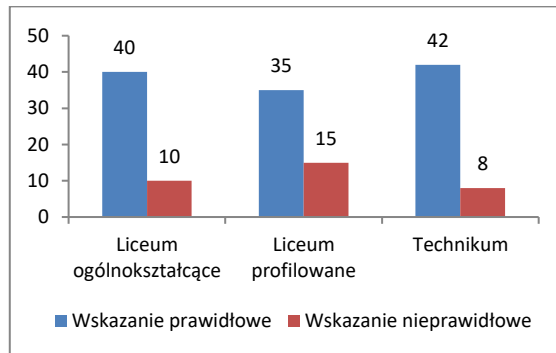
uczniów Liceum Ogólnokształcącego i technikum – odpowiednio 84% (42 osoby) i 82% (41 osób). $P=0,062$



Wykres 8. Czynniki pozwalające na przerwanie RKO prowadzonego przez przypadkową osobę

Źródło: opracowanie własne

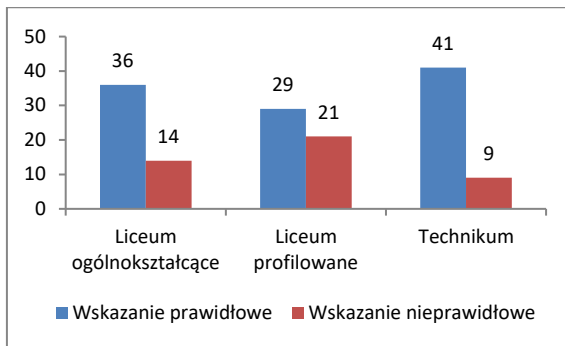
Ważnym elementem przywracania drożności dróg oddechowych jest wykorzystanie metody bezprzyrządowej polegającej na lekkim odgięciu głowy ku tyłowi z uniesieniem żuchwy. O to także zostali zapytani ankietowani uczniowie, a konkretnie na czym polega metoda bezprzyrządowego udrażniania dróg oddechowych. Łącznie uzyskano 117 prawidłowych odpowiedzi (78%), a ich rozkład z uwzględnieniem poszczególnych szkół został zaprezentowany poniżej. $P=0,220$



Wykres 9. Znajomość sposobu wykonania bezprzyrządowego udrażniania dróg oddechowych

Źródło: opracowanie własne

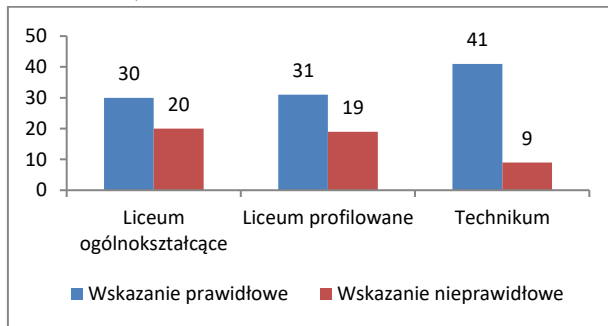
Kolejne pytanie kwestionariusza także odnosiło się do sprawdzenia posiadanych umiejętności przez ankietowanych w przypadku pacjenta, u którego doszło do zatkania dróg oddechowych jego językiem. Prawidłową odpowiedzią było lekkie odgięcie głowy do tyłu osoby poszkodowanej. Sposób odpowiadania na to pytanie został pokazany w poniższej tabeli. Łącznie uzyskano 106 poprawnych odpowiedzi (70,67%), z czego najwięcej przypadało na uczniów Technikum i Liceum Ogólnokształcącego – odpowiednio 41 wskazań (82%) i 36 wskazań (72%). $P=0,030$



Wykres 10. Sposób postępowania w przypadku zatkania dróg oddechowych językiem poszkodowanego

Źródło: opracowanie własne

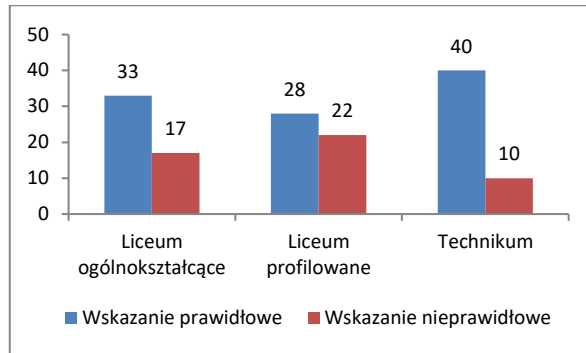
Starano się także uzyskać informację, czy uczniowie wiedzą jak postąpić z pacjentem, który traci przytomność i nie oddycha. Prawidłową odpowiedzią było: „kładziemy pacjenta w bezpiecznym miejscu, udrażniamy drogi oddechowe, sprawdzamy czy jest oddech”. Łącznie uzyskano 102 poprawne odpowiedzi (68%), z czego 30 (60%) z nich przypadało na uczniów Liceum Ogólnokształcącego, 31 (62%) na uczniów Liceum Profilowanego i 41 (82%) na uczniów technikum. $P=0,033$



Wykres 11. Sposób postępowania z pacjentem nieprzytomnym, nieoddychającym

Źródło: opracowanie własne

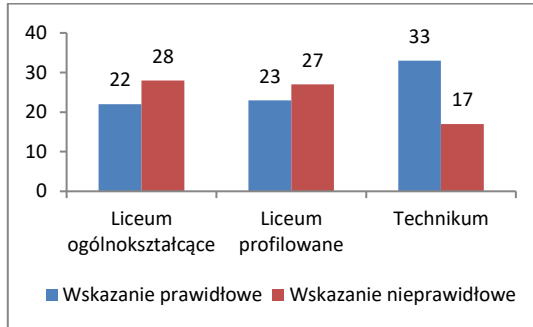
Kolejne pytanie dotyczyło działań, jakie powinny być wdrożone w sytuacji, kiedy po prawidłowym udrożnieniu dróg oddechowych poszkodowany nie oddycha. Większość ankietowanych (101 osób – 67,33%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi, czyli przystąpiłaby do uciśnięć klatki piersiowej i oddechów ratowniczych w stosunku 30:2. Rozkład udzielanych odpowiedzi został zaprezentowany w tabeli niżej. $P=0,037$



Wykres 12. Sposób postępowania w przypadku braku oddechu u osoby po prawidłowym udzieleniu dróg oddechowych

Źródło: opracowanie własne

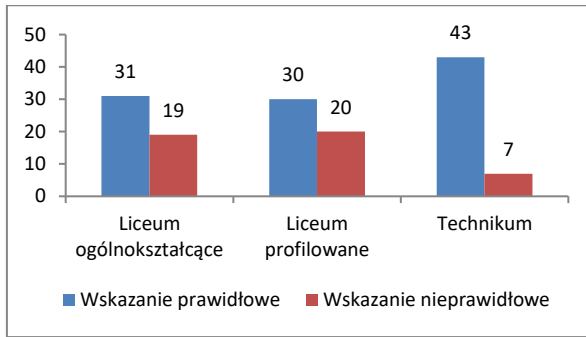
Chciano się także zorientować, czy respondenci posiadającą odpowiednią wiedzę co do czasu jaki powinno się poświęcić na sprawdzenie oddechu u poszkodowanego w stanie zagrożenia życia. Prawidłową odpowiedzią było stwierdzenie, że sprawdzenie oddechu powinno trwać 10 sekund i najczęściej taka odpowiedź wskazywali uczniowie technikum – 33 osoby (66%). Należy w tym miejscu odnotować, że ogólna ilość odpowiedzi prawidłowych udzielonych przez uczniów obu szkół wynosiła 78 (52%) i była niewiele większa od ilości odpowiedzi nieprawidłowych (72 – 48%). $P=0,052$



Wykres 13. Czas, jaki należy poświęcić na sprawdzenie oddechu u poszkodowanego nieprzytomnego

Źródło: opracowanie własne

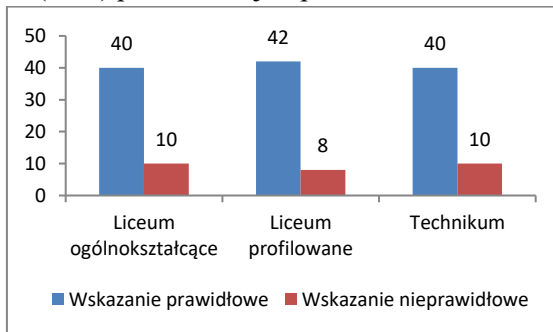
Poproszono ankietowanych o odpowiedź na pytanie, jakie zmysły wykorzystuje się w celu sprawdzenia drożności dróg oddechowych. Większość uczniów (104 osoby – 69,33%) wszystkich typów szkół odpowiedziała prawidłowo, że zmysły te to wzrok, dotyk i słuch. Wśród uczniów Liceum Ogólnokształcącego udzielono prawidłowej odpowiedzi w 31 przypadkach (62%), uczniowie z Liceum Profilowanego odpowiedzieli prawidłowo w 30 przypadkach (60%), natomiast uczniowie Technikum udzielili prawidłowej odpowiedzi w 43 przypadkach (86%). $P=0,007$



Wykres 14. Zmysły wykorzystywane do oceny drożności dróg oddechowych u poszkodowanego

Źródło: opracowanie własne

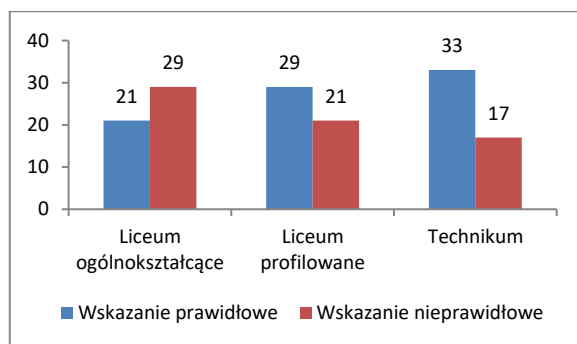
W kolejnym pytaniu ankietowani uczniowie mieli podać główne objawy świadczące o obecności ciała obcego w drogach oddechowych. Prawidłową odpowiedzią na to pytanie był: kaszel, dławienie. Daje się zauważyć, że w każdym typie szkoły ankietowali w przeważającej ilości udzielali odpowiedzi prawidłowych. Uczniowie z Liceum Ogólnokształcącego i technikum na to pytanie odpowiedzieli poprawnie w 40 przypadkach (80%) dla każdej ze szkół. Natomiast ankietowani z Liceum Profilowanego udzielili w 42 przypadkach (84%) prawidłowej odpowiedzi. $P=0,839$



Wykres 15. Objawy świadczące o obecności ciała obcego w drogach oddechowych

Źródło: opracowanie własne

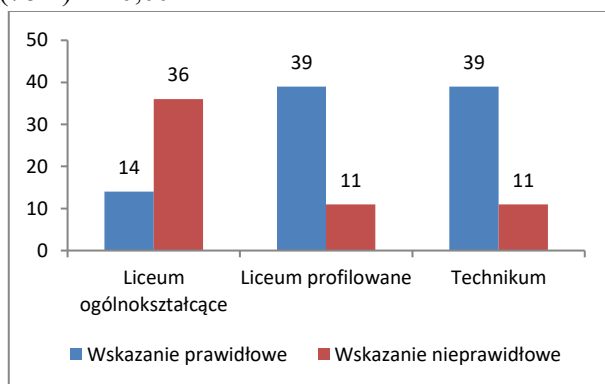
Kontynuując poprzednie pytanie, w kolejnym ankietowani mieli odpowiedzieć, co należy zrobić w przypadku podejrzenia ciała obcego w drogach oddechowych. Prawidłowa odpowiedź to „otworzyć usta i poszukać widocznego ciała obcego”. W sumie uzyskano 83 poprawne odpowiedzi (55,33%), przy czym najczęściej poprawnie odpowiadali uczniowie technikum – 33 osoby (66%) oraz liceum profilowanego – 29 osób (58%). $P=0,049$



Wykres 16. Prawidłowe czynności w przypadku obecności ciała obcego w drogach oddechowych

Źródło: opracowanie własne

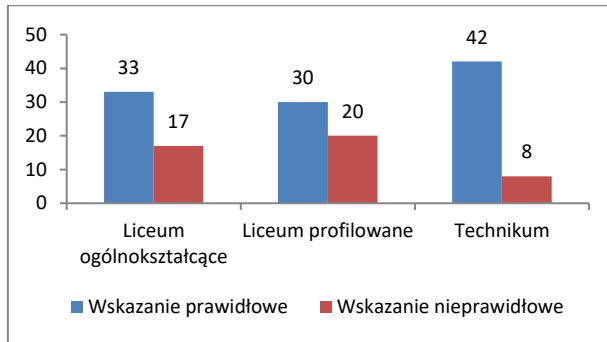
Stwierdzenie u osoby poszkodowanej braku oddechu zobowiązuje udzielającego pomocy do podjęcia kolejnych działań. I właśnie o te kolejne działania zostali zapytani ankietowani. Prawidłową odpowiedzią było „wezwanie pogotowia ratunkowego”. Łącznie uzyskano 92 poprawne odpowiedzi (61,33%), przy czym najczęściej udzielali je uczniowie liceum profilowanego i technikum – po 39 osób (78%). $P < 0,001$



Wykres 17. Wezwanie pogotowia ratunkowego jako kolejne działanie w stosunku do osoby poszkodowanej nieoddychającej

Źródło: opracowanie własne

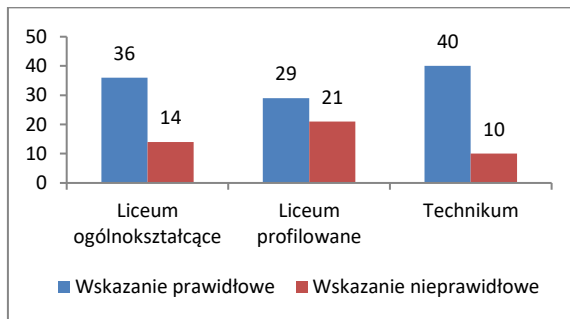
Udrożnienia dróg oddechowych z wykorzystaniem metody bezprzyrządowej może wykonać każdy świadek zdarzenia. Takiej odpowiedzi oczekiwano od ankietowanych odpowiadających na kolejne pytanie kwestionariusza ankiety. Ogólnie otrzymano 105 prawidłowych odpowiedzi (70%), z czego najczęściej udzielali ją uczniowie technikum – 42 osoby (84%). $P = 0,024$



Wykres 18. Świadek zdarzenia jako osoba mogąca udrożnić drogi oddechowe z wykorzystaniem metody bezprzryądowej

Źródło: opracowanie własne

W podejmowanych czynnościach z zakresu pierwszej pomocy ważnym elementem jest znajomość podstawowych zasad, odnoszących się do działań ratowniczych. Jedną z tych zasad, jest zasada mówiąca o zalecany stosunku oddechów do uciśnień klatki piersiowej u osoby dorosłej, które są wykonywane przez osoby bez wykształcenia medycznego. Stosunek ten wynosi 2:1 i właśnie takiej odpowiedzi udzieliło łącznie 105 ankietowanych uczniów (70%), przy czym najwięcej poprawnych odpowiedzi odnotowano wśród uczniów technikum i Liceum Ogólnokształcącego – odpowiednio po 40 (80%) i 36 (72%).
 $P=0,052$

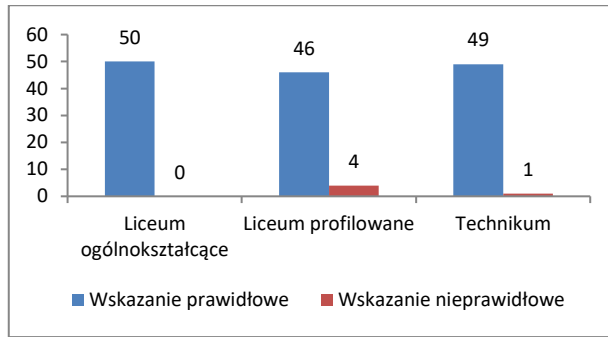


Wykres 19. Zalecany stosunek oddechów do uciśnień klatki piersiowej u osoby dorosłej

Źródło: opracowanie własne

W ostatnim pytaniu kwestionariusza ankiety poproszono uczniów o podanie prawidłowego numeru do pogotowia - 999 lub 112, który funkcjonuje obecnie jako numer uniwersalny dla wszystkich służb w ramach jednolitego Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego. Okazało się, że jest to jedyne pytanie, na które uzyskano tak wysoką liczbę poprawnych odpowiedzi – 145 wskazań (96,67%), przy czym w grupie tej dominowali uczniowie Liceum Ogólnokształcącego, którzy w odpowiedzieli na to pytanie prawidłowo – 50 osób (100%).

$P=0,068$



Wykres 20. Znajomość numeru pogotowia ratunkowego+

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

Prezentowane wyniki badań, przeprowadzonych wśród 150-osobowej grupy uczniów wybranych trzech legnickich szkół ponadgimnazjalnych, miały wskazać poziom znajomości podstawowych zagadnień z pierwszej pomocy z zakresu udrażniania dróg oddechowych.

Ważnym punktem odniesienia sposobu interpretacji uzyskanych wyników badań było udzielenie odpowiedzi przez respondentów na pytanie dotyczące ich ewentualnego wcześniejszego udziału w szkoleniu z zakresu pierwszej pomocy. Można śmiało stwierdzić, że uczestnictwo w takim szkoleniu w sposób wyraźny przełożyło się na prawidłowość udzielanych odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu, co wyraźnie dało się odnotować w grupie uczniów technikum, którzy w 96% potwierdzili swój udział w takim szkoleniu. Tym samym średni odsetek poprawnych odpowiedzi w tej grupie populacyjnej (80,35%) jest bardzo dobrym wynikiem.

Znajduje to poniekąd odzwierciedlenie w innych wynikach badań ilościowych, które prowadzone były wśród młodzieży przez Akademię Ratownictwa Grupy LUX MED na przełomie lipca i sierpnia 2011 r. Badano uczniów liceów i techników w wieku 17-18 lat, Wyniki pokazały, że młodzi ludzie wiedzą, jak ważna jest umiejętność udzielania pierwszej pomocy, ale 63 procent nie podjęłoby żadnego działania samodzielnie, głównie ze względu na obawę o bezpieczeństwo poszkodowanego. Co czwarty respondent jest pewny, jak właściwie reagować. Jednocześnie prawie wszyscy (99 procent) są przekonani, że każdy człowiek, a nie tylko wykwalifikowany personel, powinien umieć podjąć działania ratujące życie [10]. Jest to dosyć istotne z punktu widzenia organizacji tego typu szkoleń, które są obowiązkowe w szkołach i powinny być prowadzone przez osoby odpowiednio do tego przygotowane, czyli głównie pracowników systemu ratownictwa medycznego (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni). To także potwierdziły badania

przeprowadzone przez Akademię Ratownictwa Grupy LUX MED, w którym uczniowie deklarują, że to właśnie w szkole chcą uczyć się pierwszej pomocy, nie tylko od nauczycieli, ale przede wszystkim od profesjonalnych instruktorów [10].

Sporym optymizmem napawa fakt, że odsetek udzielanych odpowiedzi w poszczególnych grupach uczniów szkół ponadgimnazjalnych jest zadowalający (dostateczny), choć trudno uznać go za imponujący, czy chociażby dobry. Średnia poprawnych odpowiedzi udzielonych przez uczniów wszystkich trzech legnickich szkół, w których prowadzone były badania, kształtuje się na poziomie 68,02%, przy czym w Liceum Ogólnokształcącym był to poziom 64,29%, w Liceum Profilowanym – 61,15%, natomiast w technikum - 80,35%. Znajduje to potwierdzenie w innych badaniach, prowadzonych przez Grażynę Skotnicką-Klonowicz i Ewelinę Śmigielską w dwóch szkołach ponadgimnazjalnych Płońska, które dokonały oceny poziomu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy. W wyniku tych badań także oceniono wiedzę młodych ludzi na poziomie zadowalającym, czyli dostatecznym [11]. Także badania innych autorów wskazują na niewystarczające przygotowanie młodych ludzi do udzielania pierwszej pomocy [12,13,14].

Wnioski

1. Wcześniejszy udział w organizowanych szkoleniach z zakresu udzielania pierwszej pomocy przełożył się na liczbę poprawnych odpowiedzi udzielanych przez uczniów na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety.
2. Najczęściej poprawne odpowiedzi dotyczące zasad podejmowanych czynności z zakresu udrażniania dróg oddechowych odnotowywane były w grupie uczniów technikum, którzy przyznali się do wcześniejszego uczestnictwa w szkoleniach z pierwszej pomocy. Średnia wszystkich poprawnych odpowiedzi udzielonych w grupie uczniów technikum wyniosła 80,35%.
3. Uczniowie obu liceów wykazywali zbliżony odsetek poprawnych odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu, nie mniej był on niższy niż w przypadku uczniów technikum. Średnia wszystkich poprawnych odpowiedzi udzielonych w grupie uczniów Liceum Ogólnokształcącego wyniosła 64,29%. Średnia wszystkich poprawnych odpowiedzi udzielonych w grupie uczniów Liceum Profilowanego wyniosła 61,12%.
4. Średnia wszystkich poprawnych odpowiedzi w całej badanej populacji wyniosła 68,59%, co pozwala stwierdzić, że poziom reprezentowanej

przez nich wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy jest zadowolający.

5. Istnieje konieczność organizowania i przeprowadzania tego typu szkoleń wśród młodych ludzi, gdyż przekładają się one na poziom ich wiedzy, a w sytuacjach ważnych dla poszkodowanego mogą mu niejednokrotnie ocalić zdrowie i życie.

Zakończenie

Pierwszą pomoc definiuje Ustawa z dnia 08.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [7], która wyraźnie określa, iż osobą udzielającą pierwszej pomocy może być każdy. Dlatego też w myśl tego zapisu ważnym jest, aby prowadzić edukację w tym zakresie. W Europie procedury postępowania w stanach zagrożenia życia tworzone są przez Europejską Radę Resuscytacji, a wiedza z tego zakresu podlega ciągłym modyfikacjom, które dokonywane są w oparciu o wyniki prowadzonych badań naukowych. W ten sposób podlegają weryfikacji algorytmy postępowania, które wykorzystywane są przy udzielaniu pierwszej pomocy.

Dlatego też niezbędnym wydaje się podjęcie bardziej zintensyfikowanych działań zmierzających do podniesienia poziomu wiedzy z zakresu pierwszej pomocy w społeczeństwie. Aby zapewnić sobie ich skuteczność warto zwrócić się w kierunku młodych ludzi, uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, którzy powinni osiąść niezbędną wiedzę i umiejętności, którzy są chętni do jej pozyskiwania i wzbogacania. Wymusza to poniekąd ścieżka kształcenia realizowana w tych szkołach, która nakłada obowiązek prowadzenia systematycznych szkoleń z zakresu pierwszej pomocy. Pamiętać jednak należy, że nie powinny to być szkolenia czysto teoretyczne, prowadzone przez osoby przypadkowe, niekoniecznie posiadające odpowiednie ku temu kompetencje. Łączenie teorii z praktyką, demonstrowanie prawidłowych zachowań z wykorzystaniem stosownych pomocy (fantom, apteczka pierwszej pomocy, symulatory ran) może pozwolić w oswojeniu tej trudnej sytuacji, w której każdy może się znaleźć jako poszkodowany lub jako udzielający pomocy. Powtarzalność (cykliczność) tego typu szkoleń, weryfikowanie wiedzy jej uczestników przed, jak i po szkoleniu może pomóc w wiarygodnej ocenie poziomu zdobytej przez nich wiedzy, jak i w ocenie skuteczności i efektywności prowadzonych działań edukacyjnych. I sprawa najważniejsza – tymi szkoleniami powinni zająć się fachowcy, osoby zawodowo przygotowane do podejmowania działań z zakresu pierwszej pomocy, bo tylko wówczas można zagwarantować należyłą jakość tych szkoleń i przygotować młodych ludzi do efektywnego samokształcenia w okresie późniejszym.

Piśmiennictwo

1. Balawejder E., *Spoleczeństwo Obywatelskie*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2007, s. 13.
2. Noniewicz M., *Pierwsza pomoc, podręcznik dla studentów*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 16.
3. Wytyczne 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej, Kraków 2015.
4. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. 1997, nr 78 poz.483 z późn. zm.).
5. *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny* (Dz. U. 1997, nr 88 poz.553 z późn. zm.).
6. *Kodeks drogowy, Stan prawny: 24 września 2012r., Tekst jednolity prawa o ruchu drogowym*, Presspublika sp. z o.o., 2012.
7. *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o państwowym ratownictwie medycznym* (Dz. U. nr 191, poz.1410 z późn. zm.).
8. Zając K., *Zarys metod statystycznych*, Warszawa: PWE, 1994, s. 62.
9. www.stat.gov.pl - z dnia 01.09.2012
10. Akademia Ratownictwa Grupa LUX MED, *Badanie poziomu wiedzy młodzieży na temat pierwszej pomocy i ratownictwa medycznego, prezentacja wyników badania ilościowego zrealizowanego przez 4P research mix dla Akademii Ratownictwa Grupy LUX MED*, 21 września 2011 <http://kampaniespoleczne.pl/lux-med-uczyl-mlodziez-pierwszej-pomocy/> (dostęp 12.06.2019).
11. Skotnicka-Klonowicz G, Śmigielska E., *Ocena poziomu wiedzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy wśród uczniów szkół gimnazjalnych*. Probl Hig Epidemiol. 2007;88(suppl.) s. 119. V Podlaska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Białowieża, 23-27 maja 2007.
12. Chyłek A., Grabiński M, Mazur K. i in., *Opinia i wiedza uczniów szkół średnich Poznania na temat umiejętności w zakresie pierwszej pomocy nabytych w ramach zajęć przysposobienia obronnego*, Nowiny Lekarskie, 70 (supl. 2), 2001, s. 365-373.
13. Chemperek E., Korecka E., Żolnierczyk-Kieliszek D., *Efektywność nauczania pierwszej pomocy w szkołach*, Medycyna Intensywna i Ratunkowa, 4, 2004, s. 201-204.
14. Grzeškowiak M., Frydrysiak K., *Wiedza młodzieży szkolnej i studentów pierwszego roku z zakresu udzielania pierwszej pomocy*, Nowiny Lekarskie, 76, 5, 2007, s. 402-405.

Adres do korespondencji:
dr n. o zdr. Wiesław Zielonka
publikacje@wsmlegnica.pl

Data wpływu do Redakcji: 12.05.2019
Po recenzji: 10.06.2019
Zaakceptowano do druku: 01.07.2019

Konflikt interesów:
Nie występuje

Copyright
© 2019 by Wyższa Szkoła Medyczna
w Legnicy

Regulamin publikowania prac

ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS zamieszcza recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły poglądowe z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education, wydanych przez New York Academy of Sciences Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję bioetyczną z macierzystej instytucji.

Przygotowanie edycyjne maszynopisu

Strona tytułowa. Na stronie tytułowej należy podać: tytuł pracy (polski i angielski), nazwiska i imiona autorów, afiliację i dokładny adres każdego z autorów oraz nazwisko, imię, telefon, faks, adres e-mail autora odpowiedzialnego za korespondencję. Zaleca się ponadto podanie tzw. krótkiego tytułu składającego się z około 45 znaków.

Streszczenie. Do artykułu należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych musi składać się z następujących wyodrębnionych części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja/Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo. Sekcja Materiał i metody musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Streszczenie w języku angielskim nie powinno przekraczać 400 słów, a w języku polskim 300. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione w artykule. Streszczenia prac poglądowych powinny zawierać od 150 do 250 słów. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż 5 słów kluczowych w języku polskim i angielskim, rekomendowanych przez Index Medical Subject Headings MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Maszynopis. Prace poglądowe nie powinny zawierać więcej niż 6000 słów, oryginalne 5000. Praca oryginalna powinna składać się z następujących części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja/Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo. Artykuły należy pisać na papierze formatu A4 (21 × 30 cm lub 22 × 28 cm) z zachowaniem podwójnej interlinii (dotyczy to również wykazu literatury, podpisów do rycin i tabel). Każdą część pracy należy pisać na oddzielnej stronie. Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times

New Roman lub Arial. Odniesienia do literatury, rycin i tabel należy umieszczać zgodnie z kolejnością cytowania w tekście. W tekście nie można stosować żadnych wyróżnień. Wskazane jest, aby podawać międzynarodowe nazwy leków. Wyniki badań biochemicznych i innych powinny być podane w jednostkach zgodnych z układem SI. Należy ujawnić wszelką pomoc finansową i materialną.

Piśmiennictwo. Autorzy ponoszą odpowiedzialność za poprawność cytowanej literatury. Cytowanie prac należy ograniczyć tylko do pozycji najnowszych i łączących się bezpośrednio z przedstawionym tekstem. Liczba pozycji cytowanego piśmiennictwa w artykułach poglądowych nie może przekraczać 40, w pracach oryginalnych 30 pozycji. Wykaz i numeracja piśmiennictwa powinny być zgodne z kolejnością cytowania w tekście, tabelach i rycinach.

Przykłady cytowanego piśmiennictwa:

- A. schemat zapisu dla artykułów z czasopism powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł artykułu, tytuł czasopisma, rok wydania, numer wydania, strony,

np.: Szczepkowski M., Dobra stomia, Postęp Nauk Medycznych, 2006, 19: 240-248

- B. zapis dla pozycji książkowych powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł książki, nazwa wydawnictwa, miejsce wydania, rok wydania,

np.: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.): Procedury pielęgniarskie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009

- C. zapis dla rozdziału w książce powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów rozdziału, inicjały imion autorów rozdziału, tytuł rozdziału, [w:] nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł książki, nazwa wydawnictwa, miejsce wydania, rok wydania, strony rozdziału

np.: Ślusarska B., Edukacja pacjenta a pielęgowanie, [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): Podstawy pielęgniarstwa. T. II. Wybrane działania pielęgniarskie, Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 959-962

- D. zapis artykułu on-line powinien obejmować następujące składowe we wskazanej kolejności: nazwiska autorów, inicjały imion autorów, tytuł artykułu, pełen zapis strony internetowej na której umieszczono artykuł, data dostępu/stan na dzień: (dz-m-r/r-m-dz)

np. Jarzynkowski P., Książek J., Bezpieczeństwo z elektrochirurgii, <http://issuu.com/termedia/docs/pchia1404-issuu01?e=6268539/10396087>, data dostępu: 11.12.2017

Pamiętać należy, że w każdej pozycji podaje się nazwiska maksymalnie do trzech autorów, jeżeli jest ich więcej, to należy podać nazwisko i inicjały pierwszego autora i skrót i in. (w przypadku pozycji anglojęzycznych skrót et al.)

Ryciny i tabele: Profesjonalnie przygotowane wykresy, rysunki i fotografie w trzech egzemplarzach należy numerować jako ryciny i dołączyć do pracy oddzielnie, poza tekstem, w wersji elektronicznej oraz wydrukowane na papierze. Wszystkie oznaczenia i symbole na rycinach muszą być czytelne. Podpisy do rycin w języku polskim i angielskim należy dołączyć oddzielnie. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi w kolejności, w jakiej ukazują się w tekście. Tabele należy zamieścić na oddzielnych stronach i numerować cyframi rzymskimi zgodnie z cytowaniem w tekście. Podpisy do tabel muszą być napisane w języku polskim i angielskim. Wszystkie skróty powinny być wyjaśnione w przypisie.

Nadsyłanie maszynopisów

Oryginał i dwie kopie maszynopisu zawierające wszystkie ilustracje i tabele powinny być nadsyłane pod poniższy adres: Redakcja ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS ul. Powstańców Śląskich 3 59-220 Legnica, Polska tel.: +48 76 854 99 33, e-mail: publikacje@wsmlegnica.pl

Prace przygotowane na nośnikach elektronicznych

Redakcja przyjmuje prace na CD-ROM-ach lub przesłane e-mailem. Teksty należy przekazywać w formacie Word. Materiał ilustracyjny należy przygotować:

w formacie TIFF-dla skanów, CorelDRAW lub Adobe Illustrator-dla grafiki wektorowej, Microsoft Excel-dla wykresów i diagramów. Każdy dysk musi być opisany: nazwisko autora, tytuł pracy, nazwa pliku, program i numer wersji.

Tekst

i materiał ilustracyjny muszą być w oddzielnych plikach. Tekst na dysku musi być zgodny z wydrukiem.

Korekta autorska

Korektę autorską należy zwrócić do Redakcji w ciągu 7 dni. W przeciwnym wypadku artykuł zostanie wycofany z danego zeszytu. Zmiany w korekcie autorskiej inne niż błędy składu drukarskiego są wprowadzone na odpowiedzialność autora.

Procedury zabezpieczające oryginalność prac naukowych

Ochrona danych pacjentów

Autorzy prac naukowych mają obowiązek chronić dane osobowe pacjenta. Do publikacji powinny trafiać jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Jeżeli nie ma możliwości uniknięcia ujawnienia danych identyfikujących pacjenta, niezbędna jest na to zgoda pacjenta (lub prawnych opiekunów), co powinno być odnotowane w publikacji.

Odpowiedzialność cywilna

Redakcja stara się czuwać nad merytoryczną stroną wydawnictwa. Jednak za treść artykułów odpowiada Autor. Wydawnictwo ani Komitet Naukowy nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

Zasady kwalifikacji prac do druku

1. Prace są przesyłane pod adres Redakcji.
2. Każda praca jest recenzowana przez dwóch niezależnych recenzentów.
3. Komitet Naukowy kwalifikuje pracę do druku po uzyskaniu pozytywnych recenzji.
4. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naukowy.
5. Autor otrzymuje artykuł do korekty autorskiej.
6. Wydrukowany artykuł staje się własnością Wydawcy, czyli Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Procedury zabezpieczające oryginalność prac naukowych stosowane przez czasopismo

1. Wszystkie nadesłane do Redakcji prace są recenzowane przez dwóch niezależnych recenzentów.
2. Autor(rzy) prac składają oświadczenie, że praca nie jest złożona w innej redakcji i nie była publikowana.
3. Nadesłanie pracy do Redakcji jest równoznaczne z akceptacją faktu, że manuskrypt może być poddany ocenie przez system wykrywania plagiatu. Wszystkie wykryte przypadki nierzetelności naukowej będą ujawniane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich instytucji.
4. Artykuły są systematycznie, komputerowo analizowane pod względem plagiatu przez system antyplagiatowy.
5. Native-speaker i redaktor sprawdzają artykuły zarówno pod względem językowym, jak i oryginalności.

6. Komitet Redakcyjny ocenia i podejmuje decyzję o druku artykułu, opierając się na kryteriach opracowanych przez COPE (Committee on Publication Ethics).

Formularz kontrybucji autorskiej

Kryteria autorstwa

Uznanie autorstwa powinno opierać się na: zasadniczym wkładzie w koncepcję i projekt, zebranie danych lub analizę i interpretację danych, napisaniu artykułu lub krytycznym zrecenzowaniu pod kątem istotnej zawartości intelektualnej, ostatecznej akceptacji wersji do druku. Autorzy powinni spełniać wszystkie ww. kryteria, a jeżeli praca była prowadzona przez dużą grupę osób z wielu ośrodków, grupa ta powinna wskazać badaczy, którzy przyjmą bezpośrednią odpowiedzialność za pracę. Autor nadsyłający pracę zbiorową powinien określić kolejność autorów, wszystkich pojedynczych autorów wchodzących w skład danej grupy, a także jej nazwę. Wszystkie osoby określone jako autorzy muszą spełniać kryteria do autorstwa, a wszyscy, którzy się do niego kwalifikują, powinni być wymienieni. Każdy autor powinien uczestniczyć w pracy w takim stopniu, aby wziąć odpowiedzialność za właściwe fragmenty treści, jej zawartość oraz za konflikt interesów. Współpracownicy, którzy nie spełniają kryterium autorstwa, powinni być wymienieni, za ich pisemną zgodą, w podziękowaniach.

Określenie wkładu poszczególnych autorów w powstanie pracy, odbywa się wg następujących kryteriów:

1. Koncepcja i projekt badania.
2. Gromadzenie i/lub zestawianie danych.
3. Analiza i interpretacja danych.
4. Napisanie artykułu.
5. Krytyczne zrecenzowanie artykułu.
6. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu.
7. Inne (proszę wymienić).

Imię i nazwisko autora	Miejsce pracy autora	Wkład w powstanie pracy (opisowo lub za pomocą cyfr)

**Autor do korespondencji jest zobowiązany do przesłania formularza
w imieniu wszystkich autorów**

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

Tytuł pracy:

Oświadczenie autorów

Oświadczam, że praca pt.

nie była dotychczas publikowana i nie jest złożona w innej redakcji.

.....

Podpis wszystkich autorów lub autora do korespondencji w imieniu wszystkich autorów

Przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z brzmieniem art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej „RODO”), Wydawca (Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy) informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy (59-220) przy ul. Powstańców Śląskich 3.
2. Dane osobowe autorów prac przetwarzane są w celu przeprowadzenia procesu wydawniczego.
3. Zgłaszając pracę autor wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych dla celów przeprowadzenia procesu wydawniczego, w tym także do otrzymywania korespondencji związanej z publikacją.
4. Autorom przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich poprawy oraz żądania ich usunięcia.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do publikacji pracy, a konsekwencją ich niepodania będzie nieprzyjęcie pracy do druku.
6. Wydawca nie przekazuje, nie sprzedaje i nie użycza zgromadzonych danych osobowych innym osobom lub instytucjom.
7. Autorowi przysługuje prawo wniesienia skargi w zakresie przetwarzania danych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie przekazanych danych narusza rozporządzenie RODO.