

Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego

Uwarunkowania ergonomiczne

pod redakcją
Izabeli Witczak i Łukasza Rypicza



Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego

**Uwarunkowania
ergonomiczne**

Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego

Uwarunkowania ergonomiczne

pod redakcją
Izabeli Witczak i Łukasza Rypicza



UNIwersytet Medyczny
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Recenzja

dr hab. Magdalena Syrkiewicz-Świtała

Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Wydział Zdrowia Publicznego,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Projekt okładki

Monika Kołęda

Fotografia na okładce

Adam Zadrzywski

Projekt typograficzny, skład i łamanie

Leonard Szłapka

Opracowanie redakcyjne

Bożena Zmitrowicz-Grobelna, Aleksandra Król

Korekta

Aleksandra Raczkowska

e-ISBN 978-83-7055-625-9

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wrocław 2020

Spis treści

Wstęp	9
1. Kultura bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej	11
Izabela Witczak, Łukasz Rypicz	
1.1. Wprowadzenie do problematyki	11
1.2. <i>Tokijska deklaracja bezpieczeństwa pacjenta</i>	12
1.3. Kultura bezpieczeństwa – ogólna charakterystyka	12
1.4. Poziomy kultury bezpieczeństwa	14
1.5. Współczesne doniesienia o bezpieczeństwie pacjentów	16
1.6. Podsumowanie	18
1.7. Dobre praktyki	18
1.7.1. Narzędzia do pomiaru bezpieczeństwa pacjenta	18
1.7.2. Bezpieczeństwo pacjentów w Szwecji	18
Kluczowe pojęcia	22
Pytania sprawdzające	22
Piśmiennictwo	22
2. Zdarzenia niepożądane oraz błędy medyczne występujące w procesach diagnostyczno-terapeutycznych usług zdrowotnych	25
Izabela Witczak	
2.1. Wprowadzenie do problematyki	25
2.2. Procesy w usługach zdrowotnych	25
2.2.1. Mapowanie procesów w usługach zdrowotnych	29
2.2.2. Model Inżynierii Systemów dla Bezpieczeństwa Pacjentów	29
2.3. Błędy medyczne – ogólna charakterystyka	33
2.4. Zdarzenia niepożądane – systemy zarządzania, wybrane przykłady	35
2.4.1. Zarządzanie zdarzeniami niepożądanymi w polskim systemie opieki zdrowotnej	35
2.4.2. Organizacja systemów zgłaszania zdarzeń niepożądanych w Unii Europejskiej	36
2.4.3. Australijski model zarządzania zdarzeniami niepożądanymi	37
2.5. Przyczyny występowania błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych ...	40
2.6. Znaczenie systemu zarządzania ryzykiem w minimalizowaniu zdarzeń niepożądanych	42
2.7. Wpływ kosztów zdarzeń niepożądanych na systemy opieki zdrowotnej	43
2.8. Podsumowanie	45
2.9. Dobre praktyki	45

Kluczowe pojęcia	46
Pytania sprawdzające	47
Piśmiennictwo.....	47
3. Znaczenie prawidłowości procesu farmakoterapii szpitalnej i pozaszpitalnej dla bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego.....	51
Olga Fedorowicz, Ewa Jaźwińska-Tarnawska	
3.1. Wprowadzenie do problematyki.....	51
3.2. Zdarzenie niepożądane związane ze stosowaniem leku a niepożądane działanie leku	52
3.3. Przyczyny błędów w farmakoterapii pacjenta	54
3.4. Klasyfikacja problemów lekowych wg Pharmaceutical Care Network Europe	57
3.5. Koncyliacja lekowa	64
3.6. Zjawisko <i>compliance</i> i <i>adherence</i>	65
3.7. Bezpieczeństwo personelu medycznego w aspekcie błędów w farmakoterapii pacjenta.....	65
3.8. Podsumowanie.....	66
3.9. Dobre praktyki.....	67
Kluczowe pojęcia	67
Pytania sprawdzające	69
Piśmiennictwo.....	69
4. Obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia – wybrane zagadnienia z zakresu ergonomii i fizjoprofilaktyki.....	73
Anna Kołcz	
4.1. Wprowadzenie do problematyki.....	73
4.2. Ergonomia, fizjoprofilaktyka, medycyna stylu życia	76
4.3. Fizjoprofilaktyka i ergonomia a sytuacje stwarzające największe ryzyko wystąpienia zaburzeń funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego	78
4.4. Podstawowe zasady fizjoprofilaktyki i ergonomii zmniejszające ryzyko ograniczeń prawidłowości funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego w grupie pracowników sektora ochrony zdrowia	81
4.5. Podsumowanie.....	82
4.6. Dobre praktyki.....	83
Kluczowe pojęcia	85
Pytania sprawdzające	86
Piśmiennictwo.....	86

5. Psychospołeczne czynniki ryzyka w środowisku pracy personelu medycznego a bezpieczeństwo pacjenta.....	89
Łukasz Rypicz	
5.1. Wprowadzenie do problematyki.....	89
5.2. Praca zmianowa a bezpieczeństwo pacjenta	91
5.3. Stres w miejscu pracy personelu medycznego.....	93
5.4. Wypalenie zawodowe	95
5.5. Podsumowanie.....	96
5.6. Dobre praktyki.....	97
5.6.1. „Drzemka na zmiany”	97
5.6.2. Właściwa organizacja pracy zmianowej.....	97
Kluczowe pojęcia	98
Pytania sprawdzające	98
Piśmiennictwo.....	98
 6. Rola kadry zarządzającej w zapewnieniu zasobów finansowych, kadrowych i rzeczowych dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu	101
Piotr Karniej	
6.1. Wprowadzenie do problematyki.....	101
6.2. Zasoby finansowe w prowadzeniu działalności leczniczej i zapewnianiu bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom.....	103
6.2.1. Pochodzenie źródeł finansowania działalności medycznej.....	103
6.2.2. Kapitał obcy – źródła finansowania działalności	105
6.2.3. Leasing jako forma inwestycji w środki trwałe.....	108
6.3. Zasoby kadrowe w działalności podmiotu leczniczego	110
6.4. Zasoby rzeczowe w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta i pracownika medycznego	112
6.5. Podsumowanie.....	114
6.6. Dobre praktyki.....	115
Kluczowe pojęcia	116
Pytania sprawdzające	116
Piśmiennictwo.....	117
 7. Racjonowanie opieki pielęgniarskiej a bezpieczeństwo pacjenta ...	119
Izabella Uchmanowicz	
7.1. Wprowadzenie do problematyki.....	119
7.2. Racjonowanie opieki pielęgniarskiej – ogólna charakterystyka	119
7.3. Wpływ racjonowania opieki na bezpieczeństwo pacjenta.....	122
7.4. Podsumowanie.....	123
7.5. Dobre praktyki.....	123

Kluczowe pojęcia	124
Pytania sprawdzające	124
Piśmiennictwo.....	124
8. Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego.....	127
Ewa Kuriata-Kościelniak	
8.1. Wprowadzenie do problematyki.....	127
8.2. Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla funkcjonowania organizacji..	128
8.2.1. Komunikacja pionowa pomiędzy kierownictwem a pracownikami ..	132
8.2.2. Komunikacja w obrębie zespołu terapeutycznego	134
8.2.3. Komunikacja personelu medycznego z pacjentami	137
8.2.4. Zawody medyczne – zawodami zaufania publicznego.....	139
8.3. Komunikacja z pacjentem w świetle zapisów ustawy o prawach pacjenta.....	140
8.4. Kształtowanie zasad komunikacji interpersonalnej przez marketing relacyjny.....	141
8.5. Podsumowanie.....	142
8.6. Dobre praktyki.....	143
Kluczowe pojęcia	144
Pytania sprawdzające	145
Piśmiennictwo.....	145
9. Przymus bezpośredni jako (bezpieczny) mechanizm zapewniający bezpieczeństwo pacjentów zakładów leczniczych ...	147
Katarzyna Piątkowska-Zagiczek	
9.1. Wprowadzenie do problematyki.....	147
9.2. Pojęcie przymusu bezpośredniego oraz przesłanki jego zastosowania na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.....	148
9.3. Gwarancje obowiązujące przy stosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	153
9.3.1. Określony krąg osób uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego	153
9.3.2. Zasady stosowania przymusu bezpośredniego	154
9.4. Stosowanie przymusu bezpośredniego w świetle wyników kontroli.....	157
9.5. Podsumowanie.....	161
9.6. Dobre praktyki.....	162
Kluczowe pojęcia	164
Pytania sprawdzające	164
Piśmiennictwo.....	164
O autorach.....	167

Wstęp

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz personelowi medycznemu jest bardzo trudne na całym świecie, bez względu na model systemu opieki zdrowotnej oraz rodzaj udzielanych świadczeń (finansowanych ze środków publicznych bądź prywatnych). Trudność wynika z tego, że realizacja usług medycznych zależy od zaangażowania wielu przedstawicieli rozmaitych zawodów medycznych, sposobu finansowania, stanu infrastruktury, stosowanych technologii medycznych oraz poziomu kultury bezpieczeństwa przy realizowaniu licznych procesów, m.in. pielęgnacyjnych, diagnostycznych oraz terapeutycznych. Asymetria profesjonalnej wiedzy na temat kultury bezpieczeństwa powoduje, że osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych często nie mają świadomości znaczenia bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz systemów zapewnienia jakości w poszczególnych podmiotach leczniczych na wszystkich poziomach udzielania świadczeń medycznych (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz leczenie stacjonarne).

Liczba zdarzeń niepożądanych, które mają miejsce podczas świadczenia usług medycznych, oraz związane z nimi koszty są ogromne. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) podaje, że każdego roku w krajach o niskim i średnim dochodzie występuje ok. 134 mln zdarzeń niepożądanych, które są wynikiem braku zapewnienia bezpieczeństwa w podmiotach leczniczych. Na skutek tych zdarzeń rocznie umiera ok. 2,6 mln osób. W kwietniu 2018 r. w Tokio w Japonii podczas Third Global Ministerial Summit on Patient Safety (Trzeciego Światowego Ministerialnego Szczytu ws. Bezpieczeństwa Pacjenta) przedstawiciele 44 państw podpisali *Tokijską deklarację bezpieczeństwa pacjenta (Tokyo Declaration on Patient Safety)*. Zobowiązuje ona sygnatariuszy do podjęcia działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta, których efekty mają być widoczne do 2030 r. Jednocześnie ustanowiono Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta (World Patient Safety Day), który przypada na 17 września, a w 2019 r. obchodziliśmy go po raz pierwszy.

Wobec powyższego autorzy niniejszej monografii, bazując na doświadczeniach nie tylko teoretycznych, ale również praktycznych, polskich oraz międzynarodowych, zdecydowali się na przybliżenie bardzo ważnych aspektów związanych z bezpieczeństwem pacjenta oraz przedstawicieli personelu medycznego, którzy narażeni są na działanie wielu rodzajów czynników ryzyka, m.in. operacyjnego, finansowego, kadrowego, prawnego, infrastrukturalnego, a przede wszystkim klinicznego.

Monografia przeznaczona jest dla kadry medycznej (lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów, ratowników medycznych, fizjoterapeutów), a także dla menedżerów odpowiedzialnych za zarządzanie podmiotami leczniczymi. Polecamy ją również studentom medycyny, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego, fizjoterapii oraz zdrowia publicznego, którzy mogą potraktować ją jako przewodnik po dobrych praktykach pomagający zrozumieć istotę bezpieczeństwa pacjenta oraz personelu medycznego w codziennej pracy.

Izabela Witczak, Łukasz Rypicz

1. Kultura bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej

Izabela Witczak, Łukasz Rypicz

1.1. Wprowadzenie do problematyki

W ostatnich latach bezpieczeństwo pacjenta stało się jednym z najbardziej rozwijających się tematów w literaturze naukowej. Złożoność organizacji opieki zdrowotnej i wieloczynnikowy charakter problemów z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentowi wymagają systemowego i zintegrowanego podejścia do tej kwestii. Istotny jest również fakt, że w ostatnich dziesięcioleciach rola pacjenta w opiece zdrowotnej ewoluowała z biernego odbiorcy opieki na aktywnego, uprawnionego i świadomego partnera.

Kultura bezpieczeństwa może powstać tylko wtedy, gdy istnieje wystarczający poziom profesjonalizacji, a usługi opieki zdrowotnej są projektowane, pozyskiwane i zarządzane w taki sposób, aby można było zapewnić bezpieczną opiekę zarówno pacjentom, jak i personelowi świadczącemu usługi zdrowotne. Systemowe i zintegrowane podejście do rozwiązań dotyczących bezpieczeństwa pacjentów oraz prowadzenie badań w celu ich oceny powinny być centralnymi punktami krajowych strategii zdrowia publicznego. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że należy pielęgnować kompleksową, otwartą kulturę bezpieczeństwa jako wartość społeczną, a systemy raportowania o zdarzeniach niepożądanych ukierunkować na możliwości poprawy bezpieczeństwa zamiast na przypisywanie winy poszczególnym osobom.¹

Poprawa bezpieczeństwa pacjenta musi mieć charakter kompleksowy i powinna obejmować 2 wymiary bezpieczeństwa: techniczny i funkcjonalny. Wymiar techniczny należy rozumieć jako profesjonalizm działania: odpowiednie kwalifikacje, umiejętności praktyczne i doświadczenie pracowników medycznych, adekwatną liczbę przedstawicieli personelu medycznego, dobre warunki sanitarno-higieniczne pomieszczeń, w których przebywają pacjenci, zadowalający stan techniczny aparatury i sprzętu medycznego. Wymiar funkcjonalny zaś to profesjonalizm relacji, który dotyczy szeroko rozumianej komunikacji z pacjentem: przekazywanie jasnych informacji, empatia i okazywanie zrozumienia.²

Kształtowanie kultury bezpieczeństwa pacjenta wymaga kultury organizacyjnej, która jest swoistym fundamentem bezpieczeństwa i nadaje mu priorytet, a przede wszystkim zaangażowania na rzecz bezpieczeństwa na wszystkich poziomach organizacyjnych, od pracowników pierwszej linii do kadry kierowniczej średniego i najwyższego szczebla.³

Niewątpliwie kultura zawodowa i organizacyjna w systemie ochrony zdrowia musi się zmienić w celu promowania bezpieczniejszej opieki nad pacjentem. Należy

podkreślić, że opieka zdrowotna jest branżą wysokiego ryzyka. Wobec tego trzeba porzucić paradygmat nieomyślności, nieskazitelnej wydajności personelu medycznego i skupić się na projektowaniu systemów bezpieczeństwa. Systemy opieki zdrowotnej muszą odejść od obecnej kultury obwiniania i wstydu, która uniemożliwia przyznanie się do błędu i dlatego utrudnia uczenie się na błędach oraz zarządzanie procesowe.⁴

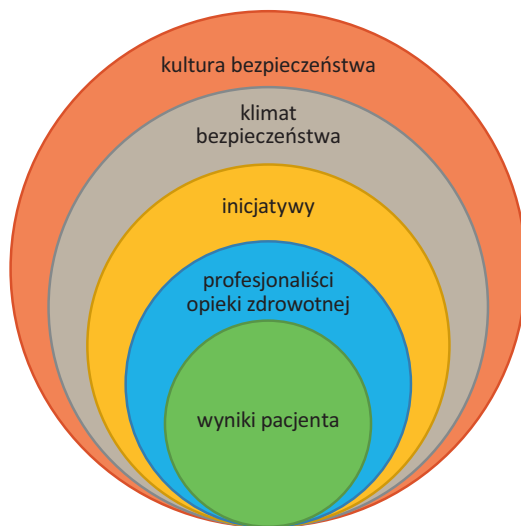
1.2. Tokijska deklaracja bezpieczeństwa pacjenta

Dnia 14.04.2018 r. w Tokio w Japonii podczas Third Global Ministerial Summit on Patient Safety (Trzeciego Światowego Ministerialnego Szczytu ws. Bezpieczeństwa Pacjenta) przedstawiciele rządowych delegacji z 44 krajów całego świata, w tym Polski, podpisali *Tokijską deklarację bezpieczeństwa pacjenta* (*Tokyo Declaration on Patient Safety*). Dokument ten jest niezwykle istotny w budowaniu świadomości i kultury bezpieczeństwa pacjenta. Uznano w nim konieczność podjęcia działań w celu obniżenia ryzyka wystąpienia szkody u pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Zauważono ponadto, że zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi podczas udzielania świadczeń zdrowotnych jest ogromnym wyzwaniem dla świadczeniodawców na całym świecie. Wobec powyższego zachodzi potrzeba promowania i wdrażania bezpieczeństwa pacjenta jako podstawowego wymogu wszystkich systemów opieki zdrowotnej na wszystkich jej poziomach. Zgodnie uznano również, że systemy i dobre praktyki służące zapewnianiu bezpieczeństwa pacjentowi muszą zostać wdrożone we wszystkich krajach jako jeden z kluczowych standardów opieki zdrowotnej. Wszelkie działania podejmowane na rzecz bezpieczeństwa pacjenta osadzono w ramach czasowych, w których ma nastąpić oczekiwana poprawa – nie później niż do 2030 r. Uznając konieczność promowania wszelkich inicjatyw wpływających na poprawę bezpieczeństwa pacjenta i globalnej współpracy w tym zakresie, ustanowiono Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta (World Patient Safety Day), który przypada na 17 września, a jest obchodzony od 2019 r.⁵

1.3. Kultura bezpieczeństwa – ogólna charakterystyka

Kultura bezpieczeństwa jest podzbiorem kultury organizacyjnej szczególnie związanym z przekonaniami i wartościami dotyczącymi zdrowia i bezpieczeństwa w organizacji, odzwierciedla również „zdolność osób lub organizacji do radzenia sobie z ryzykiem i zagrożeniami, aby uniknąć szkód lub strat, a jednocześnie nadal osiągać swoje cele”⁶

Kultura bezpieczeństwa pacjenta oznacza postrzeganie procesów, norm i postaw pracowników związanych z bezpieczeństwem oraz dążenie do unikania błędów przez pracowników ochrony zdrowia podczas świadczenia opieki. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że wyższa kultura bezpieczeństwa wiąże się z lepszymi wynikami leczenia pacjentów (ryc. 1.1).⁷



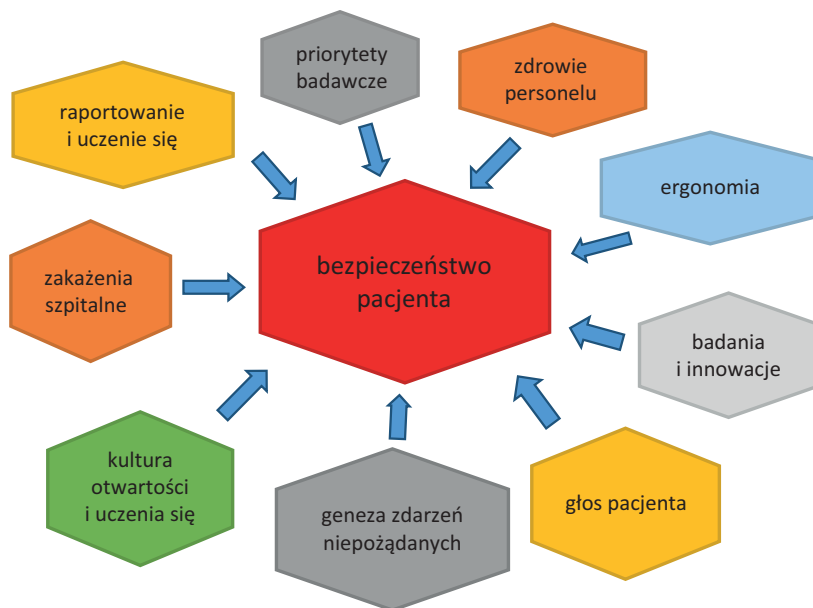
Ryc. 1.1. Model bezpieczeństwa pacjenta: kultura – zachowanie – wyniki

Opracowano na podstawie: van Melle MA, van Stel HF, Poldervaart JM, de Wit JN, Zwart DLM. Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety: A systematic review. *PLoS One*. 2018;13(6):e0197312. doi:10.1371/journal.pone.0197312

Jak wspomniano już wyżej, kultura bezpieczeństwa jest częścią ogólnej kultury organizacji. Termin ten stał się popularny po katastrofie nuklearnej w Czarnobylu, gdy zasugerowano, że organizacje mogą zmniejszyć liczbę wypadków i incydentów związanych z bezpieczeństwem, opracowując „pozytywną kulturę bezpieczeństwa”. Termin „klimat bezpieczeństwa” jest czasem używany zamiennie z terminem „kultura bezpieczeństwa”. W tym miejscu należy podkreślić, że kultura bezpieczeństwa jest szerokim pojęciem reprezentującym wszystkie aspekty wartości organizacji i działań związanych z bezpieczeństwem, podczas gdy klimat bezpieczeństwa koncentruje się bardziej na postrzeganiu przez personel sposobu zarządzania bezpieczeństwem w organizacji.⁸

Systemy opieki zdrowotnej na całym świecie mają wspólny cel – poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki, pomimo pewnych różnic w strukturze, zasobach, odpowiedzialności i priorytetach. Należy pamiętać, że złożoność organizacji opieki zdrowotnej i wieloczynnikowy charakter problemów bezpieczeństwa wymagają systemowego i zintegrowanego podejścia do kwestii bezpieczeństwa pacjenta (ryc. 1.2).

Kultura bezpieczeństwa może powstać tylko wtedy, gdy istnieje wystarczający poziom profesjonalizacji, a usługi opieki zdrowotnej są projektowane, pozyskiwane i zarządzane nimi w taki sposób, aby można było zapewnić bezpieczną opiekę. Wymaga to równowagi między profesjonalistami świadczącymi usługi zdrowotne a pacjentami i społeczeństwem w szerokim ujęciu.



Ryc. 1.2. Systemowe i zintegrowane podejście do bezpieczeństwa pacjenta

Opracowano na podstawie: Sousa P, de Sousa Uva A, Serranheira F, et al. The patient safety journey in Portugal: Challenges and opportunities from a public health perspective. *Rev Port Saúde Pública*. 2009;nr jubileuszowy:91–106.

1.4. Poziomy kultury bezpieczeństwa

W 1993 r. Westrum opracował oryginalne ramy teoretyczne stanowiące podstawę oceny bezpieczeństwa pacjentów w Manchesterze – Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSAF).⁹ Zaproponował, że jednym z czynników rozróżniających kultury organizacyjne może być sposób, w jaki informacje są przetwarzane przez organizację. Zidentyfikował 3 poziomy kultury organizacyjnej⁹:

- patologiczny – niepowodzenia są często ukrywane, a ludzie odmawiają uznania, że istnieją problemy;
- biurokratyczny – organizacje nie tłumią problemów, ale czasami je lekceważą lub radzą sobie z nimi tylko częściowo;
- generatywny – ludzie mają „prawo do myślenia”, badają pierwotne przyczyny problemów i biorą odpowiedzialność za ustalenia i rozpowszechnianie rozwiązań.

Westrum sugerował, że dobry przepływ i przetwarzanie informacji (takie jak podczas efektywnej pracy zespołowej) mają istotny wpływ na bezpieczeństwo pacjenta oraz że otwarta i generatywna kultura oznacza lepsze wykorzystanie innowacji i reagowanie na sygnały niebezpieczeństwa podczas opieki nad pacjentem.⁹ Na przestrzeni lat model został poszerzony o kolejne 2 poziomy (ryc. 1.3).⁶



Ryc. 1.3. Poziomy kultury bezpieczeństwa wg Reasona i Parkera

Opracowano na podstawie: Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR. Safety culture assessment in community pharmacy: Development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(6):417–421. doi:10.1136/qshc.2005.014332

Z kolei Vincent i Amalberti w publikacji pt. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World* zaproponowali koncepcję 5 poziomów opieki nad pacjentem związanych z jego bezpieczeństwem (tabela 1.1).¹⁰

Autorzy powyższej koncepcji w głębszej interpretacji 5 poziomów opieki zwracają uwagę na to, że¹⁰:

- poziom 1., optymalna opieka, z pewnością jest cenną aspiracją i inspiracją, ale jest bardzo trudny do osiągnięcia w praktyce, a zdefiniowanie wielu kwestii z nim związanych nastrocza trudności. Jako przykład można podać opiekę podstawową, która obejmuje szeroki i złożony kontekst społeczny;
- poziom 2. to bardziej realistyczny poziom opieki, w którym występują drobne niedoskonałości, ale jest prawdziwy;
- poziom 3. oznacza wyraźnie gorszą opiekę lub wręcz brak wymaganej opieki;
- poziomy 4. i 5. predysponują do wyrządzenia krzywdy pacjentowi poprzez pominięcie krytycznych aspektów opieki oraz wystąpienie poważnych błędów lub zaniedbań w opiece.

Na kulturę bezpieczeństwa składają się wartości, postawy oraz normy postępowania wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia mające na celu obniżanie ryzyka niebezpieczeństw oraz promowanie działań podnoszących jakość i bezpieczeństwo usług medycznych (ryc. 1.4).¹¹

Tabela 1.1. Charakterystyka poziomów bezpieczeństwa wg Vincenta i Amalbertiego

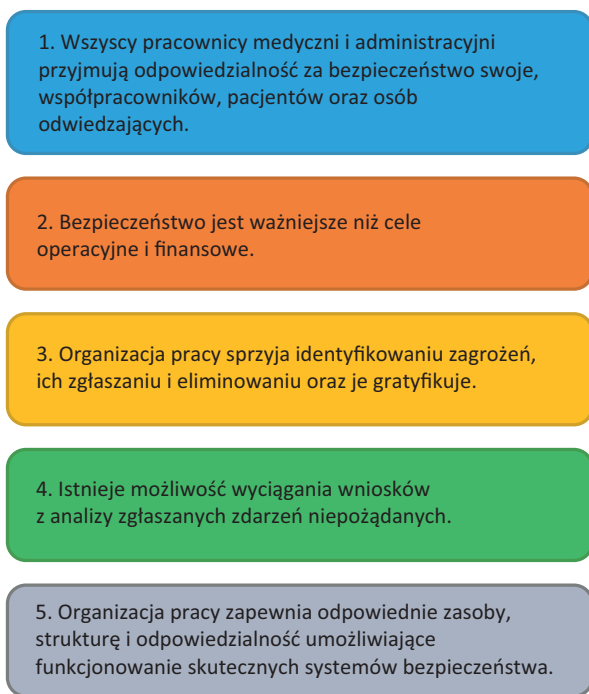
Poziomy bezpieczeństwa opieki nad pacjentem	Ogólna charakterystyka
Poziom 1.	Odpowiada optymalnej opiece przewidzianej przez standardy (choć tak naprawdę optymalnej opieki nie da się idealnie odzwierciedlić w standardach). Standardy te są ustalane przez organizacje krajowe i korporacje zawodowe oraz stanowią konsensus co do tego, co można uznać za optymalną opiekę możliwą do uzyskania przy obecnych ograniczeniach kosztów opieki zdrowotnej.
Poziom 2.	Reprezentuje rodzaj opieki, który można uznać za gwarantujący dobry wynik dla pacjenta, a także osiągalny w codziennej praktyce. Opieka jest na dobrym poziomie i jej wynik jest dobry, nawet jeśli występują niewielkie odstępstwa od standardów optymalnej opieki i pewne problemy. Ewentualne odstępstwa od najlepszych praktyk są względnie nieistotne na tle ogólnej jakości opieki zapewnianej pacjentowi.
Poziom 3.	Na tym poziomie bezpieczeństwo pacjenta może być zagrożone. Często odstępuje się od standardów optymalnej opieki, które nie są spełniane z wielu różnych powodów, co powoduje potencjalne zagrożenie dla pacjentów.
Poziom 4.	To poziom opieki, który reprezentuje odstępstwa od standardów optymalnej opieki. Pacjenci ponoszą szkody, których można było uniknąć.
Poziom 5.	Odnosi się do opieki, która jest słaba i naraża pacjenta na poważne i trwałe szkody, a niekiedy nawet doprowadza do zgonu.

Opracowano na podstawie: Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World* [e-book]. Springer Online; 2016:13–25. doi:10.1007/978-3-319-25559-0

1.5. Współczesne doniesienia o bezpieczeństwie pacjentów

W 2019 r. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) opublikowała dokument dotyczący bezpieczeństwa pacjenta pt. *Patient Safety Fact File*.¹² W dokumencie tym podano 10 globalnych faktów na temat bezpieczeństwa pacjentów¹²:

- 1 na 10 pacjentów zostaje poszkodowany podczas opieki szpitalnej;
- zdarzenia niepożądane spowodowane niebezpieczną opieką są prawdopodobnie 1 z 10 głównych przyczyn śmierci i niepełnosprawności na świecie;
- 4 na 10 pacjentów zostaje poszkodowanych w trakcie korzystania z podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- co najmniej 1 na każde 7 dolarów kanadyjskich przeznacza się na leczenie szkód wyrządzonych pacjentowi w opiece szpitalnej;
- inwestycje w bezpieczeństwo pacjentów mogą prowadzić do znacznych oszczędności finansowych (np. tylko w Stanach Zjednoczonych poprawa bezpieczeństwa doprowadziła do oszczędności w wysokości 28 mld dolarów amerykańskich w szpitalach Medicare w latach 2010–2015);



Ryc. 1.4. Podstawowe elementy kultury bezpieczeństwa

Opracowano na podstawie: *Bezpieczeństwo pacjenta – nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla wykładowców* [e-book]. Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej; 2017:88.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958-pol.pdf;jsessionid=3F3E976FE8AE601BEF1CB89B6635D526?sequence=35>. Dostęp 25.05.2020.

- niebezpieczne praktyki i błędy w leczeniu szkodzą milionom pacjentów i kosztują miliardy dolarów rocznie (globalnie koszty związane z błędami w leczeniu oszacowano na 42 mld dolarów amerykańskich rocznie, nie licząc utraconych zarobków, wydajności ani kosztów opieki zdrowotnej – stanowi to prawie 1% globalnych wydatków na zdrowie);
- niedokładna lub opóźniona diagnoza jest jedną z najczęstszych przyczyn szkody pacjenta i dotyka milionów osób (błąd diagnostyczny, czyli brak dokładnego i terminowego rozpoznania charakteru choroby, występuje w przypadku ok. 5% dorosłych pacjentów w warunkach ambulatoryjnych w Stanach Zjednoczonych);
- zakażenia szpitalne dotyczą do 10 na 100 hospitalizowanych pacjentów;
- ponad milion pacjentów umiera rocznie z powodu powikłań po operacji;
- narażenie medyczne na promieniowanie jonizujące stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa pacjentów (na całym świecie każdego roku wykonuje się ponad 3,6 mld badań rentgenowskich, z czego ok. 10% u dzieci; ponadto rocznie wykonuje się ponad 37 mln zabiegów z zakresu medycyny nuklearnej i 7,5 mln zabiegów radioterapeutycznych).

1.6. Podsumowanie

Prace nad systemami bezpieczeństwa pacjentów spowodowały znaczny postęp w tej dziedzinie w Europie i na świecie, jednak w polskim systemie opieki zdrowotnej są one nadal na poziomie podstawowym. Konieczne jest opracowanie i wdrożenie krajowej strategii na rzecz bezpieczeństwa pacjentów w polskim systemie opieki zdrowotnej. Budowanie strategii krajowej oznacza jasne przywództwo i zaangażowanie władz krajowych, regionalnych oraz lokalnych. Niekwestionowalną jest potrzeba powołania Narodowej Agencji Bezpieczeństwa Pacjenta, a wydatki na podnoszenie jakości i bezpieczeństwa usług zdrowotnych muszą stać się priorytetem, a nie być ostatecznością.

W budowanie systemu bezpieczeństwa, oprócz profesjonalistów z tym związanych (m.in. lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych), należy zaangażować pacjentów i ich rodziny, co stanowi „kulturę bezpieczeństwa widzianą oczami pacjenta”.

Działania edukacyjne z zakresu bezpieczeństwa pacjenta powinny być prowadzone na wszystkich kierunkach medycznych oraz na kierunku zdrowie publiczne. Wprowadzenie szeroko pojętej edukacji społecznej ukierunkowanej na zmianę powszechnego poglądu o nieomyślności, wszechmocności personelu medycznego w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i przedstawianie faktów na temat występowania ryzyka i możliwości niepowodzenia w leczeniu, które są nieodłącznym elementem udzielania świadczeń zdrowotnych, stanowią fundament stabilnej kultury bezpieczeństwa pacjenta.

1.7. Dobre praktyki

1.7.1. Narzędzia do pomiaru bezpieczeństwa pacjenta

Intencją autorów niniejszej publikacji jest zasygnalizowanie różnorodności dostępnych narzędzi i potencjału, z którego mogą skorzystać organizacje opieki zdrowotnej w Polsce w celu tworzenia lub doskonalenia kultury bezpieczeństwa zarówno dla pacjentów, jak i personelu medycznego (tabela 1.2).

Pomiar klimatu bezpieczeństwa pacjenta, czyli „mierzalnych elementów kultury bezpieczeństwa”, jest szeroko stosowanym parametrem, przydatnym w inicjatywach doskonalących jakość opieki zdrowotnej. Wysoki poziom kultury bezpieczeństwa stanowi podstawę do zapewnienia bezpiecznej opieki pacjentom.¹³

1.7.2. Bezpieczeństwo pacjentów w Szwecji

Szwecja jako jeden z kilku krajów Europy Północnej słynie z dobrej jakości usług medycznych oraz wysokiego poziomu bezpieczeństwa pacjentów. Szwedzki system opieki zdrowotnej jest zorganizowany na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym. Na poziomie regionalnym odpowiedzialność za finansowanie i opiekę zdrowotną jest

Tabela 1.2. Wybrane narzędzia do badania kultury bezpieczeństwa pacjenta stosowane na świecie

Lp.	Pełna nazwa narzędzia, skrót nazwy, autorzy i rok publikacji	Ogólna charakterystyka narzędzia
1.	Operating Room Management Attitudes Questionnaire – ORMAQ (Helmreich et al. 1998) ¹⁴	ORMAQ został opracowany w 1993 r. Narzędzie czerpie pewne rozwiązania z badań nad bezpieczeństwem w lotnictwie. Umożliwia określenie kluczowych dla bezpieczeństwa elementów, interakcji pomiędzy różnymi grupami zawodowymi czy też znaczenia komunikacji oraz informacji zwrotnych od kierownictwa. Przez wiele lat ORMAQ był poddawany modyfikacjom i wykorzystywany do skutecznej oceny opinii m.in. anestezjologów i chirurgów ogólnych na temat kwestii bezpieczeństwa. ¹⁴
2.	Safety Climate Scale – SCS (Pronovost et al. 2003) ¹⁵	SCS to 10-punktowa ankieta, która wykorzystuje 5-punktową skalę Likerta. Narzędzie ocenia postrzeganie zaangażowania organizacyjnego w bezpieczeństwo pacjentów. SCS jest niezwykle przydatna, ponieważ mierzy postawę lekarzy, pielęgniarek i kierownictwa wyższego szczebla względem bezpieczeństwa, ich wiedzę na temat zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz rozumienie przez nich przyczyn tych zdarzeń. ¹⁵
3.	Modified Stanford Instrument – MSI (Singer et al. 2003) ¹⁶	MSI ma na celu zbadanie opinii personelu na temat kultury bezpieczeństwa pacjentów w organizacji, w której jest zatrudniony. Narzędzie jest wykorzystywane w Kanadzie podczas procesu akredytacji placówek ochrony zdrowia. MSI składa się z 36 punktów dotyczących kultury bezpieczeństwa pacjentów. Punkty te są pogrupowane tematycznie w obszary: • ocena bezpieczeństwa na poziomie organizacji i działu; • lęk przed konsekwencjami; • postrzegany stan bezpieczeństwa; • kierownictwo nadzorcze. Do każdego z punktów (pytań) przygotowane zostały opcje odpowiedzi na podstawie 5-stopniowej skali Likerta. ¹⁶
4.	Hospital Survey on Patient Safety Culture Survey – HSOPSC (Sorra et al. 2004) ¹⁷	HSOPSC służy do badania kultury bezpieczeństwa pacjenta z perspektywy personelu szpitala. Składa się z 42 pozycji pogrupowanych w 12 wymiarów bezpieczeństwa, takich jak: ogólne postrzeganie bezpieczeństwa pacjenta, częstotliwość zgłaszanych zdarzeń, praca zespołowa w jednostkach, otwartość komunikacji, informacja zwrotna i komunikacja na temat błędów, odpowiedź na błąd, uczenie się organizacji – ciągłe doskonalenie, personel, oczekiwania przełożonego/kierownika promującego bezpieczeństwo pacjenta, przekazywanie i przechodzenie, wsparcie zarządzania dla bezpieczeństwa pacjenta oraz praca zespołowa w różnych jednostkach. Narzędzie to pozwala ponadto na: • zwiększenie wiedzy personelu na temat bezpieczeństwa pacjentów; • ocenę obecnego poziomu kultury bezpieczeństwa pacjentów; • identyfikację mocnych stron i obszarów wymagających poprawy w zakresie kultury bezpieczeństwa pacjentów; • badanie trendów zmian kultury bezpieczeństwa pacjentów w czasie; • porównywanie wyników w ramach jednej organizacji i między różnymi organizacjami.¹⁷

Tabela 1.2 cd. Wybrane narzędzia do badania kultury bezpieczeństwa pacjenta stosowane na świecie

Lp.	Pełna nazwa narzędzia, skrót nazwy, autorzy i rok publikacji	Ogólna charakterystyka narzędzia
5.	Safety Attitudes Questionnaire – SAQ (Sexton et al. 2006) ¹⁸	SAQ to kwestionariusz zawierający 60 zagadnień z zakresu bezpieczeństwa i pytania o dane demograficzne (wiek, płeć, doświadczenie i narodowość). Do każdego z zagadnień ankietowany odnosi się za pośrednictwem 5-stopniowej skali Likerta. SAQ jest udoskonaleniem kwestionariusza postaw kierownictwa oddziału intensywnej opieki medycznej, który został opracowany na podstawie kwestionariusza szeroko stosowanego w lotnictwie komercyjnym – Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ). FMAQ powstał po tym, jak naukowcy odkryli, że większość dotychczasowych wypadków lotniczych była spowodowana czynnikami interpersonalnymi, takimi jak: wydajności załogi, praca zespołowa, mówienie, przywództwo, komunikacja i wspólne podejmowanie decyzji. FMAQ mierzy stosunek członków załogi do tych obszarów. ¹⁸
6.	Patient Safety Climate in Healthcare Organizations – PSCHO (Singer et al. 2007) ¹⁹	PSCHO jest narzędziem zbudowanym z 45 pytań, które oceniają kulturę bezpieczeństwa w podmiotach leczniczych. Oprócz pytań o kulturę bezpieczeństwa w 2. części narzędzia znajdują się pytania socjodemograficzne. PSCHO składa się z 12 obszarów, które oceniają różne elementy klimatu bezpieczeństwa. Obszary te są pogrupowane w 4 kategorie: wkład szpitala w klimat bezpieczeństwa, wkład jednostki pracy w klimat bezpieczeństwa, wkład interpersonalny w klimat bezpieczeństwa i inne aspekty klimatu bezpieczeństwa. Wkład szpitala w klimat bezpieczeństwa składa się z zaangażowania kierowników wyższego szczebla, zasobów organizacyjnych w zakresie bezpieczeństwa i ogólnego nacisku na obszar bezpieczeństwa pacjentów. Wkład jednostki pracy w klimat bezpieczeństwa składa się m.in. ze wsparcia kierowników jednostek, norm bezpieczeństwa jednostki, wspólnego uczenia się, bezpieczeństwa psychicznego i reagowania na problemy. Wkład interpersonalny w klimat bezpieczeństwa składa się ze strachu przed obwinianiem i karami. Pozostałe aspekty klimatu bezpieczeństwa analizują zapewnienie bezpiecznej opieki. ¹⁹
7.	Manchester Patient Safety Framework – MaPSaF (Parker 2009) ²⁰	MaPSaF to oparte na teorii ramy służące do oceny kultury bezpieczeństwa, zaprojektowane specjalnie na użytek National Health Service (NHS). Ramy obejmują wiele wymiarów kultury bezpieczeństwa i 5 poziomów rozwoju kultury bezpieczeństwa. Pozwala to na wygenerowanie profilu kultury bezpieczeństwa organizacji, a także zmierzenie zdolności do identyfikowania problemów, które można naprawić. MaPSaF jest użyteczną metodą angażowania pracowników opieki zdrowotnej w ocenę i poprawę kultury bezpieczeństwa w ich organizacji będącą integralną częścią systemu zarządzania ryzykiem. ²⁰

zdecentralizowana do 21 hrabstw. Prawo dotyczące bezpieczeństwa pacjentów zobowiązuje 21 rad hrabstw do corocznego opracowywania raportu bezpieczeństwa pacjenta (ang. *patient safety report* – PSR) – pisemnego dokumentu opisującego pracę nad bezpieczeństwem pacjenta zarówno w podstawowej, jak i szpitalnej opiece

Tabela 1.2 cd. Wybrane narzędzia do badania kultury bezpieczeństwa pacjenta stosowane na świecie

Lp.	Pełna nazwa narzędzia, skrót nazwy, autorzy i rok publikacji	Ogólna charakterystyka narzędzia
8.	Victorian Safety Climate Survey – VSCS (2011) ²¹	VSCS została opracowana przez Victorian Managed Insurance Authority (VMIA) i Victorian Quality Council (VQC) w celu zbadania klimatu bezpieczeństwa pacjentów w szpitalach. Elementy ankiety zostały zaadaptowane z pełnej wersji narzędzia – SAQ i obejmują 6 pierwotnych czynników SAQ: • klimat pracy zespołowej; • klimat bezpieczeństwa; • satysfakcję z pracy; • postrzeganie zarządzania; • warunki pracy; • rozpoznawanie stresu. Narzędzie to występuje w 2 wersjach: pełnej i krótszej. Ankieta w pełnej wersji składa się z 74 elementów (punktów/pytań), natomiast krótsza z 42 elementów. Każde zagadnienie oceniane jest w 5-stopniowej skali Likerta. ²¹
9.	Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement – SCORE (Rice et al. 2018) ²²	SCORE mierzy poglądy pracowników w 13 domenach, w tym w obszarach klimatu opieki zdrowotnej (nauka, lokalne przywództwo, klimat wypalenia zawodowego, wypalenie osobiste, praca zespołowa, klimat bezpieczeństwa, równowaga w pracy i życiu [ang. <i>work-life balance</i>]) i domenach zaangażowania (szanse rozwoju, obciążenie pracą, pewność pracy, zamiar odejścia, rozwój i podejmowanie decyzji). Wszystkie domeny zawierają 3–7 pytań, a odpowiedzi wyrażane są za pomocą 5-stopniowej skali Likerta (1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2 – raczej się nie zgadzam; 3 – nie mam zdania; 4 – raczej się zgadzam; 5 – zdecydowanie się zgadzam). ²²

Opracowanie własne.

zdrowotnej. PSR są publikowane od 2011 r. i opierają się na triadzie Avedisa Donabediana: **struktura** (organizacja, infrastruktura i ogólne warunki pracy w kontekście bezpieczeństwa pacjentów), **proces** (przeprowadzone działania związane z bezpieczeństwem pacjentów) i **wyniki** (środki i efekty związane z bezpieczeństwem pacjentów).

PSR są publicznie dostępne i przeznaczone dla kierowników okręgów oraz pracowników ochrony zdrowia w radach okręgowych, a także zewnętrznych interesariuszy, takich jak organizacje pacjentów, władze lokalne i regionalne, pacjenci i ogół społeczeństwa. W związku z PSR w Szwecji wdrożono elektroniczne systemy zgłaszania incydentów (zdarzeń niepożądanych). Zgłaszanie incydentów jest obowiązkowe dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia i od dawna jest uważane za kamień węgielny bezpieczeństwa pacjentów w Szwecji.

Na poziomie regionalnym i lokalnym działają ponadto Patients' Advisory Committees (Komitety Doradcze Pacjentów), których zadaniem jest udzielanie wsparcia i wskazówek pacjentom, krewnym i personelowi w kwestiach dotyczących m.in. bezpieczeństwa opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.²³

Kluczowe pojęcia

bezpieczeństwo pacjenta – wg WHO brak możliwej do uniknięcia szkody dla pacjenta podczas realizowanego procesu opieki zdrowotnej i zmniejszenie ryzyka niepotrzebnej szkody związanej z opieką zdrowotną do akceptowalnego minimum.²⁴

Pytania sprawdzające

1. Jakie są podstawowe elementy kultury bezpieczeństwa?
2. Jakie główne narzędzia wykorzystuje się do oceny kultury bezpieczeństwa w organizacjach opieki zdrowotnej?
3. Na czym polega systemowe i zintegrowane podejście do bezpieczeństwa pacjenta?
4. Jakie najważniejsze postulaty zawarto w *Tokijskiej deklaracji bezpieczeństwa pacjenta*?
5. Na czym polegają dobre praktyki w zakresie bezpieczeństwa pacjenta stosowane w Szwecji?

Piśmiennictwo

1. Sousa P, de Sousa Uva A, Serranheira F, et al. The patient safety journey in Portugal: Challenges and opportunities from a public health perspective. *Rev Port Saúde Pública*. 2009;nr jubileuszowy: 91–106.
2. Szpakowski R, Zając P. Bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy pielęgniarstwa. *Piel Zdr Publ*. 2015; 5(1):33–39. <http://www.pzp.umed.wroc.pl/pdf/2015/5/1/33.pdf>. Dostęp 26.05.2020.
3. Sahlström M, Partanen P, Azimirad M, Selander T, Turunen H. Patient participation in patient safety: An exploration of promoting factors. *J Nurs Manag*. 2019;27(1):84–92. doi:10.1111/jonm.12651
4. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(supl 2):ii17–23. doi:10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
5. Ministry of Health, Labour and Welfare. Tokyo Declaration on Patient Safety (Finalised Draft). www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf. Dostęp 28.12.2019.
6. Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, Noyce PR. Safety culture assessment in community pharmacy: Development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(6):417–421. doi:10.1136/qshc.2005.014332
7. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A systematic review and meta-analysis. *Scientific World Journal*. 2018;2018:9156301. doi:10.1155/2018/9156301
8. The Health Foundation. *Evidence Scan: Measuring Safety Culture*. 2011:4–6. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>. Dostęp 26.05.2020.
9. Westrum R. Cultures with requisite imagination. W: Wise JA, Hopkin VD, Stager P, red. *Verification and Validation of Complex Systems: Human Factor Issues*. Nowy Jork, USA: Springer-Verlag; 1993:401–416.

10. Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World* [e-book]. Springer Online; 2016:13–25. doi:10.1007/978-3-319-25559-010
11. Mikos M. *Bezpieczeństwo pacjenta*. Kraków, Polska: ZiZ Centrum Edukacji; 2017:41–43.
12. World Health Organization. *Patient Safety Fact File*. 2019. https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient-safety-fact-file.pdf. Dostęp 28.12.2019.
13. Gehring K, Mascherek AC, Bezzola P, Schwappach D. Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey. *J Eval Clin Pract*. 2015;21(2):332–338. doi:10.1111/jep.12326
14. Helmreich RL, Merritt AC. *Culture at Work in Aviation and Medicine: National, Organizational and Professional Influences*. Aldershot, Wielka Brytania: Ashgate Publishing; 1998.
15. Pronovost PJ, Weast B, Holzmüller CG, et al. Evaluation of culture of safety: Survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(6):405–410. doi:10.1136/qhc.12.6.405
16. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(2):112–118. doi:10.1136/qhc.12.2.112
17. Sorra JS, Nieva VF. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Dostęp 26.05.2020.
18. Sexton JB, Helmreich RL, Torsten BN, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:44. doi:10.1186/1472-6963-6-44
19. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: Development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health Serv Res*. 2007;42(5):1999–2021. doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x
20. Parker D. Managing risk in healthcare: Understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *J Nurs Manag*. 2009;17(2):218–222. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00993.x
21. Victorian Managed Insurance Authority; Victorian Quality Council, UltraFeedback Pty Ltd. *Victorian Pilot Patient Safety Climate Survey: Pilot Evaluation Report*. Melbourne, Australia: Ultra-Feedback Pty Ltd; 2011. <https://www.vmia.vic.gov.au/tools-and-insights/tools-guides-and-kits/patient-safety-climate>. Dostęp 26.05.2020.
22. Rice HE, Lou-Mendez R, Saxton TA, et al. Building a safety culture in global health: Lessons from Guatemala. *BMJ Glob Health*. 2018;3(2):e000630. doi:10.1136/bmjgh-2017-000630
23. Ridelberg M, Roback K, Nilsen P, Carlford S. Patient safety work in Sweden: Quantitative and qualitative analysis of annual patient safety reports. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:98. doi:10.1186/s12913-016-1350-5
24. World Health Organization. Patient safety. <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Dostęp 28.12.2019.

2. Zdarzenia niepożądane oraz błędy medyczne występujące w procesach diagnostyczno-terapeutycznych usług zdrowotnych

Izabela Witczak

2.1. Wprowadzenie do problematyki

Bezpieczeństwo pacjenta to dyscyplina opieki zdrowotnej, która pojawiła się wraz ze zmianą złożoności systemów opieki zdrowotnej i wynikającym z niej wzrostem występowania szkód doświadczanych przez pacjentów. Ma na celu ograniczanie ryzyka, błędów i szkód, które dotyczą pacjentów podczas świadczenia opieki zdrowotnej, oraz zapobieganie im. Podstawą tej dyscypliny jest ciągłe doskonalenie oparte na uczeniu się na błędach i zdarzeniach niepożądanych.

Globalną misją dla systemów opieki zdrowotnej, podmiotów świadczących opiekę zdrowotną oraz profesjonalistów medycznych powinno być to, aby nie wyrządzać szkody pacjentom i robić wszystko, żeby pozytywne efekty (diagnostyczne, terapeutyczne i in.) przewyższały zarówno niezamierzone szkody dla systemów opieki zdrowotnej (finansowe, prestiżowe), jak i indywidualne szkody pacjentów oraz ich rodzin (cierpienie, ból, strata bliskiej osoby itd.). Potwierdzeniem globalnego wyzwania związanego z zapewnieniem bezpieczeństwa opieki zdrowotnej i międzynarodową konsolidacją działań w tym zakresie jest współczesna wizja Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), mówiąca o tym, że „każdy pacjent powinien otrzymać bezpieczną opiekę zdrowotną, bez ryzyka i szkody, za każdym razem i wszędzie” („A world where every patient receives safe health care, without risks and harm, every time, everywhere”).¹

2.2. Procesy w usługach zdrowotnych

Wszystkie działania realizowane w podmiotach leczniczych należy określić jako procesy. Poprzez proces rozumie się „zestaw wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących sekwencji, które przekształcają wejścia w wyjścia”² W zarządzaniu procesowym podstawowym założeniem jest traktowanie organizacji w sposób systemowy, tzn. organizacja jest postrzegana jako całość składająca się ze wzajemnie powiązanych procesów (ryc. 2.1).²

Większość procesów, które można wyróżnić w organizacjach, zależy od przygotowania odpowiednich zasobów, takich jak:

- człowiek (ang. *man*);
- maszyny (ang. *machines*);
- materiały (ang. *materials*);
- zarządzanie (ang. *management*);
- środowisko (ang. *environment*).

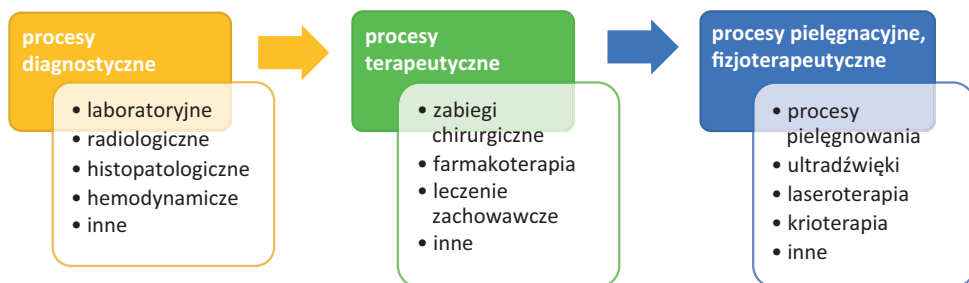
Określa się to jako tzw. **zasadę 4 M + E**, na którą składają się podstawowe czynniki warunkujące prawidłowy przebieg procesu.³

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że każdy proces składa się z działań. Jedne z nich mogą stanowić wartość dodatnią dla pacjenta, inne nie. Te ostatnie to działania związane z odchyleniami od wymagań jakościowych, predysponującymi do powstawania np. błędów medycznych, których następstwem jest jakaś szkoda (psychiczna, fizyczna, finansowa i in.). Przepływ błędów w działaniach można sklasyfikować wg następujących kryteriów⁴:

- miejsca powstania błędu;
- miejsca wykrycia błędu;
- miejsca powstania i wykrycia błędu.

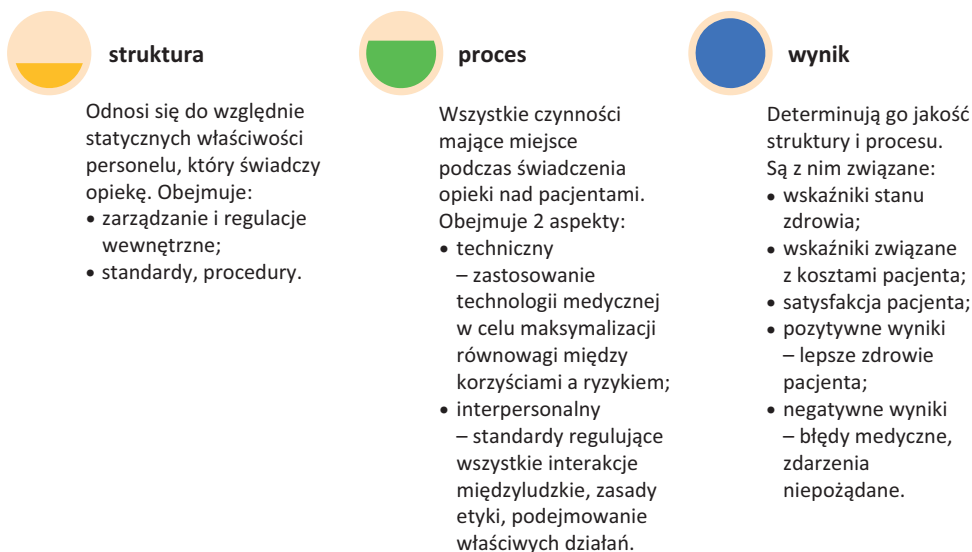
Odwzorowaniem ww. wymienionych kryteriów przepływu błędów medycznych mogą być poniższe przykłady:

- miejsce powstania błędu – np. oddział szpitalny, gdzie postawiono pacjentowi nieprawidłową diagnozę lub dokonano błędnej identyfikacji pacjenta do badań diagnostycznych, terapeutycznych;
- miejsce wykrycia błędu – dotyczy sytuacji, w której np. lekarz prowadzący pacjenta na oddziale niepoprawnie wskazuje miejsce operowane / stronę operowaną (co zdarza się szczególnie w przypadku operacji narządów parzystych człowieka, takich jak nerki czy nadnercza), a błąd zostaje wykryty przez zespół operacyjny dopiero na bloku operacyjnym;
- miejsce powstania i wykrycia błędu – np. oddział szpitalny, gdzie jest hospitalizowany pacjent błędnie zidentyfikowany podczas zamawiania krwi, w konsekwencji czego doznaje on powikłania poprzetoczeniowego związanego z przetoczeniem niezgodnym grupowo.



Ryc. 2.1. Przykłady procesów realizowanych w podmiotach leczniczych

Opracowanie własne.



Ryc. 2.2. Pomiar bezpieczeństwa pacjentów

Opracowano na podstawie: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Chicago, USA: Health Administration Press; 1980 oraz El Haj HI, Lamrini M, Rais N. Quality of care between Donabedian model and ISO 9001V2008. *Int J Qual Res.* 2013;7(1):17–30. <http://ijqr.net/paper.php?id=24>. Dostęp 27.05.2020.

W przypadku usług medycznych odbiorcami błędów są pacjenci, a twórcą (dostawcą) błędów jest personel medyczny.

W pomiarze bezpieczeństwa pacjentów można kierować się 3 wymiarami pomiaru jakości opieki opracowanymi przez Avedisa Donabediana^{5,6} (ryc. 2.2), tj. jakością struktury (w jaki sposób zorganizowana jest opieka zdrowotna), jakością procesu (co pracownicy ochrony zdrowia robią w celu utrzymania lub poprawy zdrowia pacjenta i opieki nad nim) i jakością wyniku (co ostatecznie dzieje się z pacjentem w procesach diagnostyczno-terapeutycznych).

We współczesnym modelu opieki zdrowotnej, zarówno europejskim, jak i światowym, dąży się do kompleksowej i skoordynowanej opieki medycznej, dlatego priorytetem powinno być stosowanie standardów zapewniających bezpieczeństwo pacjentów na każdym poziomie świadczenia usług zdrowotnych oraz we wszystkich procesach diagnostyczno-terapeutycznych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych i in. Mimo że najczęściej kompleksowych świadczeń medycznych jest realizowanych w stacjonarnej opiece zdrowotnej, nie można pomijać innych poziomów realizacji świadczeń zdrowotnych, np. podstawowej czy też specjalistycznej opieki zdrowotnej.

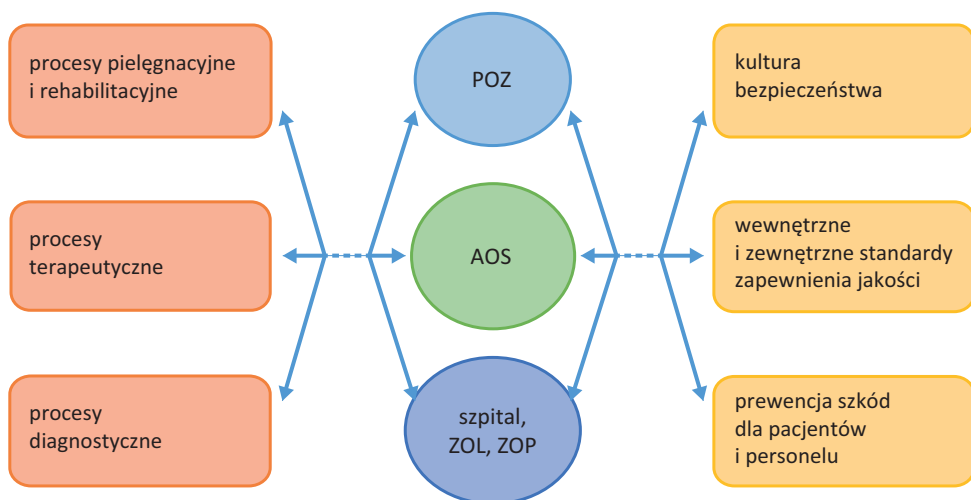
WHO zwraca uwagę, że nie tylko opieka szpitalna, ale również usługi opieki podstawowej stają się coraz ważniejszym elementem zintegrowanej opieki zdrowotnej w wielu krajach. Stanowią punkt wejścia do systemu opieki zdrowotnej, koordynacji opieki i opieki nad pacjentami, a także kształtują nastawienie ludzi i ich rodzin. Zrozumienie wielkości

i charakteru szkód, do których dochodzi podczas korzystania z usług w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jest ważne, ponieważ większość świadczeń opieki zdrowotnej jest obecnie realizowana na tym poziomie. Każdego dnia miliony ludzi na całym świecie korzystają z usług podstawowej opieki zdrowotnej. Dobra opieka podstawowa może skutkować mniejszą liczbą hospitalizacji (tylko tych, których nie można uniknąć), a niebezpieczna opieka podstawowa – powodować choroby i obrażenia, którym można było zapobiec, oraz doprowadzać do niepotrzebnych hospitalizacji, w niektórych przypadkach niepełnosprawności, a nawet śmierci.⁷

Brak ciągłości opieki jest najpowszechniejszym problemem poszczególnych systemów opieki zdrowotnej, w których podjęto działania integracyjne (bez względu na typ obowiązującego modelu systemu ochrony zdrowia). Jego konsekwencją są m.in. gorsze wyniki leczenia, np. na skutek błędów medycznych wynikających z zaburzeń w komunikacji czy interakcji między stosowanymi lekami.⁸

W dzisiejszych organizacjach systemów opieki zdrowotnej (zwłaszcza europejskich) pacjenci doświadczają coraz większych zmian form tej opieki (np. od zindywidualizowanej do skoordynowanej). Powoduje to istotne problemy związane z jakością i bezpieczeństwem pacjenta, zwłaszcza gdy pacjenci są przenoszeni z jednego miejsca opieki do innego, z jednego poziomu lub oddziału do innego lub od jednego dostawcy opieki do drugiego. Jest to uważane za przerwanie ciągłości opieki nad pacjentami i oceniane jako proces wysokiego ryzyka.⁹

Relacje pomiędzy poziomami opieki medycznej a elementami bezpieczeństwa pacjenta w poszczególnych procesach przedstawiono na ryc. 2.3.



Ryc. 2.3. Czynniki warunkujące jakość i bezpieczeństwo pacjenta związane z przerwaniem ciągłości opieki

POZ – podstawowa opieka zdrowotna; AOS – ambulatoryjna opieka zdrowotna; ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy; ZOP – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Opracowanie własne.

2.2.1. Mapowanie procesów w usługach zdrowotnych

Przez mapowanie procesów należy rozumieć stosowanie technik wizualizacji procesów, które należą do podstawowych narzędzi zarządzania w codziennej pracy personelu w organizacjach zarządzanych przez jakość. W ostatnich dziesięcioleciach wypracowano wiele narzędzi informatycznych wspomagających graficzne opracowanie struktury procesów (wizualizację procesów) i przedstawianie modeli procesów, które zachodzą w organizacji.¹⁰

Jednym ze sposobów zapewniania bezpieczeństwa pacjentom jest mapowanie procesów, które ma na celu sprecyzowanie ścieżki klinicznej poprzez wizualną prezentację każdego etapu procesu. Korzystanie z mapy procesów sprawia, że ścieżka kliniczna pacjenta jest coraz bardziej przejrzysta w miarę opisywania każdego kroku, co ułatwia wychwytywanie problemów i proponowanie korzystnych rozwiązań, umożliwiając jednocześnie interdyscyplinarną pracę zespołową.

Można wyróżnić 2 metody mapowania procesów:

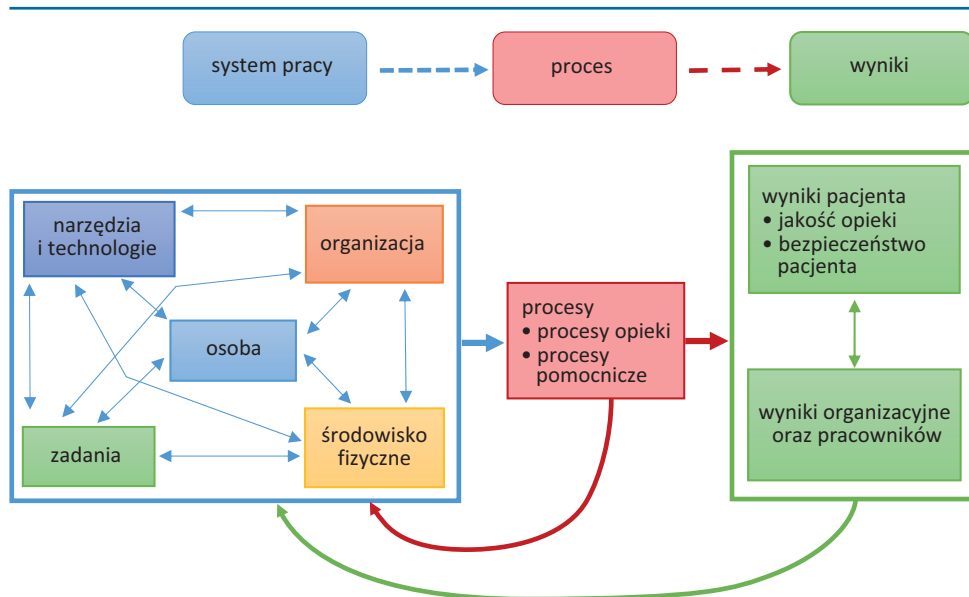
- obserwacyjną, która obejmuje obserwację ścieżki klinicznej z pierwszej ręki, tak, aby pojedynczy obserwator mógł odnotować doświadczenia pacjentów podczas mapowania ścieżki. Odbywa się z zachowaniem zasady „idź i przekonaj się sam”;
- konwencjonalną, która obejmuje zebranie wielu osób reprezentujących różne role i funkcje związane ze ścieżką kliniczną. W tej metodzie cała grupa jest zaangażowana w mapowanie ścieżki i każdy ma okazję omówić drogę pacjenta ze swojej perspektywy.¹¹

2.2.2. Model Inżynierii Systemów dla Bezpieczeństwa Pacjentów

Model Inżynierii Systemów dla Bezpieczeństwa Pacjentów (Systems Engineering Initiative for Patient Safety – SEIPS) jest nową metodą modelowania procesów socjotechnicznych, która ma zastosowanie w opisie i ocenie procesów w systemie opieki zdrowotnej. Metoda umożliwia tworzenie map procesów odzwierciedlających zarówno bariery, jak i usprawnienia systemu pracy oraz wskazujących na konkretne obszary wymagające poprawy opieki nad pacjentem (ryc. 2.4).¹²

Zastosowanie inżynierii systemów ma na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów. Coraz większe uznanie zdobywa w szczególności inżynieria czynników ludzkich (ang. *human-factors engineering* – HFE), której zadaniem jest zaspokajanie potrzeb i pragnień interesariuszy systemu opieki zdrowotnej i dostarczanie rozwiązań w innych ważnych socjotechnicznych aspektach tej opieki.¹²

Model SEIPS wskazuje, że projekt systemu pracy może wpływać nie tylko na bezpieczeństwo pacjentów, ale także na wyniki pracowników, jak również całej organizacji. W systemie pracy zdefiniowano 5 komponentów (osoba, zadania, środowisko fizyczne, warunki organizacyjne, narzędzia i technologie), które wpływają na siebie wzajemnie. Osobami w centrum systemu pracy są zarówno pacjent, jak i personel medyczny i pozamedyczny świadczący usługi na rzecz pacjenta. Model SEIPS określa pętle sprzężenia zwrotnego od procesu do systemu pracy oraz od wyników do systemu pracy. Te pętle



Ryc. 2.4. Model SEIPS

Opracowano na podstawie: Wooldridge AR, Carayon P, Hundt AS, Hoonakker PLT. SEIPS-based process modeling in primary care. *Appl Ergon*. 2017;60:240–254. doi:10.1016/j.apergo.2016.11.010

umożliwiają ścieżki projektowania lub przeprojektowywania systemu pracy (np. słabe procesy i wyniki mogą być przyczyną przeprojektowania systemu pracy).¹³

Włączenie procesów opieki do modelu SEIPS jest zgodne z nowoczesnymi rozwiązaniami organizacyjnymi dotyczącymi poprawy jakości, takimi jak *total quality management* (TQM). Proces opieki można uznać za szereg zadań wykonywanych przez osoby świadczące usługi medyczne i pozamedyczne, które korzystają z różnych narzędzi i technologii w określonym środowisku. Warunki organizacyjne systemu pracy są kształtowane w procesie opieki poprzez zadania, koordynację i komunikację osób świadczących usługi dla pacjentów. Analiza ryzyka procesowego może przyczynić się do tego, że wszystkie czynniki powodujące błędy w poszczególnych procesach będą systematycznie analizowane i oceniane.

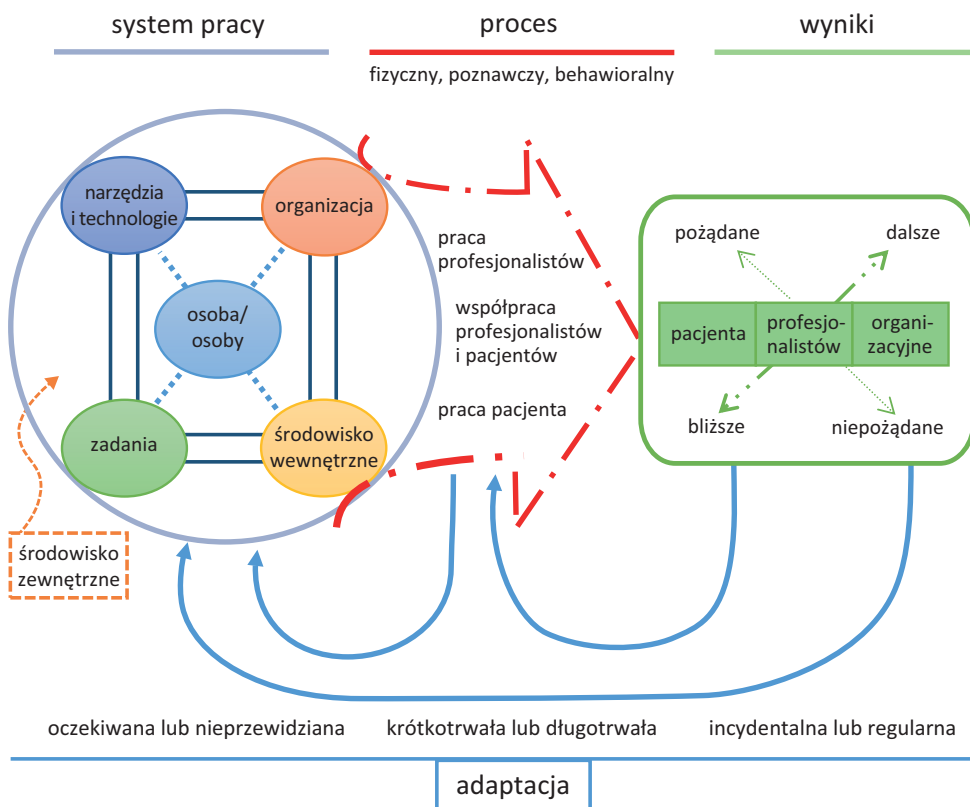
Dzięki modelowi SEIPS możliwe jest przeprojektowywanie systemu opieki zdrowotnej, np. poprzez usunięcie przeszkód w różnych komponentach systemu pracy, które wpływają na bezpieczeństwo pacjenta, bezpieczeństwo pracowników oraz jakość opieki zdrowotnej.¹⁴

Rozszerzony Model Inżynierii Systemów dla Bezpieczeństwa Pacjentów (Systems Engineering Initiative for Patient Safety 2.0 – SEIPS 2.0) zawiera 3 nowe elementy w stosunku do oryginalnego modelu. Są to: konfiguracja, zaangażowanie i adaptacja. Relacje między poszczególnymi osobami, używaną przez nie technologią i otoczeniem, w którym pracują, razem tworzą złożone systemy socjotechniczne. Koncepcja konfiguracji podkreśla dynamiczne, hierarchiczne i interaktywne właściwości systemów

socjotechnicznych, umożliwiając zobrazowanie, w jaki sposób kształtowane są wyniki zdrowotne „w danym momencie”. Zaangażowanie pokazuje, że różne osoby i zespoły mogą wykonywać czynności związane ze zdrowiem oddzielnie i wspólnie. Adaptacja została wprowadzona jako mechanizm sprzężenia zwrotnego, który wyjaśnia, w jaki sposób systemy dynamicznie ewoluują w zaplanowany i nieplanowany sposób. Model SEIPS 2.0 zakłada hierarchiczne ułożenie systemu pracy, rozpatrując poszczególne osoby i zespoły w ramach poszczególnych elementów: osoby/osób, czynników ludzkich i organizacyjnych oraz środowiska wewnętrznego i zewnętrznego (ryc. 2.5).¹⁵

Model SEIPS 2.0 należy interpretować w następujący sposób¹⁶:

- lewa strona modelu, „system pracy”, przedstawia socjotechniczny system pracy z współdziałającymi komponentami: osobą/osobami, zadaniami, narzędziami i technologiami, organizacją, środowiskiem wewnętrznym oraz środowiskiem zewnętrznym;
- środek modelu przedstawia „proces” w ujęciu fizycznym, poznawczym i behawioralnym oraz wskazuje na zaangażowanie i współpracę zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów;



Ryc. 2.5. Model SEIPS 2.0

Opracowano na podstawie: Smith AF, Plunkett E. People, systems and safety: Resilience and excellence in healthcare practice. *Anaesthesia*. 2019;74(4):508–517. doi:10.1111/anae.14519

- prawa strona modelu, „wyniki”, przedstawia wyniki pracy pacjentów, profesjonalistów świadczących usługi medyczne oraz wyniki całej organizacji. Wyniki mogą być pożądane (np. satysfakcja pacjentów i pracowników) lub niepożądane (np. błędy medyczne). Wyniki mogą być rozpatrywane w dalszej perspektywie, kiedy pojawiają się z czasem (np. śmiertelność pacjentów, wypalenie zawodowe personelu), lub w bliższej perspektywie (np. jakość opieki, trudności kadrowe).

Rozszerzenie modelu SEIPS okazało się bardzo przydatne, gdyż uwzględnia wpływ czynników ludzkich na bezpieczeństwo pacjentów zgodnie ze współczesną wiedzą naukową, że systemy opieki zdrowotnej są dynamiczne, adaptacyjne, oparte na wielopoziomowej współpracy i uwzględniają pacjentów oraz ich rodziny w planowaniu bezpiecznej opieki zdrowotnej.

Kluczowe komponenty modelu SEIPS 2.0 przedstawiono w tabeli 2.1.

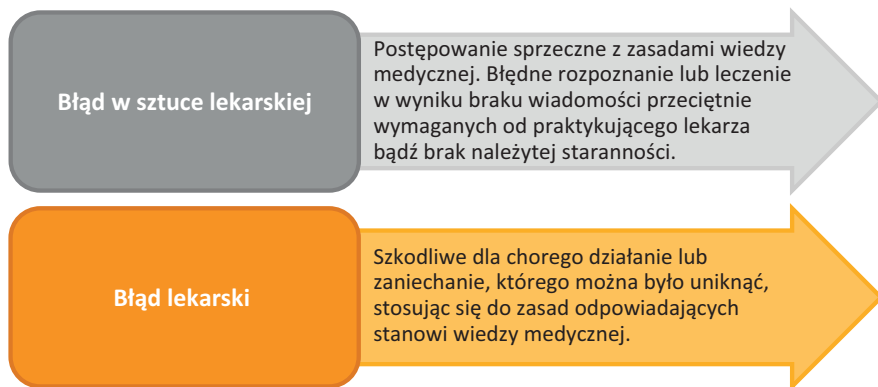
Tabela 2.1. Kluczowe komponenty modelu SEIPS 2.0

Komponenty systemu pracy	Interpretacja
Osoba/osoby	Osoba to indywidualny profesjonalista medyczny (lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny, fizjoterapeuta) lub pracownik socjalny, a także nieprofesjonalista, taki jak pacjent lub opiekun rodziny. Osoby to np. zespół chirurgów, pielęgniarek operacyjnych, ratowników medycznych itd. Istotne są preferencje, cele i potrzeby zarówno pacjentów i opiekunów rodziny, jak i profesjonalistów medycznych.
Zadania, narzędzia i technologie	Zadania to konkretne działania w ramach większych procesów roboczych. Narzędzia i technologie to obiekty, których ludzie używają do wykonywania pracy lub które pomagają ludziom w realizowaniu pracy. Istnieje wiele narzędzi i technologii, w tym technologii informacyjnych i urządzeń medycznych, specyficznych tylko dla usług zdrowotnych.
Organizacja	Organizacja odnosi się do struktur zewnętrznych (czas, przestrzeń, zasoby i aktywność). W instytucjach opieki zdrowotnej czynnikami organizacyjnymi są: harmonogramy pracy i zadań, systemy zarządzania i motywacji, kultura organizacyjna, szkolenia, dostępność zasobów ludzkich i rzeczowych. W innych środowiskach, takich jak dom pacjenta lub społeczność, w której żyje, czynnikami organizacyjnymi mogą być: infrastruktura komunikacyjna, warunki życia, role i obowiązki rodzinne, jakość życia, relacje międzyludzkie, kultura, normy i zasady społeczne oraz zasoby finansowe i zdrowotne.
Środowisko wewnętrzne	Wewnętrzne czynniki środowiska obejmują oświetlenie, hałas, wibracje, temperaturę oraz szeroko pojętą ergonomię w miejscu świadczenia usług zdrowotnych.
Środowisko zewnętrzne	Środowisko zewnętrzne obejmuje czynniki makroekonomiczne, ekonomiczne, ekologiczne i polityczne poza organizacją. Można je postrzegać jako krytyczny dodatek do czynników ludzkich i powiązanych z nimi dziedzin, takich jak makroergonomia, ergonomia kulturowa i ergonomia społeczności.

Opracowano na podstawie: Smith AF, Plunkett E. People, systems and safety: Resilience and excellence in healthcare practice. *Anaesthesia*. 2019;74(4):508–517. doi:10.1111/anae.14519

2.3. Błędy medyczne – ogólna charakterystyka

W polskiej literaturze przewija się problem interpretacji pojęć błędu medycznego i zdarzenia niepożądanego. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest brak możliwości stworzenia uniwersalnych definicji tych pojęć, które w ten sam sposób byłyby rozumiane przez lekarzy, prawników, ubezpieczycieli oraz potencjalnych poszkodowanych, czyli pacjentów.¹⁷ Problem właściwej interpretacji dotyczy również pojęć błędu w sztuce lekarskiej i błędu lekarskiego (ryc. 2.6).



Ryc. 2.6. Definicje błędu w sztuce lekarskiej i błędu lekarskiego

Opracowano na podstawie: Zdyb M, Kruk E, Wołoszyn-Cichocka A, red. *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo C.H. Beck; 2018:216–218.

Równie trudno jest w literaturze prawnej i medycznej o jednoznaczną definicję błędu medycznego. W doktrynie prawa można znaleźć wiele definicji błędu medycznego (tabela 2.2).

Jak widać w poniższej tabeli, na przestrzeni lat definicja błędu medycznego została rozszerzona – nie tylko lekarz może być winny błędowi medycznemu, ale również inne osoby świadczące usługi zdrowotne, czyli wykonujące zawód medyczny (np. pielęgniar-ka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta), mogą go popełnić.

W piśmiennictwie prawnym i medycznym można spotkać różne typologie i klasyfikacje błędów medycznych. Najbardziej popularne podziały zaprezentowano w tabelach 2.3 i 2.4.

Trzeba podkreślić, że ofiary błędów medycznych to nie tylko pacjenci (w ich konsekwencji występuje efekt domina). Mogą być nimi także:

- pacjent i jego rodzina (pierwsze ofiary);
- pracownicy ochrony zdrowia (drugie ofiary);
- reputacja szpitala (trzecia ofiara);
- pacjenci, którzy zostali poszkodowani później (czwarte ofiary).

Tabela 2.2. Definicje błędu medycznego

Definicja błędu medycznego	Źródło definicji
Naruszenie przez lekarza, świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną, obowiązujących go w konkretnym przypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec życia i zdrowia człowieka, które w świetle prawa są naruszeniem obowiązku ostrożności. ¹⁸	Liszewska 1998 ¹⁸
Postępowanie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, które narusza wypracowane na gruncie nauki i praktyki medycznej, obowiązujące w konkretnym stanie faktycznym reguły postępowania zawodowego. ¹⁹	Zajdel 2016 ¹⁹
Postępowanie osoby wykonującej zawód medyczny niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, niedołożenie przez nią należytej staranności, przekroczenie swoich kompetencji. ²⁰	Ziółkowska 2017 ²⁰

Opracowanie własne.

Tabela 2.3. Rodzaje błędów medycznych

Nazwa błędu medycznego	Definicja
Błąd diagnostyczny (rozpoznania)	Polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź, częściej, na nierozpoznananiu rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi następnie do pogorszenia stanu jego zdrowia. W doktrynie wyróżnia się błąd pozytywny (gdy lekarz stwierdza, że pacjent cierpi na określoną chorobę, podczas gdy jest zdrowy) i błąd negatywny (gdy lekarz stwierdza brak choroby w przypadku jej występowania albo rozpoznaje inną chorobę niż ta, która w rzeczywistości występuje).
Błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu)	Zachodzi w przypadku wyboru niewłaściwej metody lub wadliwego sposobu leczenia (np. zapisanie nieodpowiedniego leku, zaniechanie skierowania chorego do szpitala), nienależyte dokonanej operacji, poszerzenia pola operacyjnego bez potrzeby i konieczności itp.
Błąd rokowania (prognozy)	Błąd rokowania, czyli prognozy co do stanu zdrowia pacjenta bez podejmowania leczenia lub w razie leczenia, może nie wpływać ujemnie na proces leczenia, jednakże w połączeniu z błędem diagnostycznym może spowodować poważne konsekwencje.

Opracowano na podstawie: Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń, Polska: Dom Organizatora TNOiK; 2013:228–236.

Problemy psychiczne będące następstwem błędów medycznych mają długotrwały wpływ na jakość życia pracowników ochrony zdrowia i mogą wpływać na ich wydajność pracy oraz zdolność do zapewnienia bezpiecznej opieki nad pacjentem.²¹

Tabela 2.4. Podział błędów medycznych ze względu na kryterium czynności (działanie lub zaniechanie)

Nazwa błędu medycznego	Definicja
Błąd techniczny	Niewłaściwe pod kątem technicznym wykonanie czynności medycznej.
Błąd organizacyjny	Jest wynikiem niewłaściwej organizacji pracy czy też zaniedbań organizacyjnych, np. braku wymaganego sprzętu, personelu, braku nadzoru nad sprzętem i infrastrukturą (np. braku dodatkowego zasilania w prąd, dostępu do wody itd.).
Błąd wykonawczy	Polega na niepoprawnym wykonaniu właściwych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych (np. nieprawidłowości podczas przygotowywania leków i substancji leczniczych do zastrzyków).
Błąd informacyjny	Polega na zaniechaniu przekazania przez osobę wykonującą zawód medyczny pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu w zakresie posiadanych kompetencji lub przekazaniu informacji niewłaściwych.

Opracowano na podstawie: Sadowska M. *Zapobieganie błędom medycznym w praktyce*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer; 2019:61–67.

2.4. Zdarzenia niepożądane – systemy zarządzania, wybrane przykłady

Należy stwierdzić, że nie ma uniwersalnej definicji zdarzenia niepożądanego w systemach ochrony zdrowia, ponieważ znaczenie tego pojęcia zależy od szkody (choroba, uraz, cierpienie, niepełnosprawność, śmierć), jej charakteru (fizyczna, społeczna, psychologiczna) oraz ogólnego podejścia do tego problemu, a zwłaszcza rozwiązań prawnych w tym zakresie w poszczególnych systemach ochrony zdrowia.

Zdarzeń niepożądanych nie powinno się mylić z naturalnym postępem choroby lub przewidywalnymi powikłaniami terapeutycznymi. Nie są one klasyfikowane jako zdarzenia niepożądane, gdyż zwykle nie można im zapobiec.

W różnych krajach funkcjonuje różne nazewnictwo szkód wyrządzanych pacjentom, np. incydenty, zdarzenia strażnicze (ostrzegawcze), zdarzenia niepożądane.

2.4.1. Zarządzanie zdarzeniami niepożądanymi w polskim systemie opieki zdrowotnej

Według definicji zawartej w polskich standardach akredytacyjnych opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia zdarzenie niepożądane to szkoda wywołana w trakcie / w rezultacie leczenia, niezwiązana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzykiem jej wystąpienia.²²

Do zdarzeń niepożądanych zawartych w polskich standardach akredytacyjnych zalicza się takie sytuacje, jak²²:

- ciała obce pozostawione w polu operacyjnym;
- niewłaściwe: pacjent, miejsce, strona operowana, procedura operacyjna;
- odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego;
- uszkodzenie ciała i sepsa powstałe w wyniku zabiegu chirurgicznego;
- embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu chirurgicznym;
- samobójstwo w szpitalu;
- niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, pacjent, czas podania, nie ta dawka, droga podania);
- upadek w szpitalu;
- nieterminowe dostarczenie opieki;
- reoperacje, nieplanowane, powtórne hospitalizacje;
- samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala;
- inne.

W Polsce nie ma obowiązkowego systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych, jak również nie istnieje centralny rejestr takich zdarzeń. Każdy podmiot leczniczy indywidualnie decyduje, w jaki sposób postąpić w przypadku ich zajścia. Wyjątkiem mogą być np. szpitale, które otrzymały certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia, gdyż warunkiem otrzymania akredytacji jest m.in. posiadanie systemu zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, tj. ich zgłaszanie, analizowanie, monitorowanie, a także tworzenie rekomendacji dotyczących poprawy bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

2.4.2. Organizacja systemów zgłaszania zdarzeń niepożądanych w Unii Europejskiej

Rada Unii Europejskiej (UE) wydała w 2009 r. zalecenia w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, wskazując, że państwa członkowskie powinny tworzyć, utrzymywać i doskonalić wszechstronne systemy zgłaszania zdarzeń niepożądanych i wyciągać z nich wnioski w celu rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz opracowywać na tej podstawie skuteczne rozwiązania i schematy sposobów reagowania. Zaleciła również rozpowszechnianie skierowanych do pacjentów informacji na temat: ryzyka, środków bezpieczeństwa wprowadzonych w celu zapobiegania błędom i szkodom oraz zmniejszenia częstości ich występowania.²³

Państwa członkowskie mają różne podejście do regulacji systemów zgłaszania zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów (tabela 2.5). Można założyć, że kraje z obowiązkowymi systemami zgłaszania zdarzeń niepożądanych mają przepisy i wytyczne regulujące te systemy oraz ich poufność i anonimowość. Państwa członkowskie posiadające dobrowolne systemy zgłaszania zdarzeń niepożądanych niekoniecznie mają podobne regulacje, lecz wprowadzają zróżnicowane przepisy lub wytyczne w celu uregulowania takich kwestii, jak²⁴:

- poziom, na którym funkcjonuje system zgłaszania zdarzeń;
- określenie, kiedy zgłoszenie zdarzenia jest obligatoryjne, a kiedy dobrowolne, oraz kto odpowiada za zgłaszanie;
- rodzaje zdarzeń podlegających zgłoszeniu;
- kto odpowiada za podejmowanie działań w związku ze zgłoszeniami;

Tabela 2.5. Podmioty upoważnione do zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz regulacje prawne w krajach członkowskich UE

Podmiot upoważniony do zgłaszania zdarzeń niepożądanych / regulacje prawne	Kraje UE
Pracownicy ochrony zdrowia (w sposób dobrowolny)	Austria, Belgia, Cypr, Dania, Hiszpania, Łotwa, Luksemburg, Niemcy, Czechy, Słowacja, Słowenia, Węgry
Pracownicy ochrony zdrowia (w sposób obowiązkowy)	Chorwacja, Dania, Estonia, Francja, Irlandia, Norwegia, Szwecja, Włochy
Pacjenci (w sposób dobrowolny)	Belgia, Chorwacja, Dania, Francja, Niemcy, Szwecja, Zjednoczone Królestwo
W pełni uregulowany prawem system zgłaszania zdarzeń niepożądanych	Dania, Norwegia, Szwecja
Częściowo uregulowany prawem system zgłaszania zdarzeń niepożądanych	Belgia, Chorwacja, Estonia, Francja, Irlandia, Łotwa, Niemcy, Włochy, Zjednoczone Królestwo
Brak regulacji prawnych w zakresie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych	Austria, Cypr, Hiszpania, Luksemburg, Czechy, Słowacja, Słowenia, Węgry

Opracowano na podstawie: Komisja Europejska; Grupa Robocza ds. Bezpieczeństwa Pacjentów i Jakości Opieki Zdrowotnej. *Najważniejsze ustalenia i zalecenia dotyczące systemów zgłaszania zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i wyciągania wniosków z takich zdarzeń w Europie.*

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm. Opublikowano w maju 2014.

- poziomy anonimizacji i poufności w odniesieniu do identyfikacji osoby zgłaszającej oraz (innych) pracowników ochrony zdrowia;
- zagwarantowanie, że osoba zgłaszająca nie poniesie sankcji.

2.4.3. Australijski model zarządzania zdarzeniami niepożądanymi

Australia ma jeden z najlepszych systemów ochrony zdrowia na świecie, w którym priorytetami są: bezpieczeństwo pacjentów, świadczenie usług o wysokiej jakości, zarządzanie ryzykiem klinicznym oraz partnerstwo z pacjentami i społecznością na wszystkich szczeblach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Podjmując tematykę zdarzeń niepożądanych w Australii, należy zaznaczyć, że kraj ten jest państwem federalnym, podzielonym na stany: Australia Południowa, Australia Zachodnia, Nowa Południowa Walia, Queensland, Tasmania, Wiktorii. Zdarzenia niepożądane są objęte przepisami ogólnokrajowymi, ale poszczególne stany również mogą wprowadzać dodatkowe regulacje w tym zakresie.

Australijskie podejście do bezpieczeństwa i jakości w opiece zdrowotnej polega na identyfikowaniu ryzyka systemowego (czyli na każdym etapie świadczenia usług zdrowotnych), na które narażeni są pacjenci, ograniczaniu tego ryzyka i poprawianiu wyników pacjentów poprzez wdrażanie systemów zarządzania ryzykiem.

W Australii od 2007 r. szpitale mają obowiązkowy system zarządzania incydentami klinicznymi (tzn. zdarzeniami, które mogły spowodować lub spowodowały niepotrzebny uszczerbek na zdrowiu pacjenta). Ważne jest ujawnianie i omawianie incydentów klinicznych powodujących szkody dla pacjentów, ich rodzin i opiekunów. System zakłada przeprosiny wyjaśniające pacjentowi, rodzinie i opiekunom, co i dlaczego się wydarzyło, omawiające konsekwencje oraz zawierające opis podjętych kroków i środków powziętych w celu zapobiegania ponownemu wystąpieniu zdarzenia. Australia ustanowiła zasady otwartego ujawniania informacji jako wymóg regulacyjny, kierując się ogólnokrajowymi przepisami.²⁵

W Australii incydenty kliniczne związane z wyrządzaniem szkód pacjentom są klasyfikowane jako²⁶:

- *near misses* – tzw. „niby zdarzenia niepożądane” – zdarzenia, które zostały zauważone w odpowiednim czasie i nie doszło do uszczerbku na zdrowiu pacjenta;
- *adverse events* – zdarzenia niepożądane, które są możliwe do zidentyfikowania, np. upadek pacjenta lub readmisję, czyli ponowne nieplanowe przyjęcia pacjenta do szpitala. Charakteryzują się tym, że niektórym z nich można zapobiec;
- *sentinel events* – zdarzenia strażnicze (ostrzegawcze), które powodują śmierć lub poważne obrażenia pacjenta (psychiczne lub/i fizyczne).

W styczniu 2019 r. Australijska Komisja ds. Bezpieczeństwa i Jakości Opieki Zdrowotnej (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare – ACSQHC) opublikowała zaktualizowaną krajową listę 10 kategorii zdarzeń strażniczych²⁷:

- operacja lub inna procedura inwazyjna przeprowadzona na niewłaściwym miejscu powodująca poważne obrażenia lub śmierć;
- operacja lub inna procedura inwazyjna wykonana u niewłaściwego pacjenta powodująca poważne obrażenia lub śmierć;
- niewłaściwy zabieg chirurgiczny lub inny zabieg inwazyjny u pacjenta powodujący poważne obrażenia lub śmierć;
- niezamierzone pozostawienie ciała obcego u pacjenta w trakcie zabiegu chirurgicznego lub innego zabiegu inwazyjnego powodujące poważne obrażenia lub śmierć;
- hemolityczna reakcja transfuzji krwi wynikająca z niezgodności grup krwi AB0 powodująca poważne obrażenia lub śmierć;
- niespodziewane samobójstwo pacjenta leczonego na oddziale psychiatrycznym;
- błąd leku (niewłaściwy pacjent, lek, dawka, droga podania) powodujący poważne obrażenia lub śmierć;
- stosowanie przymusu bezpośredniego (farmakologicznego lub/i fizycznego) powodujące poważne obrażenia lub śmierć;
- wydanie niemowlęcia lub dziecka ze szpitala osobie nieupoważnionej;
- zastosowanie nieprawidłowo umieszczonej sondy nosowo-żołądkowej powodujące poważne obrażenia lub śmierć;
- wszystkie inne zdarzenia niepożądane związane z bezpieczeństwem pacjenta powodujące poważne obrażenia lub śmierć.

W Australii w stanie Wiktorii ochrona zdrowia zarządza również zdarzeniami strażniczymi, które nie zostały szczegółowo omówione na krajowej liście, tzn. rozumie się je jako „wszystkie inne zdarzenia niepożądane”.²⁸ Organizacją, która nadzoruje program

zdarzeń strażniczych w Wiktorii, jest Safer Care Victoria (SCV). Obejmuje ona swoim zasięgiem publiczne i prywatne placówki ochrony zdrowia.

W Australii w stanie Wiktorii sprecyzowano terminy dotyczące zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz ich monitorowania. Cykl działań po wystąpieniu zdarzenia strażniczego przedstawia ryc. 2.7.



Ryc. 2.7. Cykl działań po wystąpieniu zdarzenia strażniczego w stanie Wiktorii w Australii

Opracowano na podstawie: Safer Care Victoria. *Victorian Sentinel Event Guide: Essential Information for Health Services About Managing Sentinel Events in Victoria*. Melbourne, Australia: Safer Care Victoria, Victorian Government; 2019.

Zidentyfikowano wiele podkategorii rodzajów zdarzeń strażniczych, aby było jasne, które sytuacje należy zgłaszać. Są to np.: niewłaściwy proces lub procedura kliniczna, upadek pacjenta, pogarszający się stan pacjenta, samookaleczenie pacjenta, niewłaściwe przekazanie informacji klinicznych. Jako przykłady niewłaściwego przekazywania informacji klinicznych można wskazać sytuacje, w których²⁸:

- jakkolwiek diagnoza czy ocena nie zostały przeprowadzone, choć były wskazane, lub diagnoza czy ocena były niekompletne lub nieodpowiednie, co spowodowało poważne obrażenia lub śmierć pacjenta;
- jakkolwiek procedura, leczenie czy interwencja nie zostały wykonane, choć były wymagane, lub procedura, leczenie czy interwencja były niekompletne albo nieodpowiednie, lub dotyczyły niewłaściwej części ciała, strony lub miejsca, co spowodowało poważne obrażenia lub śmierć pacjenta;

- jakiegokolwiek testy czy badania nie zostały wykonane, choć były wymagane, lub zostały wykonane u niewłaściwego pacjenta, co doprowadziło do poważnych obrażeń lub śmierci pacjenta;
- doszło do pomylenia próbek lub wyników, np. z powodu ich nieprawidłowego oznakowania, co przyczyniło się do wystąpienia poważnego obrażenia lub śmierci pacjenta.

Na podstawie przedstawionego materiału można stwierdzić, że australijski system opieki zdrowotnej jest „wrażliwy” na szkody wyrządzane pacjentom. W 2018 r. tamtejsze ministerstwo zdrowia opublikowało dokument *ACT Health Quality Strategy 2018–2028: Person-centred, Safe and Effective Care* (Strategia jakości zdrowia 2018–2028 – skoncentrowana na osobie, bezpieczna i skuteczna opieka), który ma wspomagać dostarczanie najwyższej jakości usługi opieki zdrowotnej mieszkańcom Australijskiego Terytorium Stołecznego (Australian Capital Territory – ACT) i okolic Nowej Południowej Walii.²⁹ Strategia odzwierciedla podejście systemowe, stosowane w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki, zmniejszenia szkód wyrządzanych pacjentom oraz poprawy wyników na każdym etapie realizacji procesów opieki. Przedstawia wspólne dla personelu świadczącego usługi zdrowotne oraz pacjentów i ich rodzin rozumienie jakości i uznaje ją za priorytet organizacji. Deklaruje, że będzie wspierać system opieki zdrowotnej, co ma skutkować ciągłym zwiększaniem zaufania publicznego, doskonaleniem wyników i dalszym budowaniem reputacji organizacji jako wybranego dostawcy usług zdrowotnych.²⁹

2.5. Przyczyny występowania błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że istnieje wiele przyczyn błędów medycznych/zdarzeń niepożądanych. Do najważniejszych można zaliczyć³⁰:

- złożoność procesów leczniczych;
- istnienie utajonych błędów w systemie świadczenia usług zdrowotnych;
- dysproporcję między postępami wiedzy i technologii medycznej a możliwościami ciągłego dokształcania się kadry medycznej;
- ogólne słabości natury człowieka;
- stan zdrowia i sprawność personelu medycznego;
- błędy poznawcze wynikające ze specyfiki funkcjonowania ludzkiego mózgu i narządów zmysłów.

Duży wkład w dziedzinę psychologii poznawczej w kontekście badania błędów wniósł James T. Reason. Problem ludzkiego błędu rozpatrywał na 2 sposoby: wg podejścia osobowego (obwinianie pojedynczych osób) i systemowego (dlaczego zawiódł system?). Twierdził, że każde podejście ma swój model przyczynowości błędów, a każdy model rodzi całkiem odmienne strategie wykrywania błędów i zarządzania nimi.^{31,32}

Reason wnioskował, że błąd jest produktem ubocznym naszych normalnych procesów umysłowych.^{31,32} Twierdził, że przechowujemy doświadczenia w mózgu, aby móc z nich skorzystać później. Są to tzw. schematy, aktywowane przez świadome myślenie

Tabela 2.6. Klasyfikacja błędów ludzkiego rozumu wg Reasona

Błąd oparty na „rutynie” umiejętności	Błąd oparty na „rutynie” zachowania reguł	Błąd oparty na „rutynie” braku wiedzy
Zachowanie personelu jest podświadome, a osoby (np. lekarz, pielęgniarka) wykonują usługi medyczne niepoprawnie (są one obciążone błędem), w sposób rutynowy. Przykładem może być stosowanie jednej metody wkłucia dożylnego bez względu na wiek pacjenta oraz jego fizjologię i typ schorzenia. Przyczynami takiego zachowania mogą być zmęczenie, stres czy nuda.	Zawodzi mechanizm rozpoznawania błędów oraz stosowania odpowiednich i skutecznych działań w tym zakresie. Personel stosuje „zwyczajowe” zasady postępowania, nie uwzględniając aktualnych standardów.	Występuje w przypadku nieprawidłowych lub niekompletnych informacji, wiedzy, np. w zakresie wprowadzania nowoczesnych technologii medycznych u personelu medycznego powyżej 60. r.ż. Pracownik nie przyznaje się, że nie potrafi obsługiwać sprzętu, podczas gdy i tak go obsługuje.

Opracowano na podstawie: Mallory S, Weller J, Bloch M, Maze M. The individual, the system, and medical error. *Br J Anaesth.* 2003;3(6):179–182. doi10.1093/bjacepd/mkg179

lub podświadomość – wywoływane automatycznie, umożliwiające dalsze podświadome przetwarzanie. Ten mechanizm wyjaśnia, w jaki sposób możemy działać na zasadzie „autopilota”. Świadoma myśl jest natomiast procesem znacznie wolniejszym. Jest dokładniejsza niż myśl podświadoma, ale nie jest długotrwała i pogarsza się pod wpływem np. stresu. Reason dokonał klasyfikacji błędów ludzkiego rozumu (tabela 2.6).

Reason opracował i opublikował tzw. model „sera szwajcarskiego” (ang. *Swiss cheese model*), który pokazuje zdarzenia niepożądane w kategoriach złożonej liniowej przyczynowości, tzn. przypisuje je kombinacjom aktywnych uchybień (działania niebezpieczne personelu) i sytuacji utajonych (zagrożenia ze strony organizacyjnej), które mogą prowadzić do kumulacji przyczyn zdarzeń niepożądanych. Sytuacje utajone mają źródło w procesach organizacyjnych i decyzjach zarządczych. Błędy są powodowane m.in. przez czynniki środowiskowe, zespołowe, indywidualne lub zadania, które wpływają na bezpieczeństwo lub jego brak.^{31,32}

Reason podkreślił również, że personel medyczny pracuje w specyficznym środowisku, które charakteryzuje się wieloma mechanizmami zabezpieczającymi i zapobiegającymi błędom. Żaden z tych mechanizmów nie jest jednak na tyle idealny, aby skutecznie zapobiegać występowaniu błędów.³³

Inną przyczyną występowania błędów medycznych jest np. działanie zespołów interdyscyplinarnych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni) pod silną presją czasu. „Złożoność, nieprzewidywalność, niepewność efektów decyzji, jak też świadomość (lub jej brak) podmiotowych (ograniczenie wiedzy, logiczne oraz psychospołeczne błędy implementacji) oraz organizacyjnych (brak zasobów) ograniczeń decyzyjnych sprawia, że procesy podejmowania decyzji przebiegają w tzw. sytuacjach (warunkach) trudnych”. Jest to źródłem stresu oraz przyczyną popełniania błędów, np. decyzyjnych.³⁴

Złożoność procedur składających się np. na przygotowanie pacjenta do zabiegu chirurgicznego oraz jego wykonanie jest sekwencją działań narażonych na wystąpienie zdarzeń niepożądanych (słowna identyfikacja pacjenta zamiast na podstawie dokumentacji medycznej, kiedy pacjent jest po lekach sedujących i może błędnie potwierdzić pytanie o tożsamość; złe oznaczenie strony operowanej lub miejsca operowanego; użycie niewłaściwego markera lub naklejki, co skutkuje ich usunięciem podczas mycia pola operacyjnego). Pośpiech i brak całkowitej koncentracji zespołu operującego również stwarza warunki do popełnienia błędów.³⁵

2.6. Znaczenie systemu zarządzania ryzykiem w minimalizowaniu zdarzeń niepożądanych

Ryzyko jest nieodłącznym elementem opieki zdrowotnej i chociaż nie można go w pełni wyeliminować, to wiele działań i interwencji może ograniczyć błędy medyczne. Najwięcej definicji ryzyka (tabela 2.7) można znaleźć w międzynarodowych normach opracowanych przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (International Standardization Organization – ISO).

Ryzyko ponoszone przez podmiot leczniczy można podzielić na pewne typowe obszary ze względu na rodzaj zagrożeń oraz rodzaj działań podejmowanych w celu ich minimalizacji, np.:

- ryzyko finansowe – to niepewność co do kontraktowania z publicznym płatnikiem;
- ryzyko prawne – dotyczy zmian regulacji prawnych, roszczeń pacjentów i ich rodzin za błędy medyczne;
- ryzyko operacyjne – obejmuje wszystkie szczegółowe rodzaje ryzyka, które bezpośrednio wpływają na zdolność prowadzenia działalności w obszarach strategicznych, czyli zdolność do zachowania ciągłości działania.

Tabela 2.7. Definicje ryzyka

Definicja ryzyka	Źródło definicji
Ryzyko to wpływ niepewności na cele. Cele mogą dotyczyć różnych aspektów (np. finansowych, zdrowia i bezpieczeństwa, środowiskowych) oraz być stosowane na różnych szczeblach (strategicznym, dotyczącym całej organizacji bądź też poszczególnych procesów). ³⁶	PN-EN ISO 31000:2012 – Zarządzanie ryzykiem – Zasady i wytyczne ³⁶
Ryzyko to kombinacja prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia i jego konsekwencja. Zarządzanie ryzykiem klinicznym jest kluczowym elementem w systemie zarządzania jakością. ³⁷	PN-EN ISO 15224:2013 – Usługi ochrony zdrowia – Systemy zarządzania jakością ³⁷
Ryzyko jest skutkiem niepewności co do oczekiwanego rezultatu. Niepewność może być stanem np. braku informacji, zrozumienia lub wiedzy o zdarzeniu, jego konsekwencjach lub prawdopodobieństwie. ³⁸	PN-EN ISO 9001:2015 – Systemy zarządzania jakością – Wymagania ³⁸

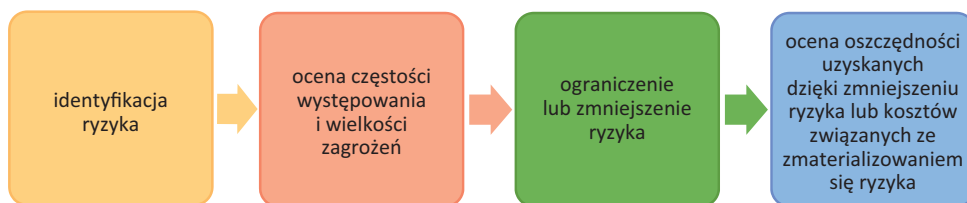
Opracowanie własne.

W zarządzaniu ryzykiem operacyjnym bardzo istotne są proces i przyczynowość, gdyż każde zakłócenie w organizacji ma swoje przyczyny oraz skutki. Ważna w ocenie skutków zakłóceń procesu jest zasada domina: jedna anomalia powoduje wystąpienie kolejnych, jedna szkoda pociąga za sobą następne.³⁹

Jedną z metod budowania systemu bezpieczeństwa w realizacji procesów medycznych jest ocena ryzyka, jego analiza i zarządzanie nim, co w podmiotach leczniczych powinno prowadzić do prewencji zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych. Zarządzanie ryzykiem obejmuje zarówno aktywną, jak i bierną analizę ryzyka, np. poprzez ocenę zdarzeń niepożądanych i niebezpiecznych sytuacji, ale również wszystkich aspektów organizacji.

Ze względu na liczbę i złożoność czynności diagnostyczno-terapeutycznych wykonywanych w systemie opieki zdrowotnej istotne jest zarządzanie ryzykiem klinicznym. Dotyczy ono w szczególności poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych poprzez identyfikację sytuacji i okoliczności, które są zagrożeniami dla pacjenta, oraz działania mające na celu zapobieganie tym zagrożeniom lub ich kontrolę.

Czteroetapową procedurę zarządzania ryzykiem klinicznym przedstawia ryc. 2.8.



Ryc. 2.8. Czteroetapowa procedura zarządzania ryzykiem klinicznym

Opracowano na podstawie: Opolski K, Waśniewski K. *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*. Warszawa, Polska: CeDeWu; 2011:34–41.

Zdarzenia niepożądane stwarzają ryzyko zarówno dla pacjentów, jak i całej organizacji (np. szpitala). Jeżeli ryzyko się zmaterializuje, to niesie za sobą określone skutki. Na przykład ciało obce pozostawione w polu operacyjnym dla pacjenta będzie skutkowało reoperacją, bólem i cierpieniem fizycznym, a nawet zgonem, a dla szpitala skutkiem będą koszty: dodatkowych badań lub/i dodatkowej interwencji chirurgicznej, przedłużonej hospitalizacji, odszkodowawcze oraz utrata reputacji.

2.7. Wpływ kosztów zdarzeń niepożądanych na systemy opieki zdrowotnej

W 2018 r. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) opublikowała raport pt. *The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-based Approach to Reducing Patient Harm at National Level* (Ekonomia bezpieczeństwa pacjentów – wzmocnienie podejścia opartego na wartościach w celu ograniczenia szkód dla pacjentów na poziomie krajowym).⁴⁰

W cytowanym raporcie podkreślono, że szkody wyrządzane pacjentom podczas udzielania świadczeń zdrowotnych – oprócz obciążenia chorobowością, umieralnością, niepełnosprawnością – powodują również wysokie koszty finansowe dla każdego systemu opieki zdrowotnej. Stopień ciężkości zdarzenia niepożądanego ma bezpośredni wpływ na wysokość kosztów ponoszonych przez poszczególne placówki opieki zdrowotnej. Składają się na to wydatki związane m.in. z dodatkowymi badaniami diagnostycznymi, konsultacjami lekarskimi, leczeniem, dłuższym pobytem w szpitalu, postępowaniem sądowym oraz odszkodowaniami.⁴⁰

Autorzy raportu dokonali m.in. analizy kosztów zdarzeń niepożądanych w wybranych krajach oraz ich wpływu na zasoby opieki zdrowotnej (tabela 2.8). Obciążenie finansowe wszystkich kategorii zdarzeń niepożądanych występujących w szpitalach ważyło się w granicach 0,2–16,5% wydatków szpitali publicznych.⁴⁰

Z kolei Katharina D. Hauck et al. w 2017 r. oszacowali obciążenie chorobami wywierane przez 6 rodzajów zdarzeń niepożądanych w angielskich szpitalach (posocznica, odleżyny, złamania bioder w wyniku upadków, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, infekcje odcewnikowe, zgony). W badaniu wykorzystano przekrojową analizę dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w 273 angielskich szpitalach w latach 2005–2010.⁴¹

W analizie wykorzystano zalecany przez UE wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności – „lata przeżyte w zdrowiu” (ang. *healthy life years* – HLY). Analiza wykazała, że utracono w sumie 68 HLY i 934 dni dodatkowych hospitalizacji z powodu 6 możliwych do uniknięcia rodzajów incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjentów na 100 tys. osób rocznie, średnio przez 5 lat. Autorzy badań założyli, że 1 HLY jest wyceniony na ok. 12,9 tys. funtów angielskich, co pokazuje, że całkowita utrata zdrowia spowodowana

Tabela 2.8. Koszty zdarzeń niepożądanych w szpitalach

Miejsce, zakres czasowy	Kwota	Udział w wydatkach szpitali publicznych [%]
Irlandia (2009)	194 mln euro	4
Kanada (2009–2010)	1 071 983 610 dolarów kanadyjskich	4,2
Australia, bez Wiktorii (2013)	634–896 mln dolarów australijskich	12–16,5
Wiktoria, Australia (2009)	460 mln dolarów australijskich	15,7
Europa (2016)	2,8–84,6 bln euro	0,2–6
Holandia (2009)	355 mln euro	1,8
Stany Zjednoczone (2014)	opieka długoterminowa – 2% wszystkich wydatków MediCare jest związanych z leczeniem zdarzeń niepożądanych	2

Opracowano na podstawie: Auraen A, Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Papers*. 2018;96. doi:10.1787/5a9858cd-en

wymienionymi incydentami bezpieczeństwa, którym można było zapobiec, wyniosła rocznie ok. 2,1 mln funtów w typowym angielskim szpitalu (877 tys. funtów lub 1,3 mln dolarów na 100 tys. mieszkańców).

Każdego roku ok. 36 tys. HLY było traconych z powodu tych 6 rodzajów zdarzeń niepożądanych w Anglii, czyli 68 HLY na 100 tys. osób. Można to porównać z rocznym obciążeniem takimi chorobami, jak AIDS, gruźlica i rak szyjki macicy.⁴¹

2.8. Podsumowanie

Podmioty lecznicze w Polsce powinny uczyć się działać podobnie jak organizacje o wysokiej niezawodności (ang. *high-reliability organizations* – HRO), które zachowują bezpieczeństwo klientów i personelu, np. przemysł lotniczy. W HRO występuje zjawisko „zbiorowej uważności” – wszyscy pracownicy są czujni wobec drobnych problemów oraz niebezpiecznych warunków oraz zgłaszają je, zanim staną się poważnym zagrożeniem dla organizacji, wtedy, kiedy można jeszcze je łatwo naprawić.

Kluczowymi zasadami stosowanymi w HRO w celu osiągnięcia i utrzymania wzorcowego poziomu bezpieczeństwa są: nieudany system organizacyjny, tzn. dobrze rozwinięta uważność u pracowników na wszystkich szczeblach organizacji, sprawiedliwa kultura organizacji (ludzie na niższych poziomach w hierarchii nie boją się zgłaszać zagrożeń i błędów), a także uczenie się na błędach i wdrażanie rozwiązań problemów poprzez szybkie informacje zwrotne, które są na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o elastyczność działania.

Opieka zdrowotna w Polsce powinna dążyć do ciągłej poprawy bezpieczeństwa i jakości oraz świadczenia opieki zdrowotnej opartej na wartościach. Oparta na wartościach opieka zdrowotna polega na osiągnięciu najlepszej możliwej opieki dla każdego pacjenta przy jednoczesnym efektywnym wykorzystywaniu zasobów.

Rosnąca złożoność opieki zdrowotnej oznacza również większe ryzyko szkód, wymagające większej czujności, koncentracji i wzmoczonych inwestycji. Nauczanie na kierunkach medycznych powiązanych z bezpieczeństwem pacjentów musi ułatwiać studentom zrozumienie przyczyn zdarzeń niepożądanych i pomagać im w rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z błędami podczas świadczenia opieki zdrowotnej. Absolwenci kierunków medycznych powinni wiedzieć, jak zapobiegać błędom i ograniczać ich występowanie, a także co robić, gdy popełniają błędy, są świadkami błędu lub gdy dowiadują się, że ktoś popełnił błąd.

Pożądane byłoby opracowanie i wdrożenie programów podwójnego dyplomu, w którym istniałaby możliwość np. zdobycia stopnia magistra pielęgniarstwa i magistra czynników ludzkich i ergonomii (ang. *human factors and ergonomics* – HFE), co przyczyniłoby się do pozyskania większej grupy wykwalifikowanych praktyków bezpieczeństwa pacjentów.

2.9. Dobre praktyki

Naukowcy i eksperci ds. bezpieczeństwa pacjentów z wielu krajów zalecają stosowanie zasad, teorii, narzędzi i metod HFE w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Wykorzystanie HFE w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów obejmuje 3 dziedziny specjalizacji⁴²:

- ergonomia fizyczna – identyfikuje cechy fizyczne i ograniczenia ludzi, projektuje środowiska pracy z uwzględnieniem cech fizycznych, w tym wyroby medyczne, obiekty opieki zdrowotnej i pomieszczenia dla pacjentów, które uwzględniają wytrzymałość fizyczną, a także ograniczenia ludzi;
- ergonomia poznawcza – dotyczy procesów umysłowych (percepcja, pamięć, rozumowanie), w tym projektowania użytecznych interfejsów dla technologii informacyjnych dotyczących zdrowia i programów szkoleniowych;
- ergonomia organizacyjna – dotyczy systemów socjotechnicznych i projektowania całego systemu pracy, w tym czasu pracy, pracy w ochronie zdrowia i organizacji, które uwzględniają dopasowanie interakcji między różnymi elementami w systemie, np. zmiany demograficzne, nowoczesne technologie medyczne.

Uzasadnieniem takiego podejścia jest fakt, że główny personel medyczny (lekarze, pielęgniarki) często ma ograniczony czas, zaś współpraca ze specjalistami HFE może znacznie przyspieszyć naukę i poprawić bezpieczeństwo pacjentów. Specjalista HFE może zarówno prospektywnie, jak i retrospektywnie ocenić czynniki strukturalne oraz związane z procesami, które przyczyniają się do niebezpiecznej opieki, a pracownicy ochrony zdrowia rozumieją te czynniki w ograniczonym stopniu.

W Wielkiej Brytanii działa Chartered Institute of Ergonomics and Human Factors (CIEHF). Instytut jest profesjonalną organizacją kształcącą i skupiającą grono elitarnych ergonomistów i specjalistów od czynników ludzkich na światowym poziomie. Organizacja akredytuje kursy edukacyjne i szkoleniowe oraz świadczy wysokiej jakości usługi ergonomiczne dla wielu branż, nie tylko dla ochrony zdrowia.

W 2018 r. instytut opublikował *White Paper on Human Factors for Health & Social Care*. Dokument przedstawia wizję integracji wpływu czynników ludzkich w opiece zdrowotnej i opiece społecznej oraz przybliża to, jak wiedza specjalistyczna na temat czynników ludzkich może pomóc i przynieść korzyści pacjentom, personelowi i organizacjom opieki zdrowotnej.⁴³

Kluczowe pojęcia

błąd medyczny – postępowanie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, które narusza wypracowane na gruncie nauki i praktyki medycznej, obowiązujące w konkretnym stanie faktycznym reguły postępowania zawodowego.¹⁹

Model Inżynierii Systemów dla Bezpieczeństwa Pacjentów (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) – nowa metoda modelowania procesów socjotechnicznych, która ma zastosowanie w opisie i ocenie procesów w systemie opieki zdrowotnej.¹²

proces – zestaw wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziałujących sekwencji, które przekształcają wejścia w wyjścia.³⁸

Kluczowe pojęcia – cd.

ryzyko – wpływ niepewności na cele. Cele mogą dotyczyć różnych aspektów (takich jak finansowe, zdrowia i bezpieczeństwa, środowiskowe) oraz mogą być stosowane na różnych szczeblach (strategicznym, dotyczącym całej organizacji bądź też szczegółowych).³⁶

zdarzenie niepożądane – szkoda wywołana w trakcie lub w rezultacie leczenia, niezwiązana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzykiem jej wystąpienia.²²

Pytania sprawdzające

1. Jak można scharakteryzować proces?
2. Na czym polegają struktura, proces i wynik?
3. Na czym polega mapowanie ścieżki klinicznej?
4. Czym charakteryzuje się Model Inżynierii Systemów dla Bezpieczeństwa Pacjentów (Systems Engineering Initiative for Patient Safety)?
5. Jakie dziedziny specjalizacji obejmują metody czynników ludzkich i ergonomii (ang. *human factors and ergonomics* – HFE) w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów?
6. Jakie inne szkody wyrządzane są pacjentom podczas udzielania świadczeń zdrowotnych – oprócz obciążenia chorobowością, umieralnością, niepełnosprawnością?
7. Jak można zdefiniować ryzyko?
8. Na czym polega różnica pomiędzy błędem medycznym a zdarzeniem niepożądanym?
9. Jaka jest różnica w zarządzaniu zdarzeniami niepożądanymi w Polsce i krajach UE?
10. Czy podmioty lecznicze w Polsce można nazwać organizacjami o wysokiej niezawodności (ang. *high-reliability organizations* – HRO)?

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Patient Safety: Making Health Care Safer*. Genewa, Szwajcaria: World Health Organization; 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>.
2. PN-EN ISO 9000:2015 Systemy zarządzania jakością – Podstawy i terminologia.
3. Urbaniak M. *Zarządzanie jakością – teoria i praktyka*. Warszawa, Polska: Difin; 2004:96–98.

4. Zymonik Z, Hamrol A, Grudowski P. *Zarządzanie jakością i bezpieczeństwem*. Warszawa, Polska: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2013:35–36.
5. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Chicago, USA: Health Administration Press; 1980.
6. El Haj HI, Lamrini M, Rais N. Quality of care between Donabedian model and ISO 9001V2008. *Int J Qual Res*. 2013;7(1):17–30. <http://ijqr.net/paper.php?id=24>. Dostęp 27.05.2020.
7. World Health Organization. *Human Factors: Technical Series on Safer Primary Care*. Genewa, Szwajcaria: World Health Organization; 2016.
8. Rudawska I. *Zintegrowana opieka zdrowotna – podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*. Warszawa, Polska: Wolter Kluwer Polska; 2014:128–129.
9. Carayon P, Kenneth E. Wood. Patient safety: The role of human factors and systems engineering. *Stud Health Technol Inform*. 2010;153:23–46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057365/>. Dostęp 4.06.2020.
10. Dobrowolska A. *Podejście procesowe w organizacjach zarządzanych przez jakość*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Poltext; 2017:182–196.
11. Kodi Aathi MK. The quality patient care with process mapping. *Asian J Management*. 2014;5(1): 79–83. <http://ajmjournal.com/AbstractView.aspx?PID=2014-5-1-16>. Dostęp 10.06.2020.
12. Wooldridge AR, Carayon P, Schoofs Hundt A, Hoonakker P. SEIPS-based process modeling in primary care. *Appl Ergon*. 2017;60:240–254. doi:10.1016/j.apergo.2016.11.010
13. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh B, et al. Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(supl 1):i50–i58. doi:10.1136/qshc.2005.015842
14. Carayon P, Wetterneck TB, Rivera-Rodriguez AJ, et al. Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Appl Ergon*. 2014;45(1):14–25. doi:10.1016/j.apergo.2013.04.023
15. Holden RJ, Carayon P, Gurses AP, et al. SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. *Ergonomics*. 2013;56(11):1669–1686. doi:10.1080/00140139.2013.838643
16. Smith AE, Plunkett E. People, systems and safety: Resilience and excellence in healthcare practice. *Anaesthesia*. 2019;74(4):508–517. doi:10.1111/anae.14519
17. Korytkowska D. Pojęcie błędu medycznego, zdarzenia niepożądanego i choroby jatrogennej – rozważania terminologiczne. *Acta UL Fol Oecon*. 2013;296:55–69. <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/10584>. Dostęp 20.07.2020.
18. Liszewska A. *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Kraków, Polska: Zakamycze; 1998:28.
19. Zajdel J, red. *Meritum – prawo medyczne*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer; 2016:388–390.
20. Ziółkowska J. Definiowanie i klasyfikowanie błędu medycznego. *Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie*. 2017;2(56):296–307.
21. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu I. Second victims in health care: Current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:593–603.
22. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. *Zestaw standardów akredytacyjnych*. Kraków, Polska: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; 2009. <http://www.wsparcie-akredytacji.cmj.org.pl>. Dostęp 10.02.2020.
23. Zalecenia Rady UE z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. DzUrz UE C 151/01 z 3.07.2009.
24. Komisja Europejska; Grupa Robocza ds. Bezpieczeństwa Pacjentów i Jakości Opieki Zdrowotnej. Najważniejsze ustalenia i zalecenia dotyczące systemów zgłaszania zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i wyciągania wniosków z takich zdarzeń w Europie. http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm. Opublikowano w maju 2014.
25. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *The State of Patient Safety and Quality in Australian Hospitals*. Sydney, Australia: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2019. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/state-patient-safety-and-quality-australian-hospitals-2019>. Dostęp 10.06.2020.

26. Department of Health, Western Australia. *Clinical Incident Management Policy*. Perth, Australia: Patient Safety Surveillance Unit; 2015. <https://healthywa.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/Policy%20Frameworks/Clinical%20Governance%20Safety%20and%20Quality/Policy/Clinical%20Incident%20Management%20Policy%202019/Supporting/Clinical-Incident-Management-Policy.pdf>. Dostęp 20.07.2020.
27. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. The NSQHS Standards. [safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards](https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards). Dostęp 20.07.2020.
28. Safer Care Victoria. *Victorian Sentinel Event Guide: Essential Information for Health Services About Managing Sentinel Events in Victoria*. Melbourne, Australia: Safer Care Victoria, Victorian Government; 2019. https://www.bettersafecare.vic.gov.au/sites/default/files/2019-06/Victorian%20sentinel%20events%20guide_0.pdf. Dostęp 2.06.2020.
29. ACT Government. Health Quality Strategy 2018–2028: Person-centred, Safe and Effective Care. <https://www.health.act.gov.au/sites/default/files/2018-10/Quality%20Strategy%20Booklet.pdf>. Dostęp 2.06.2020.
30. Cranovsky SR, Krajewski R. Przyczyny zdarzeń niepożądanych i ogólne zasady postępowania lekarza w razie ich wystąpienia. *Medycyna Praktyczna*. <https://www.mp.pl/artykuly/58522,przyczyny-zdarzen-niepozadanych-i-ogolne-zasady-postepowania-lekarza-w-razie-ich-wystapienia>. Dostęp 20.07.2020.
31. Mallory S, Weller J, Bloch M, Maze M. The individual, the system, and medical error. *Br J Anaesth*. 2003;3(6):179–182. doi:10.1093/bjacepd/mkg179
32. Reason JT. *Managing the Risk of Organizational Accidents*. Aldershot, Wielka Brytania; Brookfield, USA: Ashgate; 1997.
33. Sanghera IS, Franklin BD, Dhillon S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK Intensive care unit. *Anaesthesia*. 2007;62(1): 53–61. doi:10.1111/j.1365-2044.2006.04858.x
34. Bober B. *Metody analizy i oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych*. Poznań, Polska: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej; 2013:32–33.
35. Mikos M. *Bezpieczeństwo pacjenta*. Kraków, Polska: ZiZ Centrum Edukacji; 2017:150–151.
36. PN-EN ISO 31000:2012 Zarządzanie ryzykiem – Zasady i wytyczne.
37. PN-EN ISO 15224:2013 Usługi ochrony zdrowia – Systemy zarządzania jakością.
38. PN-EN ISO 9001:2015 Systemy zarządzania jakością – Wymagania.
39. Opolski K, Waśniewski K. *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*. Warszawa, Polska: CeDeWu; 2011:34–41.
40. Auraen A, Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Papers*. 2018;96. doi:10.1787/5a9858cd-en
41. Hauck KD, Wang S, Vincent C, Smith PC. Healthy life-years lost and excess bed-days due to 6 patient safety incidents: Empirical evidence from English hospitals. *Med Care*. 2017;55(2):125–130. doi:10.1097/MLR.0000000000000631
42. Mao X, Pengli J, Zhang L, Pujing Z, Chen Y, Zhang M. An evaluation of the effects of human factors and ergonomics on health care and patient safety practices: A systematic review. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129948. doi:10.1371/journal.pone.0129948
43. Chartered Institute of Ergonomics and Human Factors. <https://www.ergonomics.org.uk>. Dostęp 10.06.2020.

3. Znaczenie prawidłowości procesu farmakoterapii szpitalnej i pozaszpitalnej dla bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego

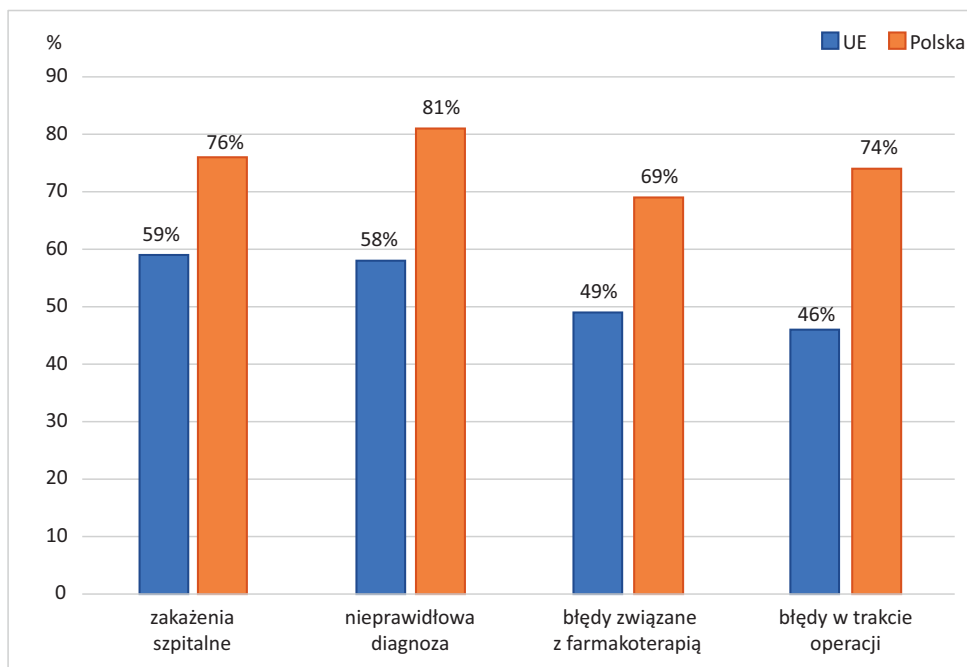
Olga Fedorowicz, Ewa Jaźwińska-Tarnawska

3.1. Wprowadzenie do problematyki

Leczenie pacjenta jest złożonym procesem, na który składa się wiele elementów, m.in.: diagnostyka, postawienie rozpoznania, farmakoterapia, odpowiednie żywienie i edukacja pacjenta, rehabilitacja, monitorowanie niepożądanych działań produktów leczniczych. Jednym z najistotniejszych elementów opieki nad chorym jest farmakoterapia, czyli stosowanie leków w celu zwalczania choroby lub jej objawów. Prawidłowy przebieg leczenia farmakologicznego wpływa na powrót pacjenta do zdrowia, złagodzenie dolegliwości i poprawę jego stanu oraz jakości życia. Podczas farmakoterapii może dojść jednak do wielu zdarzeń niepożądanych prowadzących do zagrożenia życia pacjenta,^{1,2} a nawet jego zgonu.³ Przyczyną takiego zdarzenia może być błąd związany z lekami (ang. *medication error*).⁴

Z roku na rok zwiększa się liczba raportów o błędach lekowych i związanych z nimi: powikłaniach, wydłużeniem hospitalizacji, zwiększeniem jej kosztów oraz spadkiem zaufania publicznego do systemu ochrony zdrowia.⁵ Sprawilo to, że osoby odpowiedzialne za opiekę zdrowotną zainteresowały się problemem właściwego i bezpiecznego stosowania leków. Znalazło to odzwierciedlenie w 2 ważnych raportach, które pojawiły się na przełomie XX i XXI w., tj. publikacji *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Błądzić jest rzeczą ludzką – budowanie bezpieczniejszego systemu zdrowotnego) wydanej w 1999 r. przez Institute of Medicine w Stanach Zjednoczonych⁶ oraz dokumencie *An Organization with a Memory* opracowanym przez naczelnego lekarza Wielkiej Brytanii w 2000 r.⁷ W obu raportach przyznano, że błędy lekowe są nieodłącznym zjawiskiem farmakoterapii i występują co najmniej u 10% hospitalizowanych.³

W przeprowadzonym przez Eurobarometr (międzynarodowy projekt regularnego badania opinii publicznej realizowany na zlecenie Komisji Europejskiej) w 2010 r. sondażu *Bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki zdrowotnej (Patient Safety and Quality of Healthcare)* badano, jakie zdarzenia niepożądane mogą wystąpić w procesie leczenia zdaniem pacjentów.⁸ Aż 49% mieszkańców Unii Europejskiej (UE) uznało za prawdopodobne, że są to błędy związane z farmakoterapią. W Polsce odsetek podobnych odpowiedzi wyniósł aż 69%.⁸ Na ryc. 3.1 pokazano procent twierdzących odpowiedzi na pytanie o ryzyko pojawienia się poszczególnych błędów podczas leczenia pacjentów.



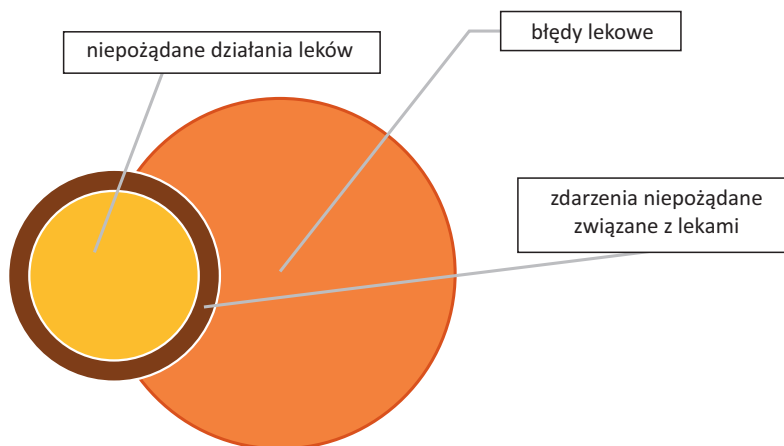
Ryc. 3.1. Odsetek odpowiedzi potwierdzających możliwość wystąpienia poszczególnych zdarzeń niepożądanych związanych z procesem leczenia pacjenta wśród ankietowanych w UE i Polsce

Opracowano na podstawie: Directorate-General for Health and Consumers, Directorate-General for Communication. *Patient Safety and Quality of Healthcare: Full Report*. Bruksela, Belgia: TNS Opinion & Social; 2010.

3.2. Zdarzenie niepożądane związane ze stosowaniem leku a niepożądane działanie leku

Z błędem lekowym są związane 2 inne pojęcia: zdarzenia niepożądanego związane ze stosowaniem leku oraz niepożądane działanie leku. Zgodnie z definicją z ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2020 r., poz. 944, t.j.) zdarzeniem niepożętym związanym ze stosowaniem leku (ang. *adverse drug event* – ADE) jest każde zdarzenie natury medycznej wywołujące negatywne skutki u pacjenta lub uczestnika badania klinicznego, któremu podano produkt leczniczy lub badany produkt leczniczy, chociażby nie miało to związku przyczynowego ze stosowaniem tego produktu.⁹ Działaniem niepożętym produktu leczniczego (ang. *adverse drug reaction* – ADR) jest zaś każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego.⁹ Pojęcie to obejmuje więc wiele sytuacji, m.in.: stosowanie leku zgodnie ze wskazaniami i w zalecanej dawce, stosowanie leku we wskazaniach innych od tych, które są zawarte w ulotce przyłkowej, czyli informacji dla pacjenta, nadużywanie leku, stosowanie leku

w celach pozamedycznych, przedawkowanie leku – świadome lub nieświadome oraz popełnienie błędu w stosowaniu leku. Schemat wzajemnej zależności między błędami lekowymi a ADE oraz ADR pokazuje ryc. 3.2.¹⁰



Ryc. 3.2. Schemat relacji pomiędzy niepożądanymi działaniami leków, zdarzeniami niepożądanymi związanymi z lekami oraz błędami lekowymi

Opracowano na podstawie: Nebeker JR, Barach P, Samore MH. Clarifying adverse drug events: A clinician's guide to terminology, documentation, and reporting. *Ann Intern Med.* 2004;140(10):795–780. doi:10.7326/0003-4819-140-10-200405180-00009

ADR należą do 10 najczęstszych przyczyn zgonów.¹¹ Istnieje kilka czynników, które zwiększają ryzyko ich wystąpienia. Wśród nich należałoby wymienić te, które są bezpośrednio związane z pacjentem, jak wiek, płeć, odmienność genetyczna, choroby przewlekłe, ale również samoleczenie pacjentów wspierane wszechobecnymi reklamami leków bez recepty, wyrobów medycznych i suplementów diety, nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich czy też stosowanie leków niezgodnie ze wskazaniami. Bardzo istotne są również czynniki związane z obecnym systemem ochrony zdrowia, jak nieracjonalna polifarmakoterapia, brak skoordynowanej opieki medycznej, gwarantującej prawidłowy obieg informacji o leczeniu pacjenta, ale również niedostępność wielu leków, zanieczyszczenia leków, sfałszowane leki.¹⁰ Niektóre niepożądane działania produktów leczniczych, zwane ciężkimi (ang. *serious adverse reactions* – SARs), mogą być przyczyną zgonu pacjenta, stanu zagrożenia życia, konieczności hospitalizacji lub jej przedłużenia, spowodować trwałe lub znaczne uszczerbek na zdrowiu. Osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek zgłosić je w terminie 15 dni od dnia otrzymania informacji o ich wystąpieniu. Niezwykle istotne, szczególnie przy stosowaniu nowych leków, jest monitorowanie i zgłaszanie ADR, które do tej pory nie zostały zaobserwowane, a tym samym nie są wymienione w charakterystyce produktu leczniczego. Nazywa się je, w zależności od nasilenia reakcji organizmu, niespodziewanymi (ang. *unexpected adverse reactions* – UARs) lub niespodziewanymi ciężkimi niepożądanymi działaniami produktu

lecniczego (ang. *unexpected serious adverse reactions* – USARs). Mogą mieć istotne znaczenie dla bezpieczeństwa farmakoterapii.⁸

Zdarzenia niepożądane występują na każdym etapie opieki zdrowotnej, zarówno w opiece podstawowej, szpitalnej, jak i długoterminowej. Spowodowane są m.in. niewłaściwą komunikacją (zarówno wśród personelu medycznego, jak i między personelem medycznym, pacjentem i jego rodziną), brakiem informacji, nieodpowiednią organizacją pracy, niewystarczającymi umiejętnościami pracowników ochrony zdrowia. Ten ostatni element może w najbliższym czasie zyskać na znaczeniu ze względu na braki kadrowe w ochronie zdrowia, wysoki stopień zmęczenia personelu oraz zbyt duże obciążenie pracą. Ograniczona dostępność wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia jest poważnym problemem szpitali i systemu opieki zdrowotnej. Na tworzącą się lukę pokoleniową wśród personelu medycznego zwróciła uwagę również Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Według raportu NIK w niektórych specjalnościach przepaść ta jest tak duża, że istnieje coraz bardziej realne ryzyko braku ciągłości udzielania świadczeń.¹² Może to mieć również bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo prowadzonej w placówkach ochrony zdrowia terapii.

3.3. Przyczyny błędów w farmakoterapii pacjenta

Najlepszym sposobem na zrozumienie przyczyn błędów lekowych i poznanie metod zapobiegania im jest analiza ich klasyfikacji (patrz podrozdział 3.4). Jeden z podziałów uwzględnia etapy farmakoterapii, na którym błędy występują.¹³ W procesie leczenia możemy wyróżnić 5 etapów związanych z lekiem: zlecenie (wypisanie) leku pacjentowi, wydanie leku, przygotowanie leku do podania, podanie leku właściwą drogą i właściwą metodą, obserwacja (monitoring) efektów działania leku u pacjenta.¹⁴ Największe ryzyko błędu związanego z lekiem występuje na etapie przygotowania i podania leku choremu, zwłaszcza podczas jego hospitalizacji.¹⁵ Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że proces przygotowywania leków przez pielęgniarki jest przerywany średnio 7 razy przez rozmaite czynniki.¹⁶ Na ryzyko błędu lekowego na tym etapie mogą wpłynąć również podobne opakowania leków, złe odczytanie zlecenia odręcznego (podobna nazwa leku), błędna interpretacja jednostki dawkowania, błędy matematyczne przy przeliczaniu dawek itp.¹⁷ Aby zmniejszyć ryzyko występowania tego typu błędów, farmaceuci szpitalni i kliniczni tworzą listy leków, których nazwy są podobne w piśmie lub brzmieniu (ang. *look-alike, sound-alike* – LASA; tabela 3.1) albo mają podobne opakowania (ryc. 3.3). Następnie zapoznają z tymi listami personel medyczny szpitala.¹⁸

Farmaceuci szpitalni powinni identyfikować również tzw. leki wysokiego ryzyka (ang. *high-risk drugs*). Są to leki, których nieprawidłowe podanie niesie za sobą zwiększone ryzyko spowodowania poważnych szkód zdrowotnych u pacjenta. Lista leków wysokiego ryzyka może się różnić w zależności od specyfiki szpitala lub placówki opieki zdrowotnej, jak również rodzaju stosowanych terapii i profilu leczonych pacjentów. Dowody wskazują jednak na grupy leków, które należy uwzględniać w klasach leków wysokiego ryzyka jako

3. Znaczenie prawidłowości procesu farmakoterapii szpitalnej i pozaszpitalnej...

Tabela 3.1. Przykłady leków, których nazwy są podobne w piśmie lub brzmieniu

Aclothin	Acodin
Aclexa	Adeksa
cyclosporine	cycloserine
daunorubicin	doxorubicin
Iporel	Ipronal
hydroxyzine	hydralazine
sulfasalazine	sulfadiazine

Opracowanie własne.



Ryc. 3.3. Przykłady leków o podobnych opakowaniach

Źródła grafik: Baza Leków. <https://baza-lekow.com.pl/>; KtoMaLek.pl. <https://ktomalek.pl/>; Allecco. <https://www.allecco.pl/>. Dostęp 7.09.2020.

minimum: insuliny, stężone roztwory potasu (oraz innych elektrolitów), doustny metotreksat, opioidy, antykoagulanty. Europejskie Stowarzyszenie Farmaceutów Szpitalnych (European Association of Hospital Pharmacists – EAHP) opracowało *Europejską deklarację farmacji szpitalnej* obligującą farmaceutów szpitalnych do wdrożenia odpowiednich procedur, które minimalizują ryzyko podczas zaopatrywania w te leki, a także w procesach ich przepisywania, przygotowywania, wydawania, podawania i przechowywania.¹⁹

W celu zapobiegania błędom na etapie farmakoterapii oraz zwiększenia jej bezpieczeństwa wprowadzono tzw. zasadę 5 praw farmakoterapii (ang. *5 rights of the medication use process*), inaczej zasadę 5R: właściwy pacjent (ang. *right patient*), właściwy lek (ang. *right drug*), właściwa dawka (ang. *right dose*), właściwa droga podania (ang. *right route*), właściwy czas podania (ang. *right time*) – ryc. 3.4.¹⁹



Ryc. 3.4. Zasada 5R

Opracowano na podstawie: Group.bmj.com. Europejska deklaracja farmacji szpitalnej. *Eur J Hosp Pharm.* 2014;21:256–258. https://www.eahp.eu/sites/default/files/statements_pol.pdf. Dostęp 3.02.2015.

Z czasem zasady te poszerzyły się o inne aspekty farmakoterapii, takie jak: właściwa dokumentacja (ang. *right documentation*), właściwy rezultat leczenia (ang. *right outcome*), właściwa edukacja chorego (ang. *right client education*) czy też prawo do odmowy (ang. *right to refuse*).²⁰

3.4. Klasyfikacja problemów lekowych wg Pharmaceutical Care Network Europe

Problemy lekowe (ang. *drug-related problems* – DRP) występujące podczas farmakoterapii zostały zebrane i opisane m.in. przez Europejską Sieć Opieki Farmaceutycznej (Pharmaceutical Care Network Europe – PCNE).²¹ Klasyfikacja PCNE jest najczęściej stosowaną przez farmaceutów w procesie sprawowania opieki farmaceutycznej nad pacjentem, czyli dokumentowania współpracy farmaceuty z pacjentem, lekarzem i w razie potrzeby innymi pracownikami medycznymi oraz nadzoru nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii.²² Podstawą klasyfikacji jest oficjalna definicja DRP sformułowana przez PCNE, wg której jest to zdarzenie lub okoliczność dotyczące leczenia farmakologicznego, które faktycznie lub potencjalnie zakłócają pożądane wyniki terapii. Podczas stosowania klasyfikacji PCNE ważne jest oddzielenie rzeczywistego (lub potencjalnego) DRP (który wpływa lub będzie wpływał na wynik) od jego przyczyny (przyczyn) – tabele 3.2, 3.3.²⁰

Tabela 3.2. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – podstawowy podział

Dziedzina	Kod w wersji 9.0	Kategoria podstawowa
Problemy (także potencjalne)	P1	skuteczność leczenia Istnieje (potencjalny) problem z efektem (brakiem efektu) farmakoterapii.
	P2	bezpieczeństwo leczenia Pacjent cierpi lub może cierpieć z powodu działania niepożądanego.
	P3	inne
Przyczyny (w tym możliwe przyczyny potencjalnych problemów)	C1	wybór leku Przyczyna problemu jest związana z wyborem leku.
	C2	postać leku Przyczyna problemu jest związana z wyborem postaci leku.
	C3	wybór dawki Przyczyna problemu jest związana z wyborem schematu dawkowania.
	C4	czas trwania leczenia Przyczyna problemu jest związana z czasem trwania leczenia.
	C5	wydawanie leku Przyczyna problemu jest związana z logistyką procesu przepisywania i wydawania leku.
	C6	proces stosowania leku Przyczyna problemu jest związana ze sposobem, w jaki pacjent otrzymuje lek za pośrednictwem pracownika ochrony zdrowia lub opiekuna, pomimo odpowiednich instrukcji (na etykiecie).

Tabela 3.2 cd. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – podstawowy podział

Dziedzina	Kod w wersji 9.0	Kategoria podstawowa
Przyczyny (w tym możliwe przyczyny potencjalnych problemów) – cd.	C7	związek z pacjentem Przyczyna problemu jest związana z pacjentem i jego zachowaniem (celowym lub niecelowym).
	C8	związek z przenoszeniem pacjenta w obszarze ochrony zdrowia Przyczyna problemu jest związana z przenoszeniem pacjenta między podstawową, specjalistyczną i szpitalną opieką zdrowotną lub przenoszeniem go w ramach opieki w 1 instytucji ochrony zdrowia.
	C9	inne
Planowane interwencje	I0	brak interwencji
	I1	interwencja na poziomie lekarza przepisującego lek
	I2	interwencja na poziomie pacjenta
	I3	interwencja na poziomie leku
	I4	inne
Akceptacja interwencji	A1	interwencja zaakceptowana
	A2	interwencja niezaakceptowana
	A3	inne
Status problemu	O0	status problemu nieznan
	O1	problem rozwiązany
	O2	problem częściowo rozwiązany
	O3	problem nierozwiązany

Opracowano na podstawie: Pharmaceutical Care Network Europe. *PCNE Classification for Drug-related Problems V9.00*. Zuidlaren, Holandia: Pharmaceutical Care Network Europe; 2019. https://www.pcne.org/upload/files/334_PCNE_classification_V9-0.pdf. Dostęp 12.12.2019. Opublikowano za zgodą PCNE.

Systemowe podejście do błędów w wyżej wymienionej klasyfikacji identyfikuje czynniki leżące u ich podłoża oraz możliwe przyczyny ich wystąpienia (tabele 3.4–3.7).

Obecna wersja 9.0 została zatwierdzona w 2019 r. Zidentyfikowano w niej nowy DRP związany z transferem pacjenta pomiędzy różnymi jednostkami ochrony zdrowia, jak również pomiędzy oddziałami jednego szpitala. Podczas przygotowywania niniejszej monografii pojawiła się wersja 9.1, która obecnie poddawana jest międzynarodowej walidacji.

Tabela 3.3. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – problemy

Kategorie problemów	Kod w wersji 9.0	Problem
Skuteczność leczenia	P1.1	brak skuteczności terapii / niepowodzenie terapii
	P1.2	efekt terapii nie jest optymalny
	P1.3	nieleczone objawy/wskazania
Bezpieczeństwo leczenia	P2.1	niepożądane działanie leku (także potencjalne)
Inne	P3.1	nieopłacalność ekonomiczna terapii (zbyt droga terapia)
	P3.2	niepotrzebne leczenie
	P3.3	niewyjaśniony problem / narzekanie pacjenta Konieczne dalsze doprecyzowanie (użyj tylko w przypadku braku innych możliwości).
☐ problem potencjalny ☐ problem rzeczywisty		

Opracowano na podstawie: Pharmaceutical Care Network Europe. *PCNE Classification for Drug-related Problems V9.00*. Zuidlaren, Holandia: Pharmaceutical Care Network Europe; 2019. https://www.pcne.org/upload/files/334_PCNE_classification_V9-0.pdf. Dostęp 12.12.2019. Opublikowano za zgodą PCNE.

Tabela 3.4. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – przyczyny

Kategorie przyczyn problemów lekowych	Kod w wersji 9.0	Przyczyna
Przepisywanie i wybór leku		
1. Wybór leku Przyczyna (potencjalnego) problemu jest związana z wyborem leku (przez pacjenta lub pracownika ochrony zdrowia).	C1.1	niewłaściwy lek – niezgodny z wytycznymi
	C1.2	niewłaściwy lek – zgodny z wytycznymi, ale przeciwwskazany z innych względów
	C1.3	brak wskazań dla leku
	C1.4	niewłaściwe połączenie leków lub niewłaściwe połączenie leków z pożywieniem albo suplementami diety
	C1.5	niewłaściwe powielenie grupy terapeutycznej lub składnika aktywnego
	C1.6	brak lub niepełne leczenie farmakologiczne pomimo istniejących wskazań
	C1.7	zbyt wiele leków przepisanych dla wskazania

Tabela 3.4 cd. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – przyczyny

Kategorie przyczyn problemów lekowych	Kod w wersji 9.0	Przyczyna
Przepisywanie i wybór leku – cd.		
2. Postać leku Przyczyna problemu jest związana z wyborem postaci leku.	C2.1	niewłaściwa postać leku (dla tego pacjenta)
3. Wybór dawki Przyczyna problemu jest związana z wyborem dawki lub dawkowania.	C3.1	za mała dawka leku
	C3.2	za duża dawka leku
	C3.3	zbyt długie odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami leku
	C3.4	zbyt krótkie odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami leku
	C3.5	nieprawidłowa, niejasna instrukcja dotycząca dawkowania lub jej brak
4. Czas trwania leczenia Przyczyna problemu jest związana z czasem trwania leczenia.	C4.1	zbyt krótki czas terapii
	C4.2	zbyt długi czas terapii
Wydawanie leku		
5. Wydawanie leku Przyczyna problemu jest związana z logistyką procesu przepisywania i wydawania.	C5.1	aktualna niedostępność przepisanego leku
	C5.2	niedostarczenie niezbędnych informacji
	C5.3	zalecenie niewłaściwego leku, dawki lub dawkowania (OTC)
	C5.4	wydanie niewłaściwego leku lub niewłaściwej dawki
Prawidłowe stosowanie leku		
6. Proces stosowania leku Przyczyna problemu jest związana ze sposobem, w jaki pacjent otrzymuje lek od pracownika ochrony zdrowia lub opiekuna, pomimo odpowiednich instrukcji dawkowania (na etykiecie/ instrukcji).	C6.1	niewłaściwe: pora podawania leku lub przerwy między dawkami
	C6.2	przepisanie zbyt małej ilości leku
	C6.3	przepisanie zbyt dużej ilości leku
	C6.4	niepodawanie leku w ogóle
	C6.5	podanie niewłaściwego leku
	C6.6	podanie leku niewłaściwą drogą

Tabela 3.4 cd. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – przyczyny

Kategorie przyczyn problemów lekowych	Kod w wersji 9.0	Przyczyna
Prawidłowe stosowanie leku – cd.		
7. Związek z pacjentem Przyczyna problemu jest związana z pacjentem i jego zachowaniem (umyślnym lub niecelowym).	C7.1	przyjmowanie przez pacjenta mniejszej ilości leku, niż została przepisana, lub nieprzyjmowanie leku w ogóle
	C7.2	przyjmowanie przez pacjenta większej ilości leku, niż została przepisana
	C7.3	nadużywanie leku przez pacjenta (sporadyczne przedawkowywanie leku)
	C7.4	stosowanie przez pacjenta niepotrzebnego leku
	C7.5	spożywanie przez pacjenta produktów, które wchodzą w interakcje z lekiem
	C7.6	niewłaściwe przechowywanie leku przez pacjenta
	C7.7	niewłaściwa pora zażywania leku lub niewłaściwe odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami
	C7.8	stosowanie leku przez pacjenta w niewłaściwy sposób
	C7.9	niemożność stosowania leku / danej postaci leku przez pacjenta zgodnie z zaleceniami
	C7.10	brak poprawnego zrozumienia instrukcji przez pacjenta
8. Związek z przenoszeniem pacjenta w obszarze ochrony zdrowia Przyczyna problemu jest związana z przenoszeniem pacjenta pomiędzy różnymi rodzajami instytucji świadczących opiekę zdrowotną (podstawowa, szpitalna itp.) lub przenoszeniem go w ramach 1 podmiotu.	C8.1	brak uzgodnienia co do stosowanych leków przy przenoszeniu pacjenta pomiędzy placówkami ochrony zdrowia
	C8.2	brak dostępnej zaktualizowanej listy leków
	C8.3	niekompletne przekazanie informacji na temat leków lub nieprzekazanie tej informacji
	C8.4	niewystarczające informacje kliniczne o pacjencie
	C8.5	nieotrzymanie przez pacjenta niezbędnych leków przy wypisie ze szpitala lub kliniki
Inne		
9. Inne	C9.1	nieodpowiednie monitorowanie wyników zleconych badań lub brak tego monitorowania (w tym TDM)
	C9.2	inna przyczyna (sprecyzować)
	C9.3	brak oczywistej przyczyny

OTC (ang. *over-the-counter drugs*) – leki wydawane bez recepty lekarskiej;TDM (ang. *therapeutic drug monitoring*) – terapia monitorowana stężeniem leku.

Tabela 3.5. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – podjęte działania (interwencje)^a

Rodzaj interwencji	Kod w wersji 9.0	Interwencja
Brak interwencji	I0.0	brak interwencji
1. Interwencja na poziomie lekarza przepisującego lek	I1.1	poinformowanie lekarza przepisującego o interwencji
	I1.2	zapytanie o interwencję przez lekarza przepisującego
	I1.3	interwencja zaproponowana lekarzowi przepisującemu
	I1.4	interwencja omówiona z lekarzem przepisującym
2. Interwencja na poziomie pacjenta	I2.1	udzielenie informacji o leku
	I2.2	dostarczenie pisemnych (tylko) informacji o leku
	I2.3	skierowanie pacjenta do lekarza przepisującego lek
	I2.4	przekazanie ustnych informacji członkowi rodziny/opiekunowi
3. Interwencja na poziomie leku	I3.1	zmieniony lek
	I3.2	zmienione dawkowanie
	I3.3	zmieniona postać leku
	I3.4	zmieniona instrukcja użycia leku
	I3.5	wstrzymanie lub zaprzestanie stosowania leku
	I3.6	rozpoczęcie terapii lekiem
4. Inne	I4.1	inna interwencja (określić)
	I4.2	zgłoszenie niepożądanego działania leku do odpowiednich organów

^a Uwaga! Jeden problem może wymagać kilku rodzajów interwencji.

Opracowano na podstawie: Pharmaceutical Care Network Europe. *PCNE Classification for Drug-related Problems V9.00*. Zuidlaren, Holandia: Pharmaceutical Care Network Europe; 2019. https://www.pcne.org/upload/files/334_PCNE_classification_V9-0.pdf. Dostęp 12.12.2019. Opublikowano za zgodą PCNE.

Tabela 3.6. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – akceptacja propozycji interwencji^a

Domena podstawowa	Kod w wersji 9.0	Status interwencji
1. Interwencja zaakceptowana (przez lekarza lub pacjenta)	A1.1	interwencja zaakceptowana i w pełni wdrożona
	A1.2	interwencja zaakceptowana – częściowo wdrożona

3. Znaczenie prawidłowości procesu farmakoterapii szpitalnej i pozaszpitalnej...

Tabela 3.6 cd. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – akceptacja propozycji interwencji^a

Domena podstawowa	Kod w wersji 9.0	Status interwencji
1. Interwencja zaakceptowana (przez lekarza lub pacjenta) – cd.	A1.3	interwencja zaakceptowana, ale nie wdrożona
	A1.4	interwencja zaakceptowana – stopień wdrożenia nieznany
2. Interwencja niezaakceptowana (przez lekarza lub pacjenta)	A2.1	interwencja niezaakceptowana – nie jest możliwa
	A2.2	interwencja niezaakceptowana – brak porozumienia
	A2.3	interwencja niezaakceptowana – inny powód (określić)
	A2.4	interwencja niezaakceptowana – nieznany powód
3. Inne (brak informacji o akceptacji)	A3.1	propozycja interwencji – nie wiadomo, czy zaakceptowana
	A3.2	brak propozycji interwencji

^a Uwaga! Jeden status akceptacji przypada na 1 propozycję interwencji.

Opracowano na podstawie: Pharmaceutical Care Network Europe. *PCNE Classification for Drug-related Problems V9.00*. Zuidlaren, Holandia: Pharmaceutical Care Network Europe; 2019. https://www.pcne.org/upload/files/334_PCNE_classification_V9-0.pdf. Dostęp 12.12.2019. Opublikowano za zgodą PCNE.

Tabela 3.7. Klasyfikacja DRP wg PCNE, wersja 9.0 (2019) – status problemów^a

Wynik interwencji	Kod w wersji 9.0	Interwencja
0. Nieznany	O0.1	status problemu nieznany
1. Rozwiązany	O1.1	problem całkowicie rozwiązany
2. Częściowo rozwiązany	O2.1	problem częściowo rozwiązany
3. nierozwiązany	O3.1	problem nierozwiązany – brak współpracy pacjenta
	O3.2	problem nierozwiązany – brak współpracy lekarza przepisującego
	O3.3	problem nierozwiązany – interwencja nieskuteczna
	O3.4	nie ma potrzeby lub możliwości rozwiązania problemu

^a Uwaga! Jedna interwencja (lub kombinacja interwencji) może prowadzić tylko do 1 jej wyniku.

Opracowano na podstawie: Pharmaceutical Care Network Europe. *PCNE Classification for Drug-related Problems V9.00*. Zuidlaren, Holandia: Pharmaceutical Care Network Europe; 2019. https://www.pcne.org/upload/files/334_PCNE_classification_V9-0.pdf. Dostęp 12.12.2019. Opublikowano za zgodą PCNE.

3.5. Koncyliacja lekowa

W celu podniesienia bezpieczeństwa terapii i zminimalizowania potencjalnych skutków niepożądanych stosowania produktów leczniczych wynikających z udzielania świadczeń zdrowotnych przez różne jednostki ochrony zdrowia w wielu krajach stosuje się tzw. koncyliację lekową (ang. *medication reconciliation*). Przez to pojęcie należy rozumieć, wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) z 2007 r., uzgadnianie listy leków w celu zapewnienia dokładnych i pełnych informacji o farmakoterapii podczas przekazywania opieki nad chorym. Uważa się, że ponad 40% błędów związanych z przyjmowaniem leków wynika z niewłaściwego uzgodnienia listy leków podczas przyjmowania, przenoszenia i wypisywania pacjentów.²³ Wielu z tych błędów można byłoby uniknąć, gdyby istniały i funkcjonowały procesy uzgadniania listy leków. Proces koncyliacji składa się z 4 etapów (ryc. 3.5).²⁴



Ryc. 3.5. Etapy koncyliacji lekowej wg WHO

Opracowano na podstawie: World Health Organization. The High 5s Project. Standard Operating Protocol – Assuring medication accuracy at transitions in care: Medication reconciliation. <https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>. Dostęp 21.07.2020.

Powinien być przeprowadzany (najlepiej przez farmaceutę) w ciągu 24 godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala, tak, aby zidentyfikować wszelkie rozbieżności lekowe z wywiadem przeprowadzonym podczas przyjęcia i poinformować o nich lekarza. Rezultatem całego procesu powinna być tzw. najlepsza lista leków, czyli dokładna lista leków, które pacjent powinien przyjmować w szpitalu, a także po wypisaniu do domu. Lista powinna być dostępna dla innych pracowników ochrony zdrowia, m.in. lekarza medycyny rodzinnej.

Niekompletne informacje dotyczące farmakoterapii pacjenta są powodem błędów lekowych oraz zdarzeń takich, jak przerwanie leczenia czy nieodpowiednie leczenie bądź prowadzą do utajenia istotnego problemu dotyczącego prowadzonej farmakoterapii. Koncyliacja lekowa, mimo iż uznano ją za bardzo istotną dla bezpieczeństwa farmakoterapii pacjenta, nie jest standardową procedurą w krajach UE.^{25,26}

3.6. Zjawisko *compliance* i *adherence*

Poważnym czynnikiem wpływającym na bezpieczeństwo terapii pacjenta, zwłaszcza w leczeniu ambulatoryjnym, jest sam pacjent i stopień przestrzegania przez niego zaleceń lekarskich, czyli *compliance*. Terminem często stosowanym zamiennie jest *adherence*, czyli współpraca pacjenta z lekarzem w ramach prowadzonej farmakoterapii.²⁷ Zarówno *adherence*, jak i *compliance* mogą zależeć od wielu czynników, m.in.²⁸:

- socjalno-ekonomicznych – zarobki, wykształcenie, status społeczny, status rodziny;
- systemowych – kompetencje pracowników medycznych, czas przeznaczony na 1 pacjenta, dystrybucje leków czy systemy refundacyjne;
- związanych z chorobą – współistniejące choroby, stopień nasilenia objawów, wpływ choroby na jakość życia i codzienne funkcjonowanie pacjenta, poziom niepełnosprawności spowodowany daną jednostką chorobową;
- związanych z samym pacjentem – jego subiektywne odczucia w stosunku do ochrony zdrowia, jej przedstawicieli, samej choroby, wiedza na temat choroby i jej leczenia, tendencja do zapomniania i pomijania losowych dawek, obawa przed działaniami niepożądanymi.

Jest wiele metod poprawiających *compliance* pacjenta. Można do nich zaliczyć m.in.: nieustanną edukację pacjenta, uproszczenie schematu dawkowania, stosowanie urządzeń i aplikacji przypominających o przyjęciu kolejnych dawek leków, wielodyscyplinarne podejście do terapii wymagające zaangażowania i współpracy wielu pracowników ochrony zdrowia.²⁵ Przestrzeganie zaleceń jest szczególnie istotne w terapii chorób przewlekłych, w których systematyczność odgrywa ważną rolę w osiągnięciu efektu leczenia.²⁹ W przypadku pacjentów po przeszczepieniu narządów nieprawidłowe przyjmowanie zleconych im leków może prowadzić do powikłań, pogorszenia jakości życia, zwiększać ryzyko ostrego odrzucenia i śmiertelność.³⁰

3.7. Bezpieczeństwo personelu medycznego w aspekcie błędów w farmakoterapii pacjenta

Błędy w procesie farmakoterapii wpływają na bezpieczeństwo nie tylko pacjenta, ale również personelu medycznego. Problem ten należałoby rozpatrywać w kilku aspektach.

Pierwszy z nich jest związany z narażeniem personelu medycznego na różne niebezpieczne czynniki w procesie przygotowania leku dla pacjenta. Wiele leków stosowanych np. w leczeniu nowotworów jest zakwalifikowanych do wykazu substancji niebezpiecznych jako potencjalnie kancero-, muta- i teratogenne. Leki te nie działają wybiórczo, gdyż oprócz tego, że niszczą komórki rakowe, uszkadzają także inne szybko dzielące się, zdrowe komórki organizmu (szpik kostny, błony śluzowe, komórki włosów). Wszyscy pracownicy długotrwale mający kontakt z lekami cytotoksycznymi podczas ich rozpuszczania, podawania czy nawet pielęgnowania pacjentów poddawanych terapii nimi mogą być narażeni na poważne zagrożenia zdrowotne.³¹ Czynnikiem zwiększającymi ryzyko ekspozycji na leki cytotoksyczne są: brak współpracy z pacjentem, droga podania

leku, brak odpowiednich, bezpiecznych warunków przygotowania leków, nieprawidłowa technika przygotowywania lub brak odpowiedniego sprzętu i przeszkolenia.³²

Kolejny aspekt bezpieczeństwa personelu dotyczy możliwości narażenia na kontakt ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi. Może do niego dojść podczas wykonywania przy pacjencie prostych czynności, takich jak podawanie zleconych leków w postaci iniekcji. Zarządzający placówkami ochrony zdrowia powinni zapobiegać takim zdarzeniom poprzez tworzenie odpowiednich procedur, zapewnianie personelowi ciągłych szkoleń, dostępu do środków ochrony indywidualnej oraz sprzętu wyposażonego w mechanizmy zabezpieczające przed zranieniem.³³

Błędy w procesie farmakoterapii wyrządzają szkody pacjentom, ale również narażają pracowników ochrony zdrowia na wynikające z nich konsekwencje prawne, np. odpowiedzialność cywilną, a nawet postępowanie karne. Sytuacja ta zmniejsza komfort wykonywania codziennych czynności zawodowych. Wyspecjalizowane firmy prawnicze zarabiają na błędach medycznych. Strach przed karą dyscyplinarną sprawia, że raportowane błędy stanowią tylko ułamek ich faktycznej liczby. Do przyczyn takiego stanu rzeczy należą także³⁴:

- brak świadomości, że wystąpił błąd;
- brak świadomości o konieczności raportowania;
- przekonanie, że skoro pacjent nie poniósł szkody z powodu wystąpienia błędu, to nie trzeba go zgłaszać;
- brak znajomości procedur sprawozdawczych;
- brak czasu na raportowanie;
- brak informacji zwrotnej na wysłany raport.

3.8. Podsumowanie

Mimo że podmioty ochrony zdrowia są zobowiązane do zawierania obowiązkowych umów ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmujących szkody powstałe w wyniku świadczenia usług medycznych, konsekwencje błędu w farmakoterapii pacjenta często ponosi pracownik ochrony zdrowia. Obawa przed karą może prowadzić do wykonywania usług o małym ryzyku wystąpienia błędu i niepodjęcia, ze szkoda dla chorego, czynności medycznych obarczonych dużym stopniem złożoności.

Błędy lekowe występują, gdy wieloetapowy proces farmakoterapii (przepisywanie, przygotowywanie, wydawanie i podawanie leków) wchodzi w interakcje z czynnikami ludzkimi i systemowymi. Ważnym sposobem zapobiegania błędom w leczeniu jest wyciąganie z nich wniosków, wykorzystywanie ich do identyfikowania potencjalnych punktów ryzyka i tworzenie procedur oraz praktyk w celu zapobiegania podobnym błędom w przyszłości. Bezpieczeństwo pacjenta wymaga współpracy wszystkich zawodów medycznych. Wielu szkód można uniknąć poprzez poprawę komunikacji personelu medycznego na wszystkich etapach opieki nad pacjentem. Ważnymi elementami są również: ciągła edukacja personelu medycznego, zmniejszenie obciążenia go pracą czy też wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej.³⁵

3.9. Dobre praktyki



Kluczowe pojęcia

błąd lekowy (ang. *medication error*) – każde zdarzenie, któremu można zapobiec, a które może skutkować niewłaściwym użyciem leku lub pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta (lub do nich prowadzić) w sytuacji, gdy lek jest w dyspozycji pracownika ochrony zdrowia, pacjenta lub konsumenta.⁴

ciężkie niepożądane działanie produktu leczniczego (ang. *serious adverse event* – SAE) – działanie, które bez względu na zastosowaną dawkę produktu leczniczego powoduje zgon pacjenta, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenie, trwałe lub znaczne uszczerbek na zdrowiu, lub inne działanie produktu leczniczego, które lekarz wg swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie albo jest ono chorobą, wadą wrodzoną lub uszkodzeniem płodu. Osoby wykonujące zawód medyczny powinny zgłaszać SAE w terminie 15 dni od dnia otrzymania informacji o ich wystąpieniu.⁹

działanie niepożądane produktu leczniczego (ang. *adverse drug reaction* – ADR) – każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego.⁹

Kluczowe pojęcia – cd.

farmakoterapia – leczenie chorób za pomocą leków.³⁶

koncyliacja lekowa (ang. *medication reconciliation*) – formalny proces uzgadniania listy leków, w ramach którego personel medyczny prowadzi dialog z pacjentem oraz między sobą w celu zapewnienia dokładnych i pełnych informacji o farmakoterapii podczas przekazywania opieki nad pacjentem.²⁵

niespodziewane ciężkie niepożądane działanie produktu leczniczego (ang. *unexpected serious adverse reactions* – USAR) – każde niepożądane działanie produktu leczniczego, którego charakter lub stopień nasilenia nie są zgodne z danymi zawartymi w odpowiedniej informacji o produktach leczniczych w badaniach klinicznych, najczęściej w broszurze badacza, lub o produktach leczniczych dopuszczonych do obrotu – w charakterystyce produktu leczniczego albo w charakterystyce produktu leczniczego weterynaryjnego, które bez względu na zastosowaną dawkę produktu leczniczego powoduje zgon pacjenta, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenie, trwałe lub znaczne uszczerbek na zdrowiu, lub inne działanie produktu leczniczego, które lekarz wg swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie albo jest ono chorobą, wadą wrodzoną lub uszkodzeniem płodu.⁹

niespodziewane działanie niepożądane produktu leczniczego (ang. *unexpected adverse reactions* – UAR) – każde negatywne działanie produktu leczniczego, którego charakter lub stopień nasilenia nie są zgodne z danymi zawartymi w odpowiedniej informacji o produktach leczniczych w badaniach klinicznych, najczęściej w broszurze badacza, lub o produktach leczniczych dopuszczonych do obrotu w charakterystyce produktu leczniczego.⁹

problem lekowy (ang. *drug-related problem* – DRP) – zdarzenie lub okoliczność dotyczące leczenia farmakologicznego, które w sposób rzeczywisty lub potencjalny zakłócają osiągnięcie pożądanych skutków zdrowotnych.²¹

zasada 5 praw farmakoterapii (ang. *5 rights of the medication use process*) – zasada 5R: właściwy pacjent (ang. *right patient*), właściwy lek (ang. *right drug*), właściwa dawka (ang. *right dose*), właściwa droga podania (ang. *right route*), właściwy czas podania (ang. *right time*).¹⁹

zdarzenie niepożądane związane ze stosowaniem leku (ang. *adverse drug event* – ADE) – każde zdarzenie natury medycznej wywołujące negatywne skutki u pacjenta lub uczestnika badania klinicznego, któremu podano produkt leczniczy lub badany produkt leczniczy albo badany produkt leczniczy weterynaryjny, chociażby nie miało to związku przyczynowego ze stosowaniem tego produktu.⁹

Pytania sprawdzające

1. Czy wiesz, jakie czynniki mogą wpływać na bezpieczną farmakoterapię?
2. Czy jakieś problemy lekowe, które są związane z osobowością lub zachowaniem pacjenta, zauważyłeś u siebie?
3. Czy w swojej apteczce domowej masz leki, których opakowania są podobne? Co robisz, aby zapobiec pomyłce przy przyjmowaniu leku?
4. Czy masz przygotowaną samodzielnie lub przez personel medyczny listę przyjmowanych przez siebie leków, którą pokazujesz lekarzowi podczas każdej wizyty?
5. Dlaczego roztwory stężonych elektrolitów (zwłaszcza potasu) zostały zaliczone do tzw. leków wysokiego ryzyka?
6. W jakich jednostkach chorobowych stosowanie się do zaleceń lekarza jest szczególnie ważne i dlaczego?
7. Czy koncyliacja lekowa zwiększa szansę na bezpieczną farmakoterapię?

Piśmiennictwo

1. Gwizdak T. Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu. *Probl Pielęg.* 2008;16(1–2):181–185. <https://www.termidia.pl/Bezpieczenstwo-pacjenta-w-szpitalu,134,35316,0,0.html>. Dostęp 6.06.2020.
2. Ferner RE, Aronson JK. Clarification of terminology in medication errors: Definitions and classification. *Drug Saf.* 2006;29:1011–1022. doi:10.2165/00002018-200629110-00001
3. *Bezpieczeństwo pacjenta – nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla wykładowców* [e-book]. Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej; 2017:88. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958-pol.pdf;jsessionid=3F3E976FE8AE601BEF1CB-89B6635D526?sequence=35>. Dostęp 3.02.2020.
4. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. About medication errors. <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>. Dostęp 3.02.2020.
5. Pham JC, Aswani MS, Rosen M, et al. Reducing medical errors and adverse events. *Annu Rev Med.* 2012;63:447–443. doi:10.1146/annurev-med-061410-121352
6. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. <https://www.nap.edu/resource/9728/To-Err-is-Human-1999-report-brief.pdf>. Opublikowano w listopadzie 1999. Dostęp 25.08.2020.
7. Sir Liam Donaldson Collection. An Organisation with a Memory. Newcastle University Special Collections and Archives. GB 186 LD/3/3/4/2. <https://archiveshub.jisc.ac.uk/data/gb186-ld/ld/3/3/4/2>. Opublikowano 13.06.2000. Dostęp 24.08.2020.
8. Directorate-General for Health and Consumers, Directorate-General for Communication. *Patient Safety and Quality of Healthcare: Full Report*. Bruksela, Belgia: TNS Opinion & Social; 2010. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf. Dostęp 6.05.2020.
9. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. DzU z 2020 r., poz 944, t.j.
10. Nebeker JR, Barach P, Samore MH. Clarifying adverse drug events: A clinician's guide to terminology, documentation, and reporting. *Ann Intern Med.* 2004;140(10):795–780. doi:10.7326/0003-4819-140-10-200405180-00009

11. Woron J, Goszcz A, Wordliczek J, Bisaga W. Monitorowanie niepożądanych działań leków w praktyce klinicznej. *Anest Ratow.* 2009;3:185–192. https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/200902_AiR_005.pdf. Dostęp 6.06.2020.
12. Najwyższa Izba Kontroli – Departament Zdrowia. *Informacja o wynikach kontroli – zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa, Polska: Najwyższa Izba Kontroli; 2014. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,9420,vp,11655.pdf>. Dostęp 19.01.2020.
13. Williams DJP. Medication errors. *J R Coll Physicians Edinb.* 2007;37:343–346. https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/williams_1.pdf. Dostęp 6.06.2020.
14. Williamson S. Reporting medication errors and near misses. W: Courtenay M, Griffiths M, red. *Medication Safety: An Essential Guide*. Nowy Jork, USA: Cambridge University Press; 2010:155–171.
15. Smeulers M, Verweij L, Maaskant JM, et al. Quality indicators for safe medication preparation and administration: A systematic review. *PLoS One.* 2015;10(4):e0122695. doi:10.1371/journal.pone.0122695
16. Zięzio K. Bezpieczna farmakoterapia w opinii pielęgniarzek. *Probl Pielęg.* 2008;16(1):106–111.
17. Moyer E, Camiré E, Stelfox HT. Clinical review: Medication errors in critical care. *Crit Care.* 2008;12(2):208. doi:10.1186/cc6813
18. Institute for Safe Medication Practices. List of confused drug names. <https://www.ismp.org/recommendations/confused-drug-names-list>. Dostęp 5.01.2020.
19. Group.bmj.com. Europejska deklaracja farmacji szpitalnej. *Eur J Hosp Pharm.* 2014;21:256–258. https://www.eahp.eu/sites/default/files/statements_pol.pdf. Dostęp 3.02.2015.
20. Bodell M. The 10 rights of medication administration. Nursing Notes. <https://nursingnotes.co.uk/resources/10-rights-of-medication-administration/>. Opublikowano 15.11.2015. Dostęp 6.06.2020.
21. Pharmaceutical Care Network Europe. *PCNE Classification for Drug-related Problems V9.00*. Zuidlaren, Holandia: Pharmaceutical Care Network Europe; 2019. https://www.pcne.org/upload/files/334_PCNE_classification_V9-0.pdf. Dostęp 12.12.2019.
22. Art 2a, ust 1, pkt 7. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich. DzU z 2019 r., poz 1419, t.j.
23. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, Macken PD, Lindsay ME, Resar RK. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004;30(1):5–14. doi:10.1016/s1549-3741(04)30001-8
24. World Health Organization. The High 5s Project. Standard Operating Protocol – Assuring medication accuracy at transitions in care: Medication reconciliation. <https://www.who.int/patient-safety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>. Dostęp 21.07.2020.
25. Jaźwińska-Tarnawska E, Ungeheuer Z, Tusińska M, Fedorowicz O. Koncyliaacja – nowy element nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii. *Farm Pol.* 2018;74(11):663–670. doi:10.32383/farmpol/118637
26. Fedorowicz O, Tusińska M, Jaźwińska-Tarnawska E. Rola farmaceuty w procesie koncyliaacji lekowej. *Farm Pol.* 2018;74(11):655–662. doi:10.32383/farmpol/118636
27. Rycombel A, Lomper K, Uchmanowicz I. *Adherence i compliance* w leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Nadciśn Tętn.* 2014;18(3):151–158. https://journals.viamedica.pl/arterial_hypertension/article/viewFile/40903/28103. Dostęp 6.06.2020.
28. World Health Organization. *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. Genewa, Szwajcaria: World Health Organization; 2003. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1. Dostęp 26.11.2018.
29. Jasińska M, Kurczewska U, Orszulak-Michalak D. Zjawisko *non-adherence* w procesie opieki farmaceutycznej. *Farm Pol.* 2009;65(11):765–771. <https://www.ptfarm.pl/pub/File/Farmacja%20Polska/2009/11-2009/02%20%20Adherence.pdf>. Dostęp 7.06.2009.
30. Lizakowski S, Dudek I, Rutkowski B. Możliwości poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych u chorych po przeszczepieniu narządów unaczynionych i wpływ tych działań na losy przeszczepionego narządu. *Forum Nefrol.* 2016;9(3):189–197. https://journals.viamedica.pl/forum_nefrologiczne/article/view/48862. Dostęp 7.06.2019.

31. Chmal-Jagiello K, Jankowiak-Gracz H, Bicz M, Korczowska E, Bochniarz M. *Standardy jakościowe w farmacji onkologicznej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego*. Warszawa, Polska: Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne; 2018.
32. Polskie Towarzystwo Farmaceutów Onkologicznych. Standardy jakościowe w farmacji onkologicznej – Quapos 6. <http://www.psfo.org/standardy/quapos-4/>. Dostęp 7.09.2020.
33. Różańska A. Zakłucia u personelu medycznego – jak zminimalizować ryzyko zakażeń przenoszonych drogą krwi. *Zakażenia XXI Wieku*. 2018;1(1):21–25. <http://mavipuro.pl/zaklucia-u-personelu-medycznego-jak-zminimalizowac-ryzyko-zakazen-przenoszonych-droga-krwi/>. Dostęp 7.09.2020.
34. Guchelaar H-J, Colen HBB, Kalmeijer MD, Hudson PTW, Teepe-Twiss IM. Medication errors: Hospital pharmacist perspective. *Drugs*. 2005;65(13):1735–1746. doi:10.2165/00003495-200565130-00001
35. Kim PC, Shen JJ, Angosta AD, Frakes K, Li C. Errors associated with the rights of medication administration at hospital settings. *J Hosp Health Care Admin*. 2018;1:1–7. doi:10.29011/JHHA-111.000011
36. Hasło 'pharmacotherapy'. W: *Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing*. Farlex; 2012. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pharmacotherapy>. Dostęp 3.09.2020.

4. Obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia – wybrane zagadnienia z zakresu ergonomii i fizjoprofilaktyki

Anna Kołcz

4.1. Wprowadzenie do problematyki

Najbardziej rozpowszechnionymi w Europie problemami zdrowotnymi związanymi z pracą zawodową diagnozowanymi u osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia są zaburzenia funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego (ang. *musculoskeletal disorders* – MSDs). Określenie to najczęściej dotyczy występowania różnego rodzaju dolegliwości bólowych stawów kończyn górnych i dolnych oraz struktur odpowiedzialnych za stabilizację kręgosłupa.

Wyzwanie, jakim są problemy zdrowotne związane z pracą, w tym MSDs, uznano za istotne na poziomie europejskim, w związku z czym systematycznie przyjmowano wiele dyrektyw, następnie określając zasady polityki Rady Europejskiej w tym zakresie. Realizację założeń wdrażano, powołując specjalne organy unijne, takie jak Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA), których celem jest wspieranie działań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) w całej Europie. Powołano również Europejskie Obserwatorium Warunków Pracy (European Observatory of Working Life – EurWORK) działające przy Europejskiej Fundacji na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Eurofound), które we współpracy z portugalską prezydencją w Unii Europejskiej (UE) zorganizowało w październiku 2007 r. w Lizbonie konferencję naukową poświęconą MSDs. Stwierdzono tam, że nie ma typowych czy uniwersalnych rozwiązań dla wszystkich pracowników, niemniej jednak istnieje ogromna potrzeba monitorowania zachowań zdrowotnych osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia i opracowania takich działań, które można skutecznie, z korzyścią dla wielu grup zawodowych, wdrażać.¹⁻⁴ Najnowsze doniesienia zawarte w raporcie EU-OSHA z 2020 r. prezentują zestawienia wyników badań dotyczących występowania MSDs z lat 2007 i 2013. Wskazują one na fakt, że wiele krajów UE, w tym Polska, nie radzi sobie z problemem eliminowania ograniczeń funkcji układu mięśniowo-szkieletowego w populacji.⁵

W państwach UE ok. 25% pracowników wskazuje na występowanie bólu w okolicy kręgosłupa, a niemal 23% skarży się na bóle mięśni. MSDs to zatem jeden z najczęściej

zgłaszanych problemów zdrowotnych związanych z pracą. Problemy zdrowotne pracowników bezpośrednio wpływają na skutki ekonomiczno-społeczne, głównie z powodu kosztów, jakie ponoszą państwa europejskie w związku z absencją chorobową osób zatrudnionych.³ MSDs w wielu przypadkach są źródłem złego samopoczucia w pracy, niepokoju, lęku oraz dyskomfortu, który kojarzy się pracownikowi z wykonywaniem czynności zawodowych.

Na podstawie informacji przedstawianych w raportach EU-OSHA – instytucji stale monitorującej sytuację bezpieczeństwa pracy i dostarczającej wielu informacji zarówno o zagrożeniach dotyczących pracowników, jak i kosztach, jakie ponoszą pracodawcy w związku z tymi zagrożeniami – można dowiedzieć się, jaka jest skala problemu. W raporcie z 2007 r. EU-OSHA przedstawiła dane dotyczące odszkodowań wypłacanych zatrudnionym z powodu MSDs.⁶ Informacje pochodzące z niektórych państw wskazują na koszty stanowiące ok. 1,6% produktu krajowego brutto państwa, co daje 40% kosztów ogółu odszkodowań dla pracowników.^{2,3}

Sektor ochrony zdrowia od lat dynamicznie się rozwija, jeśli chodzi o zatrudnienie, lecz jednocześnie obserwowane są ciągłe braki kadrowe. W szczególności dotyczy to wykwalifikowanych pracowników medycznych, których średnia wieku systematycznie rośnie. Zatrudnienie w sektorze ochrony zdrowia znajduje ok. 10% ogółu pracowników UE, z czego znaczna część to pracownicy szpitali.³

Dolegliwości bólowe, dyskomfort i złe samopoczucie, których przyczyną jest obciążenie struktur układu mięśniowo-szkieletowego podczas pracy, dotyczą przedstawicieli personelu medycznego i pomocniczego.^{3,4} Przyczyn tego typu objawów jest wiele. Najczęściej MSDs wynikają z długotrwałe utrzymywanych niewłaściwych, silnie obciążających, statycznych pozycji ciała przyjmowanych podczas zaopatrywania i leczenia pacjentów czy osób poszkodowanych oraz ręcznego przemieszczania i wspomagania pacjenta. Wielogodzinne unieruchomienie, przyjmowanie i utrzymywanie ciała w niekomfortowej pozycji podczas pracy (np. przez personel w sali operacyjnej), jak również długotrwała aktywność psychofizyczna, wzmożona koncentracja uwagi towarzysząca obserwacji dynamiki rozwoju sytuacji, w której zagrożone jest zdrowie i życie człowieka, pośpiech i czasami rutynowe postępowanie w pracy mogą determinować rozwój patologicznych mechanizmów obronnych i kompensacyjnych organizmu, manifestujących się bólem, obniżeniem nastroju oraz zwiększoną podatnością na występowanie urazów.

Wymienione zagrożenia dotyczą niemal każdej grupy zawodowej związanej z medycyną, zarówno lekarzy, jak i personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, personelu pomocniczego, sanitariuszy i opiekunów medycznych, czyli wszystkich mających bezpośredni kontakt z pacjentem. Problematykę tę należy rozpatrywać w kontekście bezpieczeństwa personelu i pacjentów, ale również satysfakcji z pracy i jej efektywności.

W kolejnych doniesieniach EU-OSHA podkreślono, że jedną z głównych cech, a zarazem podstawowym zadaniem pracowników sektora ochrony zdrowia jest dbałość o pacjenta, jednak – ponieważ często jej konsekwencją jest naruszenie bezpieczeństwa i zdrowia pracowników – uznano, że należy przekonać personel medyczny, że aby osiągnąć i utrzymać wysoką jakość opieki nad pacjentem, trzeba traktować własne bezpieczeństwo i zdrowie absolutnie priorytetowo.⁶

Ocena ryzyka związanego z możliwością wystąpienia MSDs u pracowników sektora ochrony zdrowia nie jest łatwa. Należy dążyć do uporządkowania przyczyn wg ważności i skoncentrować się na systematycznej obserwacji zachowań zdrowotnych personelu oraz eliminowaniu powodów występowania dolegliwości. Zapewnienie BHP, zgodnie z zapisami zawartymi w art. 6 dyrektywy Rady 89/391/EWG, jest obowiązkiem pracodawców, a zadaniem kierownictwa jest przedsięwzięcie środków niezbędnych do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników. Podczas dokonywania oceny ryzyka warto przyjąć model holistyczny, uwzględniając czynniki techniczne, organizacyjne i personalne (T-O-P). Dodatkowo zawsze należy odnosić się do całkowitego obciążenia organizmu, w tym wynikającego z aspektów psychospołecznych, m.in. konsekwencji, jakie może wywołać długotrwale utrzymujący się stres, konflikty personalne, ale także różne formy agresji, z którymi styka się pracownik.⁷

W związku z powyższym problem bezpieczeństwa pracowników sektora ochrony zdrowia oraz pacjentów od wielu lat nie traci na aktualności, a realizacja jedynie prewencyjnych akcji edukacyjnych nie przynosi odpowiednich rezultatów. Należy wdrażać konkretne rozwiązania, mając na uwadze obowiązek, jaki nałożony jest na pracodawców, jednakże pracownicy również powinni świadomie kontrolować własne zachowania.

Działania pracodawcy z pewnością nie mogą się kończyć tylko na ocenie ryzyka. Wskazane jest, by stanowiła ona podstawę do wdrożenia rozwiązań opierających się na holistycznym modelu przeciwdziałania MSDs. Należy uwzględnić eliminowanie już istniejących objawów i wskazywać możliwości w zakresie fizjoprofilaktyki oraz ergonomii skoncentrowane na zmianie konkretnych elementów stylu życia.

Warto odnieść się do powszechnie akceptowanego i praktycznego modelu polegającego na ocenie ryzyka pod kątem prawdopodobieństwa jego wystąpienia oraz jego wagi.⁸ Powinien on zakładać spersonalizowaną ocenę zagrożeń i ustalenie zasad podejmowania działań zapobiegawczych. Poziom dopuszczalności ryzyka zależy od prawdopodobieństwa wystąpienia sytuacji zagrażającej zdrowiu, wypadku w miejscu pracy lub wysiłku fizycznego przekraczającego wytrzymałość tkankową oraz wagi ewentualnych konsekwencji dopuszczonego ryzyka.³

Po tak przeprowadzonej ocenie należy włączyć zasady stałego monitorowania zachowań zdrowotnych pracownika, podtrzymywać zasadność jego świadomego uczestnictwa w edukacji teoretycznej, ale również praktycznej, wdrożyć zasady zdrowego stylu życia oparte na kontroli postawy ciała i kontroli ruchu, celowej i systematycznej aktywności fizycznej, a następnie wskazać techniki przeciwdziałania negatywnym skutkom długotrwale utrzymującego się stresu, np. poprzez upowszechnianie wiedzy na temat zalet treningów mindfulness oraz technik oddechowych, jednocześnie wcielając je w życie. Uzupełnieniem realizacji polityki świadomej, zdrowej pracy powinny być podstawy prawidłowego żywienia.

Od 1990 r. Europejska Fundacja na Rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy prowadzi kwestionariuszowe badania dotyczące warunków pracy w Europie (European Working Conditions Survey – EWCS), dostarczając podstawowych informacji na ten temat.⁹ Od czasu pierwszego badania kwestionariusz podlegał istotnym zmianom w celu zapewnienia szczegółowej oceny codziennej rzeczywistości w pracy. Aktualnie

(w 2020 r.) za najistotniejsze tematy uznaje się: status zatrudnienia, długość czasu pracy i jego organizację, organizację pracy, ale również naukę i szkolenia, fizyczne i psychospołeczne czynniki ryzyka, zdrowie i bezpieczeństwo, równowagę między życiem zawodowym a prywatnym, udział pracowników, zarobki i bezpieczeństwo finansowe oraz pracę i zdrowie.⁹

Mając na uwadze powyższe, należy pamiętać, że działania w zakresie BHP i ergonomii stanowiskowej nie powinny ograniczać się jedynie do przeszkolenia stanowiskowego i przedstawienia pracownikowi informacji na temat możliwości wystąpienia ryzyka zawodowego przed przystąpieniem do pracy. Pracownik powinien podlegać konkretnym zasadom stałego monitorowania ryzyka zawodowego, by funkcjonować w skutecznie działającym systemie diagnostyczno-zapobiegawczym, dążącym do zminimalizowania rozwoju czynników zagrażających zdrowiu.

4.2. Ergonomia, fizjoprofilaktyka, medycyna stylu życia

Tomas Alva Edison powiedział, że „lekarz przyszłości nie będzie dawał leków, lecz poinstruuje swojego pacjenta w kwestii odpowiedniego stylu życia, diety oraz przyczyn chorób i zapobiegania im [...]”.

Analizując słowa Edisona, trudno nie odnieść wrażenia, że wykształconym mieszkańcom krajów rozwiniętych, znającym zasady funkcjonowania organizmu człowieka, mającym swobodny dostęp do informacji na temat podstaw anatomii i fizjologii nie przedstawiono mechanizmu wyciągania wniosków z wyników badań naukowych, by mogli świadomie zadbać o swoje zdrowie. W zamian za to obserwowany jest dynamiczny rozwój czynników wywołujących choroby cywilizacyjne, co jest zaskakujące, zwłaszcza biorąc pod uwagę tempo tego zjawiska. Mimo potwierdzonej wiedzy, cyklicznie upowszechnianej m.in. przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO), choćby w tematyce zalet dla zdrowia, systematycznej aktywności fizycznej czy konieczności wdrażania właściwych nawyków żywieniowych, istnieje społeczna tendencja do ignorowania zaleceń, co przekłada się np. na obniżenie zainteresowania sportem lub w ogóle brak ruchu. W szczególności nie obserwuje się świadomości podejmowanej aktywności fizycznej ukierunkowanej na podtrzymywanie dobrego stanu zdrowia. Sytuacja ta dotyczy niemal wszystkich grup wiekowych.

Kolejnym, niezwykle istotnym problemem krajów rozwiniętych są zaburzenia o charakterze psychoemocjonalnym będące często wynikiem długotrwałego utrzymującego się stresu. Dotykają one ludzi w każdym wieku i choć istnieją skuteczne techniki eliminowania stresu, np. systematyczne treningi relaksacyjne, oddechowe, treningi wspomagające świadomość, celową koncentrację uwagi na konkretnej chwili (uważność – mindfulness), wielu nie potrafi sobie poradzić z jego skutkami. Ludzie nie znają możliwości przeciwdziałania stresowi, a co za tym idzie – nie korzystają z nich.

Następny problem to rozpowszechnienie niewłaściwych nawyków żywieniowych, często prowadzących m.in. do rozwoju zaburzeń metabolicznych i chorób układu krążenia. Ograniczenie ich występowania mogłoby nastąpić dzięki zmianie stylu życia

społeczeństw, w praktyce jednak dochodzi do konieczności przeprowadzania kosztownych procedur medycznych ratujących zdrowie i życie człowieka.

Medycyna stylu życia to bardzo szeroka przestrzeń, obejmująca – oprócz medycyny – zdrowie publiczne, fizjoprofilaktykę z ergonomią, ekonomię i politykę zdrowotną.

Podstawowymi pytaniami, jakie warto zadać podczas rozważań na temat bezpieczeństwa pracy osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia, są: „czym jest praca?” i „czym jest ergonomia?”.

Praca to element życia społeczeństw. Zajmuje ok. dwóch trzecich czasu życia dorosłego człowieka, zatem powinna być bezpieczna, monitorowana pod względem bezpieczeństwa i prawidłowości jej wykonywania.

Ergonomia wg definicji z Encyklopedii PWN to „nauka o optymalnym przystosowaniu stanowisk, procesów i środowiska pracy do możliwości psychofizycznych człowieka, tak by nie tylko uchronić jego życie i zdrowie, lecz dać mu również możliwość jak najlepszego rozwoju osobowości”.¹⁰

Twórca pojęcia ergonomii, polski profesor Wojciech Bogumił Jastrzębowski, w 1857 r. uznał, że zachowanie zdrowia wiąże się ściśle z dostosowaniem życia zawodowego do anatomicznych i psychofizycznych możliwości człowieka. Uważał, że poprzez właściwą organizację i optymalizację elementów środowiska, w jakim żyje człowiek, można zwiększać efektywność pracy, zmniejszając jednocześnie jej koszt biologiczny i fizjologiczny, oraz że ograniczenie zagrożeń wynikających bezpośrednio z wykonywanych czynności zawodowych jest najskuteczniejszą metodą eliminowania przyczyn chorób.¹¹ Określone przez twórcę pojęcia ergonomii zasady zyskały uznanie na całym świecie. Ergonomia nierozzerwalnie łączy się z zasadami BHP, medycyną pracy i procedurami związanymi z jakością obowiązyującymi w każdym przedsiębiorstwie, więc także w systemie ochrony zdrowia.

Według WHO uznanie ochrony zdrowia osób związanych zawodowo z medycyną za istotną dziedzinę zdrowia publicznego jest bardzo ważne dla promocji zdrowia oraz prewencji absencji zawodowej pracowników. Istnieje potrzeba określenia zaleceń dotyczących przeciwdziałania negatywnym skutkom pracy osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia i odniesienia niewłaściwego wykonywania czynności zawodowych do jego zdrowotnych konsekwencji. Dodatkowo zachodzi konieczność wprowadzenia bardziej kompleksowego „systemu ochrony zdrowia pracujących”. Być może zmiana koncepcyjna (odejście od mającej pewne ograniczenia medycyny pracy, skoncentrowanej na badaniach pracownika) oraz modyfikacja działania sekcji BHP (określającej zagrożenia stanowiskowe) w kierunku tworzenia map zagrożeń stanowiskowych i szerokiego spojrzenia na perspektywę, jaka z nich wynika, przyniosłaby korzyść pracownikom i pracodawcom. Dzięki takim rozwiązaniom monitorowanie stanu zdrowia osób zatrudnionych mogłoby być bardziej skuteczne, a połączone z praktycznymi działaniami powinno przynieść pożądane efekty dla ich zdrowia i zmniejszyć tym samym koszty ponoszone z powodu zwolnień lekarskich.¹² Dodatkowo być może warto określić standard ergonomiczny i wprowadzić nakaz wdrażania zasad tej dziedziny nauki, uzupełniając zespół pracowniczy o odpowiednio przeszkolone osoby prowadzące cykliczny nadzór nad jakością pracy, co ma miejsce w wielu krajach na całym świecie.

Obligatoryjny udział w praktycznych ćwiczeniach, treningu wykonywania czynności zawodowych w bezpieczny i zoptymalizowany sposób pozwoliłby ograniczyć skalę problemu, na co wskazują doświadczenia zagraniczne.^{13,14} Wyrabianie prawidłowych nawyków i eliminowanie niewłaściwych wzorców ruchowych poprzez monitorowanie przebiegu czynności powinno podnieść świadomość pracowników na temat bezpiecznej pracy oraz zmienić ich nastawienie do własnego zdrowia.¹⁵

Tego typu rozwiązania powinny być wdrażane systemowo, na poziomie osób zarządzających jednostką.

4.3. Fizjoprofilaktyka i ergonomia a sytuacje stwarzające największe ryzyko wystąpienia zaburzeń funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego

Pracownicy systemu ochrony zdrowia najczęściej odczuwają dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego podczas typowych, codziennych czynności zawodowych, które wykonywane nieprawidłowo pod względem technicznym, czasami powtarzane wielokrotnie, mogą stać się źródłem zagrożenia. Usytuowanie tych dolegliwości zwykle dotyczy dolnej części pleców.

MSDs często zlokalizowane są u pracujących w okolicach kręgosłupa. Ustawienie kręgosłupa jest wspomagane przez otaczające go elementy. Jedną z najistotniejszych funkcji, jaką pełni kręgosłup, jest funkcja kinestetyczna, czyli powiązana z aktywnością, ruchem. Kręgosłup powinien sprawnie uczestniczyć w ruchu całego ciała, wspomagać go, a nie ograniczać. Za skomplikowane procesy kontroli ruchu odpowiada niezwykle precyzyjny mechanizm neurofizjologiczny, stabilizujący całe ciało. Ustawienie kręgosłupa wpływa zatem na ustawienie całego ciała, zarówno w statyce, kiedy nie są wykonywane żadne ruchy, jak i dynamicznie, kiedy staje się podstawowym wsparciem dla wszystkich czynności wykonywanych w ciągu dnia. Kręgosłup jest strukturą mobilną. Ma 3 fizjologiczne wygięcia (widoczne w płaszczyźnie strzałkowej). Pierwsze z nich to wygięcie w przód obejmujące odcinek szyjny kręgosłupa (C) – lordoza szyjna; drugie to odcinek piersiowy (Th) wygięty nieznacznie do tyłu – kifoza piersiowa; najniżej położony odcinek kręgosłupa to odcinek lędźwiowy (L) – podobnie jak pierwszy, wygięty jest do przodu, nazywa się go lordozą lędźwiową. Poniżej odcinka lędźwiowego znajdują się kość krzyżowa i guziczna. Odpowiednia stabilizacja kręgosłupa oraz świadome utrzymanie prawidłowego jego ukształtowania zapewniają bezpieczeństwo podczas wykonywania czynności zawodowych oraz czynności dnia codziennego, dlatego największa efektywność funkcjonalna organizmu osoby pracującej jest osiągana, kiedy kręgosłup pozostaje ustawiony w pozycji dla niego „bezpiecznej”. Kontrola ustawienia miednicy oraz prawidłowa aktywność kończyn dolnych i górnych zapewniają przygotowanie całego ciała do wykonywania czynności zawodowych. Czynnikiem wspomagającym jest tu umiejętna dystrybucja napięcia mięśniowego: najpierw powinny napinać się mięśnie działające lokalnie, na niewielkiej przestrzeni, zapewniając stabilność postawie, dopiero potem

powinien rozpoczynać się ruch. Powodem występowania bólu i ograniczeń funkcjonalnych są bardzo często niekontrolowane ruchy zginania i skręcania, które mogą być mocno obciążające dla kręgosłupa. Powstają wówczas podrażnienia struktur tkankowych, stany zapalne, a w konsekwencji np. zmiany przeciążeniowe, manifestujące się m.in. silnym bólem. Gdy kręgosłup wygina się i skręca zbyt często, zbyt obszernie i nie jest przy tym wystarczająco ustabilizowany, krążki międzykręgowe mogą ulec uszkodzeniu lub przemieszczeniu i uciskać struktury otaczające kręgosłup. Najczęściej problem sprawia ucisk na korzenie nerwowe. Ograniczenie ich przewodnictwa może prowadzić do wielu zaburzeń struktury i funkcji, generowania bodźców bólowych i upośledzenia pracy narządów wewnętrznych. Organizm człowieka jest bowiem całością, spójną w swojej strukturze i funkcji. Za pośrednictwem sieci nerwowej informacje o funkcjonowaniu organizmu w każdej chwili są odbierane oraz analizowane i na tej podstawie następuje organizacja odruchowa. Wrażliwość nerwowa staje się większa w momencie np. mechanicznego podrażnienia. Umiejętność kontroli mechanizmów obronnych powstałych na skutek obciążenia czy podrażnienia struktur okołokręgosłupowych bezpośrednio wiąże się z właściwą dystrybucją napięcia mięśni, a ich aktywność wprowadza w ruch elementy kostne. Nieprawidłowości wynikające z braku kontroli ustawienia czy działania poszczególnych elementów i układów ustroju mogą powodować występowanie nieprawidłowych reakcji neurofizjologicznych, zmian wzorców ruchowych, ograniczeń funkcjonalnych oraz prowokować ból i związany z nim lęk.

Fizjoprofilaktyka w zakresie zaburzeń funkcji kręgosłupa powinna być skoncentrowana na edukacji posturalnej, odpowiednim ustawieniu poszczególnych części ciała względem siebie, kontroli aktywności mięśniowej, kontroli oddechu i wykorzystywaniu wzorców ruchowych, by ruch był bezpieczny, bezbolesny, a tym samym nie wywoływał lęku.

Odnosząc się do typowych zasad anatomii, fizjologii i biomechaniki ciała ludzkiego, można wyróżnić 2 najbardziej rozpowszechnione mechanizmy przeciążeniowe:

- mechanizm przeciążenia traumatycznego, inaczej mówiąc doraźnego, mający podłoże typowo nagłe, najczęściej związane z wystąpieniem urazu, powstający w wyniku przekroczenia możliwości wytrzymałości struktur tkankowych – np. okołokręgosłupowych lub samego kręgosłupa;
- mechanizm przeciążenia zmęczeniowego, związany z długotrwałym, cyklicznie powtarzającym się obciążaniem określonych struktur naruszającym stabilność kręgosłupa, prowadzącym do uszkodzenia nawet wówczas, gdy nie została przekroczona wytrzymałość tkankowa.

Czynności, podczas których może dojść do wystąpienia przeciążenia, jest bardzo wiele; wiąże się one głównie z ręcznym przemieszczaniem pacjenta, czyli podnoszeniem, przytrzymywaniem, przenoszeniem, pchaniem i ciągnięciem. Stopień narażenia na przeciążenie zawsze zależy od bardzo wielu czynników, które trzeba wziąć pod uwagę. Są to np.:

- czynniki związane z pacjentem: masa i wysokość ciała;
- czynniki związane z pracownikiem: pozycja ciała (ciało wyprostowane, skrócone, pochylone, w przysiadzie), sekwencja ruchów, technika wykonywania czynności, czas i częstotliwość wykonywania zadania, ergonomia miejsca pracy (powierzchnia miejsca do wykonywania ruchów), przeszkody fizyczne, rodzaj nawierzchni.

Nie należy również zapominać o prozaicznych, ale niezwykle istotnych elementach pracy, które mogą zwiększyć wygodę i bezpieczeństwo wykonywania czynności zawodowych, czyli stroju, który nie powinien ograniczać swobody ruchów, oraz właściwym zaopatrzeniu stóp, tj. ergonomicznym obuwiu, współpracującym z fizjologicznym ruchem, a jednocześnie stabilizującym stopę. Podeszwa powinna charakteryzować się odpowiednią przyczepnością.

Podczas wykonywania wszystkich czynności związanych zarówno z życiem codziennym, jak i zawodowym pracownicy sektora ochrony zdrowia często popełniają wiele błędów, m.in. nadmiernie wyginają kręgosłup zamiast wykorzystywać fizjologiczne możliwości sił wytwarzanych podczas ruchu w stawach. Mięśnie stabilizujące tułów powinny być aktywne, usztywniając, a w zasadzie kontrolując i zabezpieczając w ten sposób kręgosłup podczas pracy.

Pozycja ciała ma ścisły związek z wykorzystaniem stawów. Pojawia się współdziałanie sił ściskających oraz prostopadłe działających do nich sił tnących. Siły tnące oddziałują na organizm podczas przyjmowania określonych pozycji i przy dużych obciążeniach, w związku z czym konieczne jest edukowanie wszystkich pracowników sektora ochrony zdrowia na temat ograniczenia ich działania poprzez świadomą kontrolę ustawienia ciała i przyjmowanie odpowiedniej pozycji przed wykonaniem czynności zawodowej.

Technika wykonywania czynności zawodowych przez osoby zatrudnione w sektorze ochrony zdrowia powinna być systematycznie ćwiczona. Zwiększenie wiedzy na temat przyczyn i możliwości wystąpienia uszkodzeń tkankowych, jak również podstaw biomechaniki, fizjologii oraz fizjoprofilaktyki i ergonomii zmierzające do zmian nawyków ruchowych i wdrożenia mechanizmów zapobiegających incydentom pozwoli zachować bezpieczeństwo w pracy i poczucie zdrowia.

Osoby zatrudnione w sektorze ochrony zdrowia oprócz ręcznego przemieszczania pacjenta są zobligowane do wykonywania innych prac silnie obciążających układ mięśniowo-szkieletowy, takich jak przenoszenie ciężkich przedmiotów, worków z brudną bielizną, artykułów i wyrobów medycznych, różnego rodzaju sprzętu dodatkowego, długotrwałego przyjmowania statycznych pozycji, wymuszonych np. podczas realizowania procedur medycznych. Czynności te są wykonywane niemal przez wszystkie grupy zawodowe.^{16,17}

Duże ryzyko wystąpienia przeciążenia ma miejsce w następujących sytuacjach:

- kiedy przedmiot lub część ciała pacjenta są zbyt ciężkie lub mają zbyt duże rozmiary;
- kiedy realizowana czynność wymaga skręcenia lub pochylenia ciała albo skręcenia i pochylenia ciała jednocześnie;
- podczas wykonywania czynności z wyciągniętymi ramionami, daleko od ciała;
- kiedy warunki lokalowe nie zapewniają odpowiedniej ilości miejsca na swobodne wykonywanie ruchów związanych z pracą;
- kiedy jest konieczne zdejmowanie lub wkładanie przedmiotów powyżej linii ramion lub poniżej linii kolan;
- kiedy zachodzi potrzeba wykonywania czynności w rękawicach, ponieważ substancje mają właściwości toksyczne, drażniące itp.;
- kiedy presja czasu ogranicza możliwości wykorzystania przerwy w pracy;

- w przypadku niedoborów kadrowych, które doprowadzają do przemęczenia, ponieważ nie ma możliwości przekazania czynności innej osobie.
- Przemęczenie fizyczne i psychoemocjonalne manifestuje się uczuciem osłabienia i bólem, najczęściej zlokalizowanym w okolicy pleców, ramion, przedramion, głowy, stóp, stawów kolanowych i biodrowych.

4.4. Podstawowe zasady fizjoprofilaktyki i ergonomii zmniejszające ryzyko ograniczeń prawidłowości funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego w grupie pracowników sektora ochrony zdrowia

Przed przystąpieniem do wykonania czynności zawodowej należy:

- przeprowadzić kontrolę ustawienia własnego ciała (głowy, ramion, klatki piersiowej, tułowia, kręgosłupa, miednicy, kończyn górnych i dolnych oraz stóp), co pozwoli odpowiednio przygotować się do realizacji zadania, zarówno podczas zabiegu chirurgicznego, jak i udzielania pomocy osobie poszkodowanej czy wspomagania, usprawniania i przemieszczania pacjenta;
- ciało ustawić tak, by wykorzystać jego możliwości funkcjonalne – ugiąć kolana, biodra, kręgosłup ustawić w pozycji bezpiecznej;
- skontrolować miejsce pracy pod kątem możliwości wykonania koniecznego ruchu i sprawnego przeprowadzenia całej czynności;
- dostosować miejsce pracy do możliwości indywidualnych osób pracujących, np., o ile to możliwe, ustawić łóżko na odpowiedniej wysokości, nawet jeśli jest to krótkotrwałe badanie;
- jeśli pracę przy łóżku pacjenta wykonują 2 osoby, wysokość łóżka dostosować do niższej osoby – wyższy pracownik powinien mocniej ugiąć kolana i biodra, kręgosłup obu pracujących osób powinien zawsze pozostawać w pozycji bezpiecznej;
- jeżeli czynność zawodowa będzie związana z przemieszczaniem pacjenta, np. w obrębie łóżka, koniecznie przygotować (o ile jest dostępny) sprzęt mogący usprawnić czynność, np. maty poślizgowe (przesuwanie pozwala uniknąć podnoszenia).

Podczas wykonywania czynności należy:

- jeśli tylko to możliwe, włączyć pacjenta do działania i wykorzystywać choćby najmniejsze jego możliwości funkcjonalne, tym samym zmniejszając własne obciążenie;
- starać się stawać bliżej tej strony, z której leży pacjent, przygotować ciało pacjenta przed przystąpieniem do wykonywania czynności, poinstruować pacjenta, jak będzie przebiegało jej wykonanie;
- samokontrolować ustawienie kręgosłupa (pozycja bezpieczna);
- jeśli tylko to możliwe, starać się pchać przedmioty czy sprzęty, a nie ciągnąć je;
- jeśli to możliwe, pchać i ciągnąć, a nie podnosić;
- starać się wykonywać czynności jak najbliżej własnego ciała, unikać pracy z wyprostowanymi kończynami górnymi, daleko od ciała;

- unikać pochylania tułowia w przód poprzez zgięcie kręgosłupa, nawet podczas realizacji krótkotrwałych procedur medycznych;
- unikać jednoczesnego zginania i skręcania tułowia (kręgosłupa) – ruch powinien odbywać się z wykorzystaniem kończyn dolnych poprzez zmianę ustawienia stóp;
- unikać „zapierania” się biodrami o łóżko pacjenta, tym samym ograniczając pracę stawów kolanowych i biodrowych;
- jeśli tylko to możliwe, unikać skłonów, wykorzystywać przysiad – podnoszenie powinno odbywać się poprzez zgięcie stawów biodrowych, działających na zasadzie „zawiasów”, oraz poprzez zgięcie stawów kolanowych;
- podczas wykonywania przysiadu kontrolować ustawienie stóp, obserwować ruch kolan, które powinny być skierowane lekko na zewnątrz, podążać w kierunku palców stóp, a nie zmierzać do środka;
- zadbać o równomierne obciążenie stóp;
- starać się równomiernie obciążać każdą stronę ciała, unikać pracy asymetrycznej, unikać jednostronnego ciągnięcia, pchania, sięgania;
- poruszać się poprzez przenoszenie środka ciężkości ciała w przód i w tył lub/i na boki;
- ruch starać się wykonywać płynnie, bez szarpnięć i dźwigania, powoli, w pełnej kontroli kierunku ruchu;
- jeśli to możliwe, czynność wykonywać z kontrolą oddechu – nie wstrzymywać powietrza, szczególnie podczas czynności wymagających zwiększonego wysiłku, ponieważ może to wywołać powysiłkowe zaburzenia funkcji np. mięśni;
- koncentrować się na stworzeniu warunków sprzyjających ergonomicznemu wykonaniu zadania;
- stosować „minipauzy”, podczas których konieczne przyjmować właściwe pozycje dla efektywnego odpoczynku.

Należy pamiętać, że obciążenie ciała i wysiłek fizyczny towarzyszący pracy z pacjentem różni się pod względem skuteczności w zależności od tego, czy stosuje się właściwe zachowania i techniki, dlatego warto trenować i stosować zasady tak, by zmniejszać obciążenie osób pracujących.¹⁷

4.5. Podsumowanie

Zasadność realizacji założeń ergonomii i fizjoprofilaktyki w odniesieniu do podstaw medycyny stylu życia wspomaganych technikami skutecznego radzenia sobie ze stresem i wdrażaniem zasad efektywnej komunikacji w wielu krajach świata (Niemczech, Holandii, Finlandii, Szwecji, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie) jest w pełni zrozumiała i od wielu lat przynosi realne efekty.^{4,18,19} Wdrażanie monitoringu zdrowotnego na potrzeby szeroko pojętej profilaktyki zaburzeń funkcjonalnych bezpośrednio wynikających z czynności wykonywanych w pracy w zasadzie nie potrzebuje rekomendacji i uzasadnienia. Pracownicy mniej obolali, bardziej usatysfakcjonowani i wyposażeni w narzędzia do radzenia sobie z MSDs są zawsze bardziej efektywni, zrównoważeni, świadomi, zwiększa się ich poczucie bezpieczeństwa i komfortu w pracy.

Pracownicy systematycznie praktykujący bezpieczne techniki pracy i radzenia sobie z negatywnymi skutkami stresu to osoby spokojniejsze, bardziej empatyczne i pewne siebie.

Osoby zatrudnione w sektorze ochrony zdrowia każdego dnia podczas pracy są narażone na wiele zagrożeń, które wzajemnie się przenikają, powodując często bardzo odległe skutki. W wielu przypadkach są one możliwe do przewidzenia, ponieważ opis zagrożeń jest w zasadzie dobrze znany, zatem wydaje się, że można je eliminować. Istnieje jednak warunek: należy korzystać z doświadczeń i dobrych praktyk instytucji, które podejmują tego typu działania, i wdrożyć aktywny, planowy, konsekwentny i systematyczny proces monitoringu zachowań zdrowotnych pracowników.

Wprowadzenie zasad ergonomii i fizjoprofilaktyki, ich systematyczne rozwijanie i udoskonalanie to postawa, która powinna stać się elementem polityki poprawy jakości, higieny i bezpieczeństwa pracy osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia.^{4,20,21}

Praca zawodowa i styl życia nie powinny być omawiane jako odrębne zagadnienia. Fizjoprofilaktyka i ergonomia, związane z upowszechnianiem wiedzy praktycznej i teoretycznej, wciąż nie są wystarczająco „modne”, ponieważ ich efektów nie widać od razu. Nie noszą znamion nowoczesnych czy innowacyjnych technik, ponieważ ich podstawą jest świadomość, systematyczność i konsekwencja w działaniu. Jednak wdrożenie zasad ukierunkowanych na zachowanie zdrowia, stały ich monitoring oraz ocena efektywności to najistotniejsze elementy dobrego funkcjonowania człowieka. Monitorowanie wprowadzanych rozwiązań powinno być oczywistym elementem procesu kontroli jakości pracy. Na podstawie wyników obserwacji osoby zarządzające mogą modyfikować i udoskonalać system bezpieczeństwa i jakości pracy. Dość powszechne stało się błędne przekonanie, że osoby wykonujące pracę fizyczną, w tym pracownicy sektora ochrony zdrowia, mają podczas pracy wystarczającą ilość ruchu, są więc aktywne i sprawne fizycznie, zatem nie potrzebują dodatkowego wysiłku fizycznego. Czynności zawodowe, nawet jeśli są związane z wysiłkiem fizycznym, ale wykonywane w sposób niewłaściwy, nie przynoszą korzyści zdrowotnych. Korzyść zdrowotną może przynieść tylko odpowiednio przygotowany, świadomie ukierunkowany na potrzeby człowieka trening z określonym celem (rodzaj, intensywność, częstotliwość). Jego charakter jest zależny od wieku, płci, rodzaju czynności wykonywanych podczas pracy oraz ich częstotliwości. Nie bez znaczenia jest również kondycja psychofizyczna, która dynamicznie się zmienia i którą należy stale monitorować.⁴

4.6. Dobre praktyki

Poniżej przedstawiono działania profilaktyczne MSDs oraz występowania błędów wdrożone w Szpitalu św. Elżbiety w Tilburgu w Holandii.⁷

Podstawa wdrożenia: analiza wyników badań pozyskanych na podstawie danych dotyczących niezdolności do pracy oraz informacje wskazane przez lekarza medycyny pracy. Przyczyną niezdolności do pracy jest przede wszystkim ból w okolicy kręgosłupa, szyi i ramion.

Działania opierające się na komunikacji z pracownikami:

- prowadzi się rozmowy z pracownikami dotyczące powodów absencji;
- pytania są zróżnicowane i skoncentrowane na specyfice czynności zawodowych;
- celem podejmowanych działań jest poprawa warunków pracy, zwiększenie satysfakcji z pracy, poprawa jakości pracy oraz włączenie zdiagnozowanego problemu do procedur zapobiegawczych; dalsze cele to poprawa jakości opieki, rozwój osobisty, zmniejszenie liczby dni niezdolności do pracy;
- weryfikacja zastosowanych rozwiązań odbywa się na podstawie szczegółowych pytań ankiety;
- co kilka lat następuje powtórne badanie, które pozwala sprawdzić, czy wdrożone rozwiązania przynoszą satysfakcjonujące rezultaty.

Działania opierające się na szkoleniach:

- organizuje się specjalistyczne szkolenia na temat funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego;
- przeszkoleni pracownicy zostają ekspertami ds. ergonomii i są głosem doradczym w kwestii ergonomii, konsekwencją ich działań jest wdrażanie zasad ergonomii na każdym szczeblu organizacji;
- prowadzone są kontrole sprawdzające skuteczność zastosowanych rozwiązań w kontekście poprawy BHP;
- wszystkie zastosowane środki są zintegrowane z holenderskim systemem zarządzania jakością;
- na podstawie wyników corocznych audytów określone są kolejne zagadnienia, którymi trzeba się zająć.

Poziom techniczny (strukturalny): wdrażane są środki takie jak reorganizacja pomieszczeń, ergonomiczna organizacja miejsc pracy, zmiana planu i projektu strukturalnego (progi, drzwi automatyczne itp.). Wprowadzono np. ergonomiczny projekt ład w rejestracji, których wysokość (zbyt niskie) była przyczyną wielu problemów bólowych w okolicy szyi i ramion zgłaszanych przez pracowników, a także ustawiono stoły z regulacją wysokości na stanowiskach pracy z mikroskopem w laboratorium, dzięki którym pracownicy mogą pracować na siedząco lub stojąc.

Poziom organizacyjny: wdrażane są środki takie jak dostosowanie systemu opieki, poprawa procedur pracy, usprawnienie współpracy między grupami zawodowymi, pozyskiwanie ergonomicznego sprzętu, testowanie i zapewnianie pomocy oraz opracowanie programu szkolenia ustawicznego dla personelu pielęgniarstwa. Działania te obejmują również inny personel szpitala, np. osoby sprząające i pracujące w kuchni, którym są udzielane instrukcje dotyczące ergonomicznego sposobu pracy. Ważnym elementem są szkolenia dla ekspertów ds. ergonomii oraz szkolenia z zakresu ergonomii dla poszczególnych oddziałów.

Raz w roku kierownicy zespołów muszą przedstawić pełny program kursów szkoleniowych, które będą potrzebne w kolejnym roku.

Poziom osobisty: wdrażane są środki takie jak realizacja kursów szkoleniowych w zakresie rozwoju zasobów ludzkich oraz propagowanie i stosowanie środków ochrony indywidualnej (odzież, obuwie). Szkolenia są prowadzone wewnętrznie, a odpowiedzialni za ich realizację są kierownicy zespołów oraz eksperci ds. ergonomii.

Regularnie dostarczane są narzędzia pomocnicze w celu poprawy jakości pracy (maty poślizgowe, przenośniki rolkowe, podnośniki) oraz są organizowane szkolenia ze sposobu ich używania.

Jeżeli chodzi o obuwie robocze, sugerowane są pewne wymagania, ale nie są one obowiązkowe. Specjalne obuwie robocze jest obowiązkowe w sali operacyjnej, na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz podczas przewożenia pacjentów.

Nawiązano współpracę z centrum sportu i fitness, w którym pracownicy mogą korzystać ze zniżek. Prowadzone są również wewnętrzne kursy jogi oraz zajęcia z medytacji.

Źródła wiedzy eksperckiej: dużą rolę odgrywa udział w sieci najlepszych szpitali klinicznych oraz dostęp do sieci pracowników ds. BHP. Spotkania realizowane są cyklicznie, 3 razy w roku, w celu wykorzystania nowych pomysłów. Finansowanie działań z zakresu ergonomii odbywa się na poziomie poszczególnych oddziałów. Podstawą realizacji założeń jest komunikacja. Osoby zarządzające jednostką uczestniczą w procesie przeprowadzania ankiet i formułowania zaleceń.

Ocena skuteczności: skuteczność poszczególnych rozwiązań i ich trafność jest oceniana poprzez badanie ankietowe oraz wnioski z prowadzonych z kierownictwem jednostek rozmów. Kluczem do sukcesu okazują się małe zmiany, wdrażanie szybkich i skutecznych rozwiązań, które są zgodne z szeroko pojętą polityką ergonomii zakładu. Podstawą zapewnienia zrównoważonego charakteru środków jest regularna kontrola oceny ryzyka, którą przeprowadza się w szpitalu co 2 lata.

Kluczowe pojęcia

ergonomia – „nauka o optymalnym przystosowaniu stanowisk, procesów i środowiska pracy do możliwości psychofizycznych człowieka, tak by nie tylko uchronić jego życie i zdrowie, lecz dać mu również możliwość jak najlepszego rozwoju osobowości”.⁷ Twórcą pojęcia ergonomii był polski profesor Wojciech Bogumił Jastrzębowski, który w 1857 r. uznał, że zachowanie zdrowia wiąże się ściśle z dostosowaniem życia zawodowego do niezwykle istotnych dla zachowania zdrowia anatomicznych i psychofizycznych możliwości człowieka. Uważał, że poprzez właściwą organizację i optymalizację elementów środowiska, w jakim żyje człowiek, można zwiększać efektywność pracy, ograniczając jednocześnie jej koszt biologiczny i fizjologiczny.¹¹

fizjoprofilaktyka – postępowanie polegające na przeciwdziałaniu, spowolnieniu, zahamowaniu lub wycofaniu się niekorzystnych skutków nieprawidłowego stylu życia, zmian inwolucyjnych oraz procesów chorobowych, m.in. poprzez popularyzację aktywności fizycznej, edukację zdrowotną, redukcję czynników ryzyka oraz diagnostykę funkcjonalną, podejmowane w celu uniknięcia lub zahamowania rozwoju problemów funkcjonalnych lub schorzeń.²²

Kluczowe pojęcia – cd.

zaburzenia funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego (ang. *musculoskeletal disorders* – MSDs) – określenie to najczęściej dotyczy występowania dolegliwości bólowych oraz różnego rodzaju problemów zdrowotnych obejmujących struktury kręgosłupa, zaburzenia prawidłowości funkcjonowania ramion, kończyn górnych i dolnych. Spektrum problemów zdrowotnych jest szerokie, zwykle w pojęciu tym zawierają się dolegliwości od lekkiego bólu po poważniejsze schorzenia, które wymagają zwolnienia z pracy lub leczenia. Występowanie chorób przewlekłych może prowadzić do niepełnosprawności i konieczności rezygnacji z pracy.²³

Pytania sprawdzające

1. Jakie są najczęściej występujące przyczyny zaburzeń funkcjonowania układu mięśniowo-szkieletowego (ang. *musculoskeletal disorders* – MSDs) wynikające z wykonywania czynności zawodowych w grupie osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia?
2. Jakie rozwiązania systemowe można zaproponować, by zapobiec rozwojowi MSDs?
3. Co to jest ergonomia pracy?
4. Jakie można zastosować działania praktyczne, by ograniczyć MSDs?
5. Jakie można zastosować działania praktyczne, by ograniczyć skutki długotrwale utrzymującego się stresu związanego z pracą zawodową?

Piśmiennictwo

1. International Labour Organization. R1 57 – Nursing Personnel Recommendation, 1977 (No. 157). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312495:NO. Dostęp 9.06.2020.
2. Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeulen J. *Fourth European Working Conditions Survey*. Dublin, Irlandia: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2007. <https://www.eurofound.europa.eu/pl/publications/report/2007/working-conditions/fourth-european-working-conditions-survey#tab-01>. Dostęp 9.06.2020.
3. Podniecie Z; European Agency for Safety and Health at Work. *Work-related Musculoskeletal Disorders: Prevention Report*. Luksemburg, Luksemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008. <https://osha.europa.eu/en/publications/report-work-related-musculoskeletal-disorders-prevention-report/view>. Dostęp 9.06.2020.
4. European Agency for Safety and Health at Work. *Musculoskeletal disorders in the healthcare sector*. <https://osha.europa.eu/en/publications/musculoskeletal-disorders-healthcare-sector/view>. Opublikowano 21.06.2020. Dostęp 21.07.2020.
5. Crawford JO, Graveling R, Davis A, et al; European Agency for Safety and Health at Work. *Work-related Musculoskeletal Disorders: From Research to Practice. What Can Be Learnt? European Risk Observatory Report 2020*. Luksemburg, Luksemburg: Office for Official Publications of

- the European Communities; 2020. <https://osha.europa.eu/pl/publications/work-related-musculoskeletal-disorders-research-practice-what-can-be-learned/view>. Dostęp 21.07.2020.
6. European Agency for Safety and Health at Work. E-fact 18: Risk assessment in health care. <https://osha.europa.eu/en/publications/e-fact-18-risk-assessment-health-care/view>. Opublikowano 28.02.2007. Dostęp 9.06.2020.
7. Komisja Europejska. *Zagrożenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w sektorze opieki zdrowotnej*. Luksemburg, Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej; 2013. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b29abb0a-f41e-4cb4-b787-4538ac5f0238/language-pl/format-PDF>. Dostęp 9.06.2020.
8. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. *Gefährdungsbeurteilung*. 2017.
9. Europejska Fundacja na Rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy. *Badania warunków pracy w Europie (EWCS)*. <https://www.eurofound.europa.eu/pl/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs>. Opublikowano 29.01.2015. Dostęp 21.07.2020.
10. Encyklopedia PWN. Hasło 'ergonomia'. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/ergonomia;3898447.html>. Dostęp 9.06.2020.
11. Jastrzębowski W. *Rys ergonomii, czyli nauki o pracy, opartej na prawdach poczerpniętych z nauki przyrody*. Warszawa, Polska: Instytut Ochrony Pracy; 1997.
12. Bevan S. Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(3):356–373. doi:10.1016/j.berh.2015.08.002
13. Carayon P, Xie A, Kianfar S. Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(3):196–205. doi:10.1136/bmjqs-2013-001812
14. Lunde L-K, Koch M, Knardahl S, et al. Musculoskeletal health and work ability in physically demanding occupations: Study protocol for a prospective field study on construction and health care workers. *BMC Public Health*. 2014;14:1075. doi:10.1186/1471-2458-14-1075
15. Klempous R, Nikodem J, Kluwak K, et al. Motion capture analysis supporting lifting technique optimization for occupational safety diagnosis. W: Moreno-Díaz R, Pichler F, Quesada-Arencibia A, red. *Computer Aided Systems Theory – EUROCAST 2019: 17th International Conference*. Cham, Szwajcaria: Springer; 2020. doi:10.1007/978-3-030-45093-9
16. Holtermann A, Clausen T, Jørgensen MB, et al. Does rare use of assistive devices during patient handling increase the risk of low back pain? A prospective cohort study among female healthcare workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(3):335–342. doi:10.1007/s00420-014-0963-4
17. Kuijter PP, Verbeek JH, Visser B, et al. An evidence-based multidisciplinary practice guideline to reduce the workload due to lifting for preventing work-related low back pain. *Ann Occup Environ Med*. 2014;26:16. doi:10.1186/2052-4374-26-16
18. Amick BC, Tullar JM, Brewer S, et al. *Interventions in Health-care Settings to Protect Musculoskeletal Health: A Systematic Review*. Toronto, Kanada: Institute for Work & Health; 2006. <https://www.iwh.on.ca/scientific-reports/interventions-in-health-care-settings-to-protect-musculoskeletal-health>. Dostęp 9.06.2020.
19. Freiberg A, Euler U, Girbig M, Nienhaus A, Freitag S, Seidler A. Does the use of small aids during patient handling activities lead to a decreased occurrence of musculoskeletal complaints and diseases? A systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(4):547–549. doi:10.1007/s00420-015-1094-2
20. Nieva VE, Sorra J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(supl 2):17–23. doi:10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
21. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res*. 2009;44(2 Pt 1):399–421. doi:10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x
22. Uchwała nr 384/I Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie przyjęcia definicji oraz zakresu prowadzenia działalności fizjoprofilaktycznej. https://kif.info.pl/file/2019/05/384_I_KRF_definicja_fizjoprofilaktyki_z_zalacznikiem.pdf. Dostęp 9.06.2020.
23. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. *Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego*. <https://osha.europa.eu/pl/themes/musculoskeletal-disorders>. Dostęp 21.07.2020.

5. Psychospołeczne czynniki ryzyka w środowisku pracy personelu medycznego a bezpieczeństwo pacjenta

Łukasz Rypicz

5.1. Wprowadzenie do problematyki

Mówiąc o bezpieczeństwie pacjenta w systemie opieki zdrowotnej, nie można pominąć rozwiązań zaczerpniętych z lotnictwa. To właśnie lotnictwo jest pionierem w kwestii systemów bezpieczeństwa (tabela 5.1). Przemysł ten opracował procesy i rozwiązania, które mogą być przydatne w ochronie zdrowia, chociaż nie można ich przenosić do niej bezpośrednio – wynika to z wielu różnic, jakie dzielą oba te sektory. O skuteczności systemów bezpieczeństwa w lotnictwie mogą świadczyć statystyki dotyczące średniej rocznej liczby zgonów w zestawieniu z liczbą zgonów pacjentów w systemie opieki zdrowotnej. Pomimo podwojenia liczby godzin lotów na całym świecie w ciągu ostatnich lat (z ok. 25 mln w 1993 r. do 54 mln w 2013 r.) liczba ofiar śmiertelnych spadła z ok. 450 do 250 rocznie. Dla porównania – szacuje się, że w samych Stanach Zjednoczonych każdego roku występuje ok. 200 tys. zgonów z przyczyn medycznych, którym można było zapobiec.¹

Tabela 5.1. Wybrane zasady/działania stosowane w celu podnoszenia bezpieczeństwa w lotnictwie, które są wykorzystywane także w opiece zdrowotnej

Zasada/działanie podnoszące poziom bezpieczeństwa	Charakterystyka zasady/działania
Lista kontrolna (ang. <i>checklist</i>)	Potrzeba stosowania list kontrolnych opiera się na założeniu, że podczas wykonywania procedur ludzki mózg może podlegać 3 kluczowym ograniczeniom poznawczym: • można zapomnieć o wykonaniu jednego z wielu etapów procedury; • można pamiętać o wykonaniu danego etapu procedury, ale z jakiegoś powodu (np. rozproszenie uwagi, zmęczenie) go nie wykonać; • można pamiętać o wykonaniu danego etapu procedury, ale wykonać go niepoprawnie. W lotnictwie funkcjonują 3 rodzaje list kontrolnych: • do prostych, rutynowych procedur; • do bardziej złożonych procedur; • do procedur awaryjnych. W opiece zdrowotnej listy kontrolne znajdują zastosowanie głównie w chirurgii oraz kontroli zakażeń.

Tabela 5.1 cd. Wybrane zasady/działania stosowane w celu podnoszenia bezpieczeństwa w lotnictwie, które są wykorzystywane także w opiece zdrowotnej

Zasada/działanie podnoszące poziom bezpieczeństwa	Charakterystyka zasady/działania
Zarządzanie zasobami załogi (ang. <i>crew resource management</i> – CRM)	CRM zasadniczo dotyczy interakcji członków załogi i świadomości czynników wpływających na wydajność. Wyróżniono 5 funkcji zarządzania zasobami załogi: • współpracę; • przywództwo; • zarządzanie obciążeniem pracą; • świadomość sytuacji; • podejmowanie decyzji. Załoga samolotu jest znacznie mniej zhierarchizowana niż zespół medyczny, bo może się składać tylko z pierwszego i drugiego pilota. Z kolei zespół osób w sali operacyjnej jest bardziej zróżnicowany, charakteryzuje się wyraźniejszymi rolami i bardziej skomplikowaną hierarchicznością (wiele poziomów podległości służbowej). Nieprawidłowości w komunikacji w zespole medycznym mają miejsce częściej niż w kokpicie samolotu – wynika to z szerokiego zakresu obowiązków personelu i zakłóceń, które występują w wielu interakcjach w działalności klinicznej – są wynikiem m.in. deficytu personelu medycznego, nadmiernego obciążenia pracą oraz wielozadaniowości.
Zasada „sterylnego kokpitu”	Zasada „sterylnego kokpitu” odnosi się do środowiska wolnego od niepotrzebnych zakłóceń. Może pośrednio lub bezpośrednio poprawić bezpieczeństwo pacjenta, jeśli zostanie zastosowana w kluczowych punktach procedur klinicznych. Środowisko wolne od zakłóceń jest szczególnie ważne, gdy przeprowadzana jest kluczowa lub złożona procedura, bez względu na to, czy jest to skomplikowany etap zabiegu chirurgicznego w opiece zdrowotnej, czy start/lądowanie w lotnictwie. Częstość występowania zakłóceń w opiece zdrowotnej ma negatywny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. Zasadę „sterylnego kokpitu” stosuje się choćby w procesie farmakoterapii – w trakcie przygotowywania leków dla pacjentów, wywieszając tabliczki z napisem „nie przeszkadzaj”.
Raportowanie zdarzeń niepożądanych	Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych ma kluczowe znaczenie w procesie zapewnienia bezpieczeństwa, ponieważ jest źródłem wielu cennych informacji. W lotnictwie często dochodzi do poważnych błędów, których przyczyny są analizowane i odtwarzane podczas szkoleń. Pozwala to na wdrażanie konkretnych zaleceń proceduralnych stosowanych np. w przypadku katastrof lotniczych. W praktyce klinicznej zdarzenia niepożądane, takie jak powikłania, często uważa się za rutynowe i dlatego nie są zgłaszane. Ponadto nadal w wielu krajach pracownicy medyczni odczuwają obawę przed obwinianiem ich z tytułu popełnionego błędu. Kolejnym powodem niezgłaszania zdarzeń może być brak czasu będący wynikiem dużego obciążenia pracą. Część personelu może nie rozumieć, dlaczego raportowanie jest potrzebne. Jak pokazują doświadczenia z lotnictwa, nauka na „niby zdarzeniach niepożądanych” (ang. <i>near misses</i> – sytuacjach, w których błąd zostaje wykryty przed następnym etapem procesu) jest bardzo pouczająca, dlatego warto promować raportowanie zdarzeń niepożądanych i błędów każdego rodzaju.

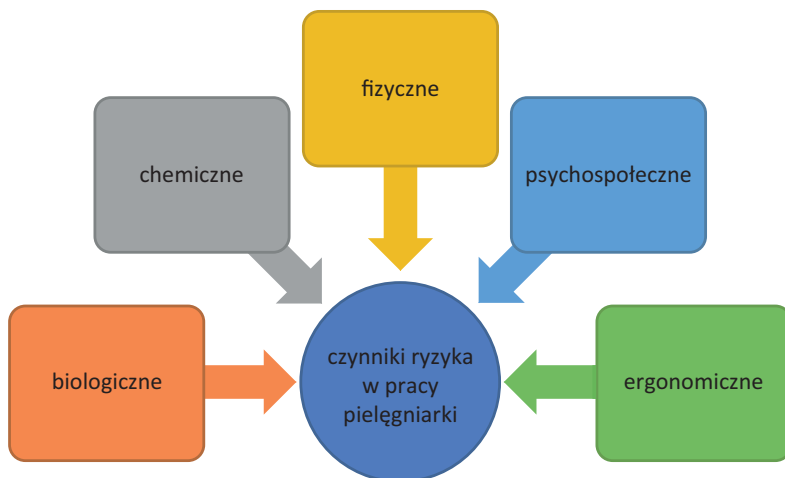
Opracowano na podstawie: Rutherford W. Aviation safety: A model for health care? *Qual Saf Health Care*. 2003;12(3):162–163. doi:10.1136/qhc.12.3.162

5.2. Praca zmianowa a bezpieczeństwo pacjenta

W systemie opieki zdrowotnej możemy wyróżnić wiele czynników: ukrytych i aktywnych, systemowych czy też indywidualnych, które oddziałują na siebie i powodują zdarzenia niepożądane związane z bezpieczeństwem pacjenta. Jednym z ważniejszych czynników wpływających na bezpieczeństwo pacjenta są tzw. czynniki ludzkie (ang. *human factors*).²

Grupa zawodowa pielęgniarek i pielęgniarzy jest narażona na działanie licznych szkodliwych czynników, które można pogrupować w następujące kategorie: biologiczne, chemiczne, fizyczne, psychospołeczne oraz ergonomiczne (ryc. 5.1).^{3,4}

Personel medyczny należy do tej grupy pracowników, którzy realizują swoje obowiązki zawodowe w systemie zmianowym. Pracownikiem zmianowym jest każdy, kto pracuje w systemie zmianowym i innych zmiennych i niestandardowych godzinach, w tym pracownicy, którzy pracują do późnych godzin nocnych lub zaczynają pracę bardzo wcześnie rano. Prawie 15% pełnoetatowych pracowników w Stanach Zjednoczonych to pracownicy zmianowi zatrudnieni w wielu różnych branżach. Około 8 mln z nich regularnie pracuje w ciągu nocy, a szacuje się, że ok. 20 mln z nich, w tym tych, dla których optymalne funkcjonowanie przez cały czas ma kluczowe znaczenie (np. strażacy, policjanci, pracownicy ochrony zdrowia), rozpoczyna pracę w wyjątkowo wczesnych godzinach.⁵ W Polsce ok. 8% wszystkich zatrudnionych osób pracuje w systemie zmianowym. Dane statystyczne wskazują, że największa grupa osób pracujących w tym systemie jest zatrudniona w sektorach: przemysłowym, ochrony zdrowia, transportowym oraz wydobywczym.⁶



Ryc. 5.1. Czynniki ryzyka zawodowego w pracy pielęgniarzy

Opracowano na podstawie: Kuriata E, Felińczak A, Szachniewicz M, et al. Rozpoznawanie przez pielęgniarki szkodliwych czynników chemicznych i fizycznych na stanowiskach pracy w szpitalu. *Fam Med Primary Care Rev.* 2012;14(1):29–36.

Według art. 128 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy praca zmianowa to wykonywanie pracy wg ustalonego rozkładu czasu pracy przewidującego zmianę pory wykonywania pracy przez poszczególnych pracowników po upływie określonej liczby godzin, dni lub tygodni.⁷

Bez wątpienia praca zmianowa jest bardzo obciążająca dla organizmu, wpływa na jego wydolność, a w konsekwencji na zdolność do pracy (tabela 5.2). Dane szacunkowe mówią, że tylko 10% osób podejmujących pracę w trybie zmianowym jest zdolnych do jej kontynuowania bez ponoszenia większych konsekwencji zdrowotnych aż do przejścia na emeryturę. Praca w systemie zmianowym i nocnym oddziałuje na stan fizyczny i psychiczny pracownika. Doprowadza do zaburzenia rytmu biologicznego, co może się przekładać na większe zmęczenie podczas wykonywania obowiązków służbowych.⁸

Każdy z nas ma dobowy cykl zdolności do pracy. Krzywa zdolności do pracy charakteryzuje się 2 pikami: porannym i popołudniowym. Im większa zdolność do pracy, tym mniejszego wysiłku wymaga jej wykonanie. U ludzi można zaobserwować zmiany wydajności, które niekiedy mają charakter interwałowy, tzn. przechodzenie od szybkiego tempa pracy do wolnego i z powrotem. Skutkiem tego jest szybko występujące zmęczenie i objawy neurasteniczne, tj. poczucie niemożności podołania pracy. Badania wykazują, że dobowym wahaniom podlega również sprawność psychiczna.⁹

Długotrwałe występowanie skutków pracy zmianowej, takich jak zaburzenia układu pokarmowego, dolegliwości ze strony układu krążenia czy też problemy ze snem, mogą ostatecznie doprowadzić do przewlekłego zmęczenia, depresji, a w konsekwencji do dezorganizacji pracy nocnej, co w przypadku personelu medycznego wpływa na obniżenie bezpieczeństwa pacjenta.¹⁰

Czułość i wydajność pracowników zmianowych są kluczowe dla bezpieczeństwa pacjentów. Niestety praca zmianowa powoduje zaburzenie rytmu dobowego człowieka,

Tabela 5.2. Skutki pracy zmianowej

Skutki biologiczne	Skutki socjologiczne	Skutki zdrowotne
- wykonywanie pracy umysłowej w niewykorzystanych fazach rytmu okołodobowego - niezgodność faz rytmów czynności fizjologicznych (trawienia i rytmów przewodu pokarmowego, nietypowe pory przyjmowania posiłków) - zmiany charakterystyk rytmów okołodobowych (zwłaszcza w pracy nocnej), tj. amplitudy, akrofazy, okresu - niepełnowartościowość snu	- upośledzenie udziału w życiu społecznym - upośledzenie korzystania z różnych form wypoczynku - upośledzenie aktywności pozazawodowej i towarzyskiej - upośledzenie życia rodzinnego	- schorzenia układu pokarmowego (ból nadbrzusza, zgaga, zaburzenia perystaltyki jelitowej, choroba wrzodowa, zespół metaboliczny) - schorzenia układu krążenia (choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze) - schorzenia onkologiczne - zaburzenia neuropsychiatryczne (zaburzenia nerwicowe, stany lękowe, depresja, lekomania) - zaburzenia snu (zmiany w wydzielaniu hormonów, różne postacie bezsenności, deficyt snu)

Opracowano na podstawie: Stryjewski P, Kuczaj A, Domal-Kwiatkowska D, Mazurek U, Nowalany-Kozielska E. Wpływ pracy nocnej i zmianowej na zdrowie pracowników. *Przegl Lek.* 2016;73(3):513–514.

co przekłada się na te parametry. Zbyt krótki lub płytki sen może powodować wiele negatywnych skutków, w tym ograniczenie zdolności poznawczych, zaburzenia psychomotoryczne, opóźniony czas reakcji i zmniejszoną koncentrację. Po 12 godzinach dyżuru ryzyko popełnienia błędu podczas realizacji zlecenia lekarskiego na lek może być nawet 2-krotnie większe niż podczas dyżuru 8-godzinnego.¹¹ Bezpieczeństwo pacjenta jest najbardziej zagrożone, kiedy personel stara się nie zasnąć w drugiej połowie zmiany, szczególnie podczas dyżurów nocnych. Badania wykazują, że pracownicy mają najgorszą wydajność pomiędzy godziną 4:00 a 6:00, tuż po osiągnięciu minimalnej temperatury ciała.¹¹

5.3. Stres w miejscu pracy personelu medycznego

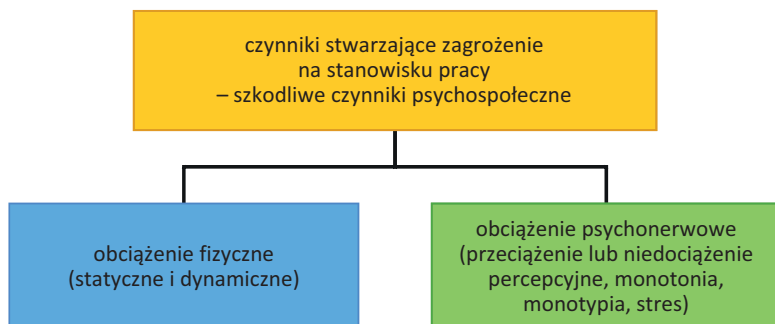
Personel medyczny jest narażony na działanie wielu czynników wywołujących stres. Jedną z grup zawodowych, u których dość dogłębnie zbadano zjawisko stresu w miejscu pracy, są pielęgniarki. Praca związana z ratowaniem zdrowia i życia ludzkiego powoduje duże obciążenie psychospołeczne. Jest to wypadkowa wielu czynników, m.in.: infrastruktury budynku, relacji interpersonalnych, czasu trwania pracy oraz zmianowości jej trybu, stopnia odpowiedzialności, szybkości podejmowania decyzji, ale również kontaktu z cierpieniem i śmiercią.¹²

W psychofizjologii i psychologii pracy stres jest definiowany jako psychologiczna lub/i fizjologiczna reakcja organizmu na jakieś zagrożenie.¹³ Definicja ta opiera się na klasycznym podejściu do syndromu ogólnej adaptacji (ang. *general adaptation syndrome* – GAS), który został opisany przez Hansa Selyego. GAS składa się z 3 faz: reakcji alarmowej (mobilizacja organizmu poprzez zmiany fizjologiczne i hormonalne), fazy odporności (czyli optymalnego przystosowania uzyskanego dzięki zaktywizowaniu odpowiednich systemów) oraz fazy wyczerpania (wyczerpania zasobów adaptacyjnych).¹³

Potencjalne stresory w miejscu pracy można pogrupować w 6 kategorii¹⁴:

- czynniki związane z wykonywaną pracą – obciążenia ilościowe i jakościowe, presja czasu, odpowiedzialność za życie;
- czynniki związane z pełnieniem określonej roli w organizacji – niejednoznaczność przypisanej funkcji, odpowiedzialność za zespół;
- źródła stresu będące wynikiem konfliktów interpersonalnych – konflikty z przełożonymi i podwładnymi, trudności w umiejętnym delegowaniu zadań;
- czynniki związane z rozwojem zawodowym – brak poczucia stabilizacji, obawa przed redukcją etatów, brak możliwości rozwoju i awansu;
- czynniki związane ze strukturą i klimatem organizacji – brak udziału w podejmowaniu decyzji, nieskuteczna komunikacja, poczucie wyłączenia ze społeczności zawodowej;
- czynniki związane z relacją praca – dom – trudności w godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi, obowiązek sprawowania opieki nad chorymi rodzicami, trudności w godzeniu karier obu małżonków/partnerów.

Psychofizyczne czynniki szkodliwe stwarzające zagrożenie na stanowisku pracy można również pogrupować w 2 kategorie, ze względu na obciążenie fizyczne oraz psychoenerwowe (ryc. 5.2).¹⁵



Ryc. 5.2. Psychospołeczne czynniki ryzyka na stanowisku pracy

Opracowano na podstawie: Sienkiewicz Z, Paszek T. Zawodowe zagrożenia zdrowia pielęgniarek we Wspólnocie Europejskiej. W: Wrońska I, Krajewska-Kułak E, red. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*. Lublin, Polska: Czelej; 2007.

Największe obciążenie psychiczne w pracy pielęgniarek jest związane z presją czasu i odpowiedzialnością, co przekłada się bezpośrednio na wydajność i efektywność. Okazuje się, że praca przy takim obciążeniu nie może być wykonywana przez dłuższy okres równie wydajnie, jak na początku. Badania naukowe przeprowadzone w Brazylii potwierdzają, iż zespół pielęgniarski, szczególnie pracujący na oddziałach ratunkowych, jest narażony na działanie stresorów o charakterze psychicznym, takich jak demotywacja, nadmierne obciążenie pracą czy obawy z powodu deficytu kadry pielęgniarskiej podczas dyżuru. Znajduje to odzwierciedlenie w jakości wykonywanej pracy.¹⁶

Rezultatem obciążenia psychicznego jest zmęczenie. Badania naukowe wykazują, że ponad 20% pracowników ma objawy zmęczenia, a te przekładają się na wzrost liczby popełnianych błędów medycznych i wypadków przy pracy. Uczucie zmęczenia jest cechą osobniczą, tzn. trudno wyznaczyć granicę pomiędzy obiektywnymi a subiektywnymi objawami tego stanu. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA International) definiuje zmęczenie jako „przytłaczające, utrzymujące się poczucie wyczerpania oraz spadek zdolności fizycznej i umysłowej pracy”.¹⁷

Okazuje się, że stresory związane z miejscem pracy (wpływające również na zakłócenie życia domowego) przyczyniają się do wzrostu liczby błędów choćby podczas procesu farmakoterapii realizowanego przez pielęgniarki. Identyfikowanie czynników wyzwalających ryzyko w procesach medycznych jest kluczowe do podejmowania działań o charakterze prewencyjnym.¹⁸

W czasach, kiedy systemy ochrony zdrowia borykają się z deficytem personelu medycznego, trudno niwelować, a co dopiero eliminować czynniki stresogenne. Jak podkreślono wyżej, może to mieć bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, liczbę zdarzeń niepożądanych czy też tzw. „niby zdarzeń niepożądanych”. Proste rozwiązania stosowane np. w lotnictwie (gdy jeden z pilotów jest zmęczony, a dowodzenie przejmuje drugi), które mogłyby być wdrażane w ochronie zdrowia, nie są powszechnie

wykorzystywane.¹⁹ Niestety brak odpowiedniej liczby pracowników podczas dyżuru nie pozwala obniżyć stresu związanego z wykonywaniem obowiązków ani nie sprzyja poprawie bezpieczeństwa pacjenta.

5.4. Wypalenie zawodowe

W maju 2019 r. wypalenie zawodowe (ang. *burn-out*) zostało uwzględnione w *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych. Rewizji jedenastej* (*International Classification of Diseases: 11th Revision* – ICD-11) jako zjawisko zawodowe (ang. *occupational phenomenon*). W obecnej chwili (2020 r.) wypalenie zawodowe nie jest klasyfikowane jako stan medyczny. Stan ten został opisany w rozdziale *Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia*. Wypalenie uwzględniono również w ICD-10, w tej samej kategorii, co w ICD-11, ale definicja z ICD-11 jest bardziej szczegółowa.²⁰

W zawodach medycznych zjawisko wypalenia zawodowego jest dość powszechne. Wpływa na to specyfika pracy, tj. intensywne zaangażowanie w kontakt z ludźmi, ciągła troska o innych czy też niemożność złapania dystansu. Wypalenie zawodowe determinują warunki pracy oraz cechy osobowości pracownika (tabela 5.3). Praca personelu medycznego jest dodatkowo dużym obciążeniem fizycznym, co potęguje wyczerpanie emocjonalne. W literaturze przedmiotu podkreśla się jednak, że najbardziej obciążające w pracy personelu medycznego są kontakty z osobami objętymi opieką – liczne silne emocje, niejednokrotnie bardzo negatywne, związane z procesem leczenia czy też umierania.²¹

Uważa się, że dobre samopoczucie lekarzy jest wskaźnikiem jakości organizacji opieki zdrowotnej – koncepcja ta została wprowadzona kilkadziesiąt lat temu i od tego czasu zyskuje coraz większe uznanie. Raport o stylu życia lekarzy ze Stanów Zjednoczonych z 2017 r. wykazuje, że 50% z nich zgłasza oznaki wypalenia zawodowego.²² Należy wspomnieć, że wypalenie zawodowe wiąże się ze zwiększonym ryzykiem chorób układu

Tabela 5.3. Determinanty wypalenia zawodowego

Warunki pracy	Cechy osobowości
• stopień psychicznego zaangażowania potrzebnego do wykonania pracy • nadmierny poziom osobistej odpowiedzialności za wykonane zadania, zwłaszcza przy braku swobody w zakresie sposobu ich realizacji • wysoki poziom wymagań, maksymalnie angażujący umiejętności pracownika, zmniejszający jego odporność i sprawność w trudnych sytuacjach • duże tempo pracy i fizyczne obciążenie pracownika • nieodpowiedni styl zarządzania organizacją • nieodpowiednie relacje interpersonalne	• niedojrzałość osobowości • niska samoocena • bierność i niepewność w obcowaniu z ludźmi • wycofanie się z kontaktów i zależność od innych

Opracowano na podstawie: Formański J. *Psychologia – podręcznik dla szkół medycznych*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.

krążenia i krótszą oczekiwaną długością życia, zwiększonym spożywaniem alkoholu, rozpadem związków, depresją, a nawet samobójstwami. Duże badanie przeglądowe z 2018 r., w którym analizowano związek wypalenia zawodowego lekarzy z bezpieczeństwem pacjenta, wykazało, że lekarz, który jest dotknięty zespołem wypalenia zawodowego, nie jest w stanie sprawować prawidłowej opieki nad pacjentem.²³ Samopoczucie lekarzy i jakość opieki zdrowotnej są kluczowymi i uzupełniającymi się wymiarami efektywności organizacji ochrony zdrowia. Konieczne są inwestycje w strategię organizacyjną w celu monitorowania i poprawy samopoczucia lekarzy.²⁴ Badanie dotyczące wpływu wypalenia zawodowego na bezpieczeństwo pacjenta u personelu pielęgniarstwa wykazało, że presja czasu oraz wysoki poziom wypalenia zawodowego zagrażają bezpieczeństwu pacjenta.²⁵

Korzystne są interwencje mające na celu poprawę kultury organizacji opieki zdrowotnej, a także skierowane do poszczególnych grup zawodowych, ale wspierane i finansowane przez organizacje opieki zdrowotnej. Wszelkie działania prewencyjne ukierunkowane na poprawę stanu psychicznego personelu medycznego powinny być promowane i wdrażane na szeroką skalę, ponieważ – jak już wspomniano – dobre samopoczucie personelu medycznego przekłada się na wzrost bezpieczeństwa pacjenta.

Teoria zachowania zasobów (ang. *conservation of resources theory* – COR) jest często wykorzystywana w celu wyjaśnienia zjawiska wypalenia zawodowego. Według COR napięcie rozwija się, jeśli dana osoba jest zagrożona utratą zasobów materialnych lub psychologicznych, faktycznie je traci lub pojawia się nierównowaga z powodu inwestycji w zasoby bez ich odpowiedniego przyrostu. Uważa się, że wypalenie zawodowe rozwija się szczególnie intensywnie w tym trzecim przypadku, tzn. ujemnego bilansu w zakresie zasobów. Konsekwencją takiego stanu rzeczy są wahania poszczególnych jednostek w kwestii inwestowania w swoją pracę. Skutki wypalenia zawodowego w organizacji można zilustrować w postaci cyklu. Wypalenie zawodowe personelu prowadzi do jego rotacji (konieczność zastąpienia osób niezdolnych do pracy). W dzisiejszych czasach jest to kolejne obciążenie dla i tak dużego deficytu kadry medycznej. Niedostatki personelu muszą być uzupełniane w celu zapewnienia ciągłości opieki, ale może to się odbijać na jej jakości – w postaci braku odpowiednio wykwalifikowanej kadry. Ostatecznie wszystko może skutkować obniżeniem jakości bezpieczeństwa pacjenta.²⁶

5.5. Podsumowanie

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi to jedno z ważniejszych zadań systemów opieki zdrowotnej. Wbrew pozorom, pomimo nowoczesnych technologii, systemów komputerowych, coraz lepszego zaplecza infrastrukturalnego i dostępu do olbrzymiej liczby źródeł wiedzy, jest to nie lada wyzwanie, nawet dla doświadczonych menedżerów. Dziś kadra zarządzająca musi z wielką ostrożnością balansować na granicy ryzyka, spełniając choćby podstawowe normy zatrudnienia pielęgniarek. W czasach, kiedy cierpimy na deficyt personelu medycznego, a średnia wieku pielęgniarek i lekarzy jest coraz wyższa, budowanie systemów bezpieczeństwa może się wydawać karkołomnym zadaniem. Braki w obsadzie dyżurowej powodują znaczne obciążenie psychiczne i fizyczne

personelu. Praca w kilku miejscach również źle oddziałuje na pracowników. Jeśli dodać do tego problemy dnia codziennego, powstaje komplet czynników psychospołecznych, które wpływają na bezpieczeństwo pacjenta i personelu medycznego. Nie warto „wywalać otwartych drzwi”, dlatego dobrą praktyką jest sięganie po sprawdzone rozwiązania. Podejście przemysłu lotniczego do problemu bezpieczeństwa jest niezwykle inspirujące. Należy się zastanowić, czy można wykorzystać rozwiązania z tego sektora w ochronie zdrowia i podobnie, czyli bez ustępstw, traktować poszczególne składowe systemu bezpieczeństwa. W lotnictwie nie ma miejsca na „częściowe spełnianie” standardów. Dzięki temu wyniki w zakresie bezpieczeństwa w lotnictwie są dużo lepsze niż w systemie opieki zdrowotnej. Bezkompromisowość w tym obszarze wydaje się przynosić najlepsze efekty.

5.6. Dobre praktyki

5.6.1. „Drzemka na zmiany”

Pielęgniarki pracujące w trybie 12-godzinny (z dyżurami nocnymi włącznie) mogą cierpieć na deficyt snu regeneracyjnego między zmianami. Ważne jest, aby kadra zarządcza i decydenci mieli tego świadomość i mogli opracować działania zapobiegawcze. W lotnictwie wprowadzono tzw. „drzemkę na zmiany” (ang. *on-shift nap*), co ma kompensować brak snu i redukować liczbę błędów. Ta prosta praktyka przyczyniła się do zwiększenia bezpieczeństwa w tym sektorze. „Drzemka na zmiany” jest strategią, która może okazać się korzystna dla pielęgniarek pracujących w szpitalach na długich zmianach (12-godzinnych) lub w nocy. Oczywiście w takim przypadku konieczne byłoby zapewnienie ciągłości opieki przez drugą osobę z personelu. Niestety drzemka w pracy nie jest dobrze widziana, nie postrzega się jej jako dopuszczalnej praktyki i może skutkować rozwiązaniem stosunku pracy. Potwierdzono licznymi badaniami, że krótkie drzemki mają działanie regenerujące, co może pośrednio lub bezpośrednio wpływać na bezpieczeństwo pacjenta. Dobrą praktyką byłoby zapewnienie personelowi medycznemu pomieszczenia, gdzie będzie możliwa chwila przerwy lub wytchnienia, w którym można się przespać przed zmianą, podczas przerwy lub przed powrotem do domu.²⁷

5.6.2. Właściwa organizacja pracy zmianowej

Właściwa organizacja pracy zmianowej powinna spełniać następujące warunki²⁸:

- czas pracy w warunkach pracy zmianowej i nocnej powinien być odwrotnie proporcjonalny do poziomu jej intensywności;
- należy zapewnić pracownikom ciepły, lekkostrawny posiłek w godzinach 00.00–2.00 – powoduje to opóźnienie uczucia senności i zmęczenia;
- należy zadbać o dojazd pracowników do pracy;
- trzeba prowadzić profilaktykę medyczną – badania profilaktyczne (wstępne, okresowe, kontrolne) z uwzględnieniem przeciwwskazań zdrowotnych do pracy zmianowej i w godzinach nocnych.

Kluczowe pojęcia

czynnik ludzki (ang. *human factor*) – pojęcie to wywodzi się z ergonomii i wykorzystuje wiedzę o ludzkich umiejętnościach i ograniczeniach do projektowania systemów, organizacji, miejsc pracy, maszyn, narzędzi i produktów konsumenckich w celu bezpiecznego, wydajnego i wygodnego użytkowania przez ludzi.²⁹

stres – określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi.³⁰

stresory – niesprzyjające lub szkodliwe czynniki powodujące stres.²¹

wypalenie zawodowe (ang. *burn-out*) – syndrom konceptualnie rozumiany jako wynik przewlekłego stresu w miejscu pracy, którym nie udało się skutecznie zarządzać. Charakteryzuje się 3 cechami: uczuciem wyczerpania energii; zwiększonym dystansem mentalnym lub negatywistycznym albo cynicznym podejściem do pracy; zmniejszoną skutecznością zawodową. Pojęcie wypalenia odnosi się do sfery zawodowej i nie powinno być stosowane do opisywania doświadczeń w innych obszarach życia.²⁰

Pytania sprawdzające

1. Czym jest wypalenie zawodowe?
2. Jaki wpływ na bezpieczeństwo pacjenta ma praca zmianowa?
3. Jakie rozwiązania można przenieść do systemu ochrony zdrowia z lotnictwa w celu podniesienia bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego?
4. Jakie główne grupy czynników ryzyka zawodowego można wyróżnić w pracy pielęgniarek?
5. Czym są czynniki ludzkie?

Piśmiennictwo

1. Rutherford W. Aviation safety: A model for health care? *Qual Saf Health Care*. 2003;12(3):162–163. doi:10.1136/qhc.12.3.162
2. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159015. doi:10.1371/journal.pone.0159015
3. Kuriata E, Felińczak A, Grzebieluch J, Szachniewicz M. Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu – część II. *Piel Zdr Publ*. 2011;1(3):269–273. <http://www.pzp.umed.wroc.pl/pdf/2011/1/3/269.pdf>. Dostęp 12.06.2020.
4. Kuriata E, Felińczak A, Szachniewicz M, et al. Rozpoznawanie przez pielęgniarki szkodliwych czynników chemicznych i fizycznych na stanowiskach pracy w szpitalu. *Fam Med Primary Care Rev*. 2012;14(1):29–36.

5. Barger L, Lockley SW, Rajaratnam SMW, Landrigan CP. Neurobehavioral, health, and safety consequences associated with shift work in safety-sensitive professions. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2009;9(2):155–164. doi:10.1007/s11910-009-0024-7
6. Stryjewski P, Kuczaj A, Domal-Kwiatkowska D, Mazurek U, Nowalany-Kozielska E. Wpływ pracy nocnej i zmianowej na zdrowie pracowników. *Przegl Lek*. 2016;73(3):513–514.
7. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. DzU z 2019 r., poz 1040 ze zm.
8. Szymańska-Czechór M, Kędra E. Ocena wpływu pracy zmianowej na stan zdrowia personelu pielęgniarskiego wybranego podmiotu leczniczego – dane jakościowe (część II). *Probl Pielęg*. 2017;25(3):191–196. doi:10.5603/PP.2017.0032
9. Gawel G. Rytmu biologiczne i ich wpływ na aktywność fizyczną i umysłową. W: Ksykiewicz-Dorota A, red. *Zarządzanie w pielęgniarstwie – podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu*. Lublin, Polska: Czelej; 2005.
10. Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Jankowiak B, et al. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. *Probl Hig Epidemiol*. 2008;89(2):2011–2015. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2008/phe-2008-2-211.pdf>. Dostęp 12.06.2020.
11. Berger AM, Hobbs BB. Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clin J Oncol Nurs*. 2006;10(4):465–471. doi:10.1188/06.CJON.465-471
12. Dębska G, Wilczek-Rużyczka E, Forys Z, Pasek M. Ocena własności psychometrycznych polskiej adaptacji Kwestionariusza Meistersa do oceny obciążenia psychicznego w pracy pielęgniarki. *Med Pr*. 2013;64(3):349–358. doi:10.13075/mp.5893.2013.0030
13. Blanc PL, De Jonge J, Schaufeli W. Stres zawodowy a zdrowie pracowników. W: Chmiel N, red. *Psychologia pracy i organizacji*. Gdańsk, Polska: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003:169–203.
14. Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Rolka H, Kondzior D, Sarnacka E. Psychospołeczne warunki pracy pielęgniarek. *Hygeia Public Health*. 2015;50(4):621–629. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-4-621.pdf>. Dostęp 12.06.2020.
15. Sienkiewicz Z, Paszek T. Zawodowe zagrożenia zdrowia pielęgniarek we Wspólnocie Europejskiej. W: Wrońska I, Krajewska-Kułak E, red. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*. Lublin, Polska: Czelej; 2007.
16. Oliveira EB, Pineli JS, de Andrade Goncalves JB, Diniz DB. Nursing work in hospital emergency units – psychosocial risk: A descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2013;12(1):1–8. <http://www.ob-nursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046/html>. Dostęp 12.06.2020.
17. Kwiecień-Jaguś K, Wujtewicz M. Analiza obciążenia pracą personelu pielęgniarskiego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii na podstawie polskojęzycznej wersji kwestionariusza japońskiego. *Probl Hig Epidemiol*. 2015;96(1):128–137. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-128.pdf>. Dostęp 12.06.2020.
18. Salam A, Segal M., Abu-Helalah MA, et al. The impact of work-related stress on medication errors in Eastern Region Saudi Arabia. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(1):30–35. doi:10.1093/intqhc/mzy097
19. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *BMJ*. 2000;320(7237):745–749. doi:10.1136/bmj.320.7237.745
20. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/. Dostęp 27.12.2019.
21. Formański J. *Psychologia – podręcznik dla szkół medycznych*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
22. Peckham C. Medscape Lifestyle Report 2017: Race and ethnicity, bias and burnout. Medscape. <https://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2017/overview#page=1>. Opublikowano 11.01.2017. Dostęp 22.07.2020.
23. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251(6):995–1000. doi:10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3
24. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(10):1317–1331. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3713

25. Teng CI, Shyu YIL, Chiou WK, Fan HC, Lam SM. Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(11): 1442–1450. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.04.005
26. Welp A, Meier LL, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Front Psychol.* 2015;5:1573. doi:10.3389/fpsyg.2014.01573
27. Johnson AL, Jung L, Song Y, Brown KC, Weaver MT, Richards KC. Sleep deprivation and error in nurses who work the night shift. *J Nurs Adm.* 2014;44(1):17–22. doi:10.1097/NNA.0000000000000016
28. Bilski B. Higiena pracy zmianowej i nocnej. W: Bliski B, red. *Higiena pracy dla pielęgniarek – wybrane zagadnienia*. Poznań, Polska: Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2004:103–108.
29. Human Factors and Ergonomics Society. What is human factors/ergonomics? <https://www.hfes.org/about-hfes/what-is-human-factorsergonomics>. Dostęp 27.12.2019.
30. Formański J. *Psychologia środowiskowa*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004:54.

6. Rola kadry zarządzającej w zapewnieniu zasobów finansowych, kadrowych i rzeczowych dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu

Piotr Karniej

6.1. Wprowadzenie do problematyki

Zarządzanie podmiotem wykonującym działalność leczniczą stanowi od wielu lat duże wyzwanie nie tylko dla samych dyrektorów szpitali czy przychodni, ale także dla organizatorów lokalnego systemu rynku usług medycznych. Jeśli uznać – słusznie zresztą – że zarządzanie to nauka i dziedzina zajmująca się m.in. dystrybucją zasobów do realizacji określonych celów organizacji, to nietrudno dostrzec, że w zakresie ochrony zdrowia kluczowym zasobem jest człowiek – pracownik medyczny: lekarz, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, ratownik medyczny i in. Obserwując rynek pracy początku XXI w. w Polsce, można wyraźnie dostrzec istnienie rynku pracownika, czyli takiego, w którym to pracownik decyduje o tym, gdzie i na jakich warunkach będzie zatrudniony.

Jednym z mankamentów systemowego zarządzania ochroną zdrowia (a więc organizacji całego modelu opieki zdrowotnej w Polsce) jest defragmentacja interesów poszczególnych grup zawodowych, tj. indywidualne ustalanie warunków świadczenia pracy na rzecz szpitali przez lekarzy (w tym młodych rezydentów), pielęgniarki i położne, ratowników medycznych, fizjoterapeutów. Wszyscy oni otrzymują od decydentów obietnice podwyższania wynagrodzeń, zmiany warunków świadczenia usług medycznych, wprowadzania dodatkowych uprawnień. Niestety większość tych obietnic, aby stała się rzeczywistością, musi zejść na poziom organizacji ochrony zdrowia (szpitala, przychodni) i tam zostać zaimplementowana przez dyrektora – menedżera. Ponieważ zarządzający podmiotami leczniczymi, poza pisemnymi zobowiązaniami decydentów, nie dysponują żadną mocą wpływającą na dodatkowe środki finansowe, większość z tych zobowiązań pozostaje „na papierze” i wzmaga frustrację samych zainteresowanych.

Wobec takiego stanu rzeczy nietrudno uznać, że zarządzanie podmiotami leczniczymi, rozumiane jako proces składający się z planowania działania, przygotowania zasobów do jego realizacji, wykonania zamierzeń i ich kontroli, przekształciło się istotnie w ostatnich latach w administrowanie – pilnowanie powierzonego mienia i dbanie, aby nie dokonały się wobec niego działania niekorzystne. Niestety brakuje tu miejsca na planowanie i zarządzanie zasobami.

Z punktu widzenia menedżera nie sposób jednak dążyć do zwiększania efektywności organizacji bez dbania, mimo wszystko, o dostęp do niezbędnych zasobów, w tym zasobów finansowych, rzeczowych i osobowych, niezbędnych do realizowania świadczenia medycznego. W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione rozwiązania, które pozwalają na poprawę efektywności realizowanych procesów i wpływają na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i samych pracowników w ochronie zdrowia.

Zarządzanie bezpieczeństwem pacjentów i pracowników w szpitalu można rozpatrywać na kilku płaszczyznach, w tym tak od siebie odrębnych, jak ergonomia – bezpieczeństwo wynikające z wykonywania określonych czynności w sposób efektywny i bezpieczny, z dostosowaniem pracy do możliwości psychofizycznych człowieka,¹ bezpieczeństwo pożarowe analizowane w kontekście specyfiki osób przebywających na terenie szpitala, stanu ich zdrowia, wymagań dotyczących dostępności do sprzętu przeciwpożarowego i innych czynników z tym związanych,² bezpieczeństwo informacji i danych medycznych³ czy wreszcie bezpieczeństwo procedur medycznych.⁴ Rolą dyrektora szpitala jest więc takie zarządzanie organizacją, w którym wszystkie te aspekty zostaną wzięte pod uwagę i będą w istotny sposób wpływały na realizowane procesy.

Wobec szerokiego zakresu tematu kluczowe wydaje się zdefiniowanie, jakie są potrzeby związane z bezpieczeństwem pracowników i pacjentów w podmiocie leczniczym. W niniejszej analizie można przyjąć, że są nimi w szczególności:

- bezpieczeństwo fizyczne – związane z pobytem na terenie szpitala, tj. nienarażenie na: agresję werbalną lub niewerbalną z czyjejkolwiek strony, otwarty ogień (pożar), szkodliwe promieniowanie jonizujące, uszkodzenie ciała w wyniku działania jakiegokolwiek urządzenia lub jakiegokolwiek osoby – zarówno w perspektywie bezpośredniej, jak i długoterminowej;
- bezpieczeństwo psychiczne – zapewnienie (w szczególności pacjentowi) spokoju, pozwalającego np. na dojście do zdrowia, świadomość profesjonalnego i zgodnego ze standardami działania zmierzającego do wyleczenia lub poprawy stanu zdrowia;
- bezpieczeństwo profesjonalne – związane z realizowaniem świadczenia medycznego, a więc podejmowanie tylko takich działań, które są oparte na sprawdzonych dowodach naukowych (ang. *evidence based medicine* – EBM), nienarażanie pacjenta na niesprawdzone procedury medyczne czy nienaukowe postępowanie, które może przynieść mu szkodę (zasada ta jest ważna ze względu na asymetrię informacyjną pomiędzy lekarzem a pacjentem⁵);
- bezpieczeństwo danych i informacji – ten obszar bezpieczeństwa stał się kluczowy po wejściu w życie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych – RODO; DzUrz UE L 119/1 z 4.05.2016)⁶ i obejmuje bardzo szeroki zakres zabezpieczeń dotyczących nie tylko samych informacji medycznych o stanie zdrowia (informacji wrażliwych), ale też zasad wytwarzania i przechowywania dokumentacji medycznej;
- bezpieczeństwo prawne – ten obszar bezpieczeństwa dotyczy w głównej mierze pracownika medycznego i oznacza realizowanie świadczeń medycznych zgodnie

z prawem i w granicach prawa, a także gotowość organizacji do pomocy prawnej obwinionemu pracownikowi, w przypadku gdy ze względu na okoliczności okazałoby się to niezbędne.

Jak więc widać, obszary bezpieczeństwa w działalności szpitala są szerokie, nie zawsze związane bezpośrednio z działaniami medycznymi, skupione jednak wokół zarówno pracownika, jak i pacjenta. Tym samym trzeba uznać, że dalsze analizowanie obszarów bezpieczeństwa w szpitalu może być rozumiane wspólnie, przez pryzmat chorych i personelu.

6.2. Zasoby finansowe w prowadzeniu działalności leczniczej i zapewnianiu bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom

Identyfikowanie potrzeb finansowych organizacji powinno nastąpić już na etapie budowania biznesplanu, a więc gdy pojawia się koncepcja prowadzenia działalności gospodarczej. Należy wtedy dokonać rzetelnej analizy nie tylko tego, co jest przedmiotem zainteresowania, segmentu klientów, którzy mają zostać obsłużeni, posiadanych zasobów, ale także środków, z jakich można skorzystać. Na tej podstawie przedsiębiorca jest w stanie ocenić, jakiej wysokości środki będą mu potrzebne, czy jest w stanie zapewnić je samodzielnie, korzystając z własnych zasobów (np. oszczędności), czy też będzie potrzebował finansowania zewnętrznego. Niestety to podejście nie sprawdzi się w przypadku organizacji już istniejącej na rynku usług medycznych, np. szpitala, który od wielu lat funkcjonuje w różnych warunkach finansowych i organizacyjnych systemu ochrony zdrowia. W takiej sytuacji należy więc – również tworząc biznesplan – zastanowić się, jakimi działaniami zajmuje się organizacja, jakie nisze na rynku usług medycznych wypełnia, jakim prestiżem się cieszy, z jakimi problemami ma na co dzień do czynienia i wreszcie – jakimi zasobami (w tym osobowymi) dysponuje obecnie i będzie dysponować w dłuższej perspektywie czasowej (np. biorąc pod uwagę wiek zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek, położnych czy innych pracowników). Dopiero taka kompleksowa analiza – zbliżona do procesu planowania uruchomienia działalności, a więc w ramach podejścia zasobowego – pozwoli menedżerowi na podjęcie niezbędnych decyzji co do alokowania posiadanych zasobów w zidentyfikowanych obszarach i maksymalnie go ich wykorzystania w celu zwiększenia efektywności jednostki.

6.2.1. Pochodzenie źródeł finansowania działalności medycznej

Klasyfikacja zasobów finansowych organizacji, w tym podmiotu leczniczego, jakim jest szpital, najczęściej opiera się na kryterium źródeł ich pochodzenia. W zależności od tego, czy kapitał należy do organizacji, czy instytucji zewnętrznej (np. banku, firmy leasingowej), dzieli się go na własny lub obcy. Finansowanie wewnętrzne można podzielić na: wewnętrzne finansowanie własne, czyli tzw. samofinansowanie, obejmujące zysk zatrzymany i amortyzację, oraz wewnętrzne finansowanie obce, dotyczące rezerw.

Dodatni wynik działalności operacyjnej jako najważniejsze źródło finansowania stanowi sytuację, w której uzyskane przychody są wyższe od poniesionych kosztów i pozwalają na kontynuację działalności, a w dalszej perspektywie również na pokrycie wydatków o charakterze rozwojowym. Finansowanie zewnętrzne to takie, w wyniku którego pojawia się kapitał pochodzący spoza jednostki. Obejmuje ono 3 podstawowe elementy⁷:

- finansowanie własne zwiększające kapitał własny polegające na emisji i objęciu nowych akcji czy też udziałów;
- finansowanie obce za pomocą zaciągniętych pożyczek, kredytów i innych zobowiązań zwiększających kapitał obcy jednostki gospodarczej;
- finansowanie mieszane o cechach zarówno kapitału własnego, jak i obcego.

Mała działalność gospodarcza zwykle opiera się w pierwszej kolejności na kapitale własnym, a więc na wartości środków wniesionych do firmy przez właścicieli (udziałowców, akcjonariuszy, wspólników) oraz środków wygospodarowanych przez przedsiębiorstwo w trakcie działalności.

Nawet jeśli przedsiębiorca korzysta z zewnętrznych źródeł finansowania, to rzadko zdarza się, aby były stałym elementem jego biznesplanu. Zwykle są narzędziem służącym do sfinansowania jednorazowego zakupu lub usługi (np. samochodu, urządzenia, remontu pomieszczeń itp.). W przypadku publicznego szpitala większość rozwiązań charakterystycznych dla działalności gospodarczej i prowadzenia przedsiębiorstwa jest niedostępna, bowiem szpital co do zasady nie jest przedsiębiorcą, chociaż z pewnością uczestniczy w obrocie gospodarczym i mają na niego wpływ czynniki makroekonomiczne związane ze wzrostem gospodarczym, stagnacją gospodarczą lub deficytem gospodarczym. Do bieżącego funkcjonowania – także w przypadku prowadzenia działalności zyskowej w obszarze ochrony zdrowia – wykorzystuje się najczęściej wypracowany zysk.

Kapitał obcy (np. kredyt, leasing) charakteryzuje się tym, że:

- nie pochodzi od właścicieli (wspólników), ale od zewnętrznych firm i instytucji, zwykle trudniących się działalnością bankową (lub rzadziej parabankową);
- pozyskanie go jest związane z koniecznością uiszczenia dodatkowych opłat (np. prowizji, odsetek);
- ma charakter czasowy, a więc wymaga zwrotu po upływie określonego czasu.

Mechanizmy kredytowe i leasingowe są dostępne dla publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednak proces ich pozyskiwania jest długotrwały ze względu na konieczność poręczenia wynikających z nich zobowiązań przez organy tworzące (np. samorząd powiatowy lub wojewódzki) i zaopiniowania przez właściwe osoby decyzyjne w otoczeniu szpitala (np. zarząd województwa czy powiatu).

Z punktu widzenia częstości stosowanych modeli finansowania ochrony zdrowia w Polsce szpitale są tymi podmiotami leczniczymi, które w największej mierze korzystają ze środków pochodzących z realizowanych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ; publicznym płatnikiem za świadczenia zdrowotne). Fundusz jest więc największym udziałowcem większości polskich szpitali w znaczeniu udziału w portfolio finansowym. Niestety nie wszystkie szpitale mogą korzystać z finansowania publicznego, bowiem przyjęta w 2017 r. ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie

ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 844 ze zm.),⁸ nazwana ustawą o sieci szpitali, zamknęła wielu podmiotom leczniczym drogę do ubiegania się o publiczne finansowanie usług medycznych. Ustawodawca uznał, że zbytnie rozdrobnienie rynku usług medycznych nie służy ani pacjentom, ani samemu rynkowi, wobec tego zaproponował wiele obostrzeń (np. wynikających z zakresu świadczonych usług, posiadania określonego rodzaju oddziałów szpitalnych), po spełnieniu których szpital mógł liczyć na wpisanie do tzw. sieci i tym samym na bezpieczne finansowanie, którego podstawą jest system budżetowy. Przyjęty przez ustawodawcę model finansowania szpitali czy raczej przekształcenie dotychczasowego modelu ubezpieczeniowego, bazującego na wysokości realizacji przyjętych przez szpital zobowiązań, na model budżetowy, oparty na samym fakcie wykonywania określonych świadczeń (jakkolwiek monitorowanych co do zakresu i wolumenu), nie jest sam w sobie złym rozwiązaniem. Występuje dość powszechnie w innych znanych europejskich systemach ochrony zdrowia, np. we Francji, z tą jednak istotną różnicą, że tam model budżetowy zakłada finansowanie szpitali w pełnym zakresie ich potrzeb, w Polsce zaś przyjęto model *de facto* hybrydowy – polegający na budżetowym przekazywaniu środków na rzecz szpitala i jednocześnie quasi-ubezpieczeniowy, biorący pod uwagę realizację świadczeń i związany z nią system rozliczeń wg jednorodnych grup pacjentów (ang. *diagnosis-related groups* – DRG). Dodatkowo ustawodawca nie przewidział żadnych charakterystycznych dla modelu budżetowego mechanizmów wspierających inne realne potrzeby szpitala, takich jak rekapitalizacja majątku ruchomego i odnawianie parku maszynowego (karetki, urządzenia medyczne, łóżka, infrastruktura szpitala, remonty obiektów, dostosowanie do nowych potrzeb, adaptacje), zwiększanie wynagrodzeń personelu czy projakościowa polityka świadczenia usług medycznych.

Ponieważ środki finansowe publicznego zakładu opieki zdrowotnej pochodzą w głównej mierze od publicznego płatnika (NFZ), a przychody te są zdecydowanie niewystarczające do prowadzenia racjonalnej i nowoczesnej polityki finansowej szpitala, rozumianej jako zwiększanie wynagrodzeń pracowników, poprawa standardów pobytu pacjentów, wdrażanie innowacji organizacyjnych (szczupłe zarządzanie [ang. *lean management*], zarządzanie przez jakość [ang. *total quality management* – TQM] i in.), jest oczywiste, że potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa są realizowane w pierwszej kolejności.

6.2.2. Kapitał obcy – źródła finansowania działalności

Przedsiębiorca podejmujący decyzję o skorzystaniu z kapitału obcego w celu finansowania działalności gospodarczej najczęściej ma do dyspozycji następujące możliwości: pożyczki, kredyty bankowe, fundusze unijne, dotacje z Urzędu Pracy.

Nową (uznaną za alternatywną) formą finansowania jest tzw. finansowanie społecznościowe, z angielskiego nazywane crowdfundingiem. Z punktu widzenia podmiotu leczniczego nie wszystkie rozwiązania finansowe dostępne dla szerokiego grona odbiorców działających na rynku gospodarczym są dostępne, jednak biorąc pod uwagę nowoczesne podejście do zarządzania, jak również obecne na polskim rynku ochrony

zdrowia szpitale działające w formie spółek prawa handlowego, uzasadnione wydaje się spojrzenie na te źródła finansowania działalności szpitala, które stanowią o zapewnieniu kapitału na inwestycje, także w obszarze bezpieczeństwa.

Poniżej opisano najpopularniejsze narzędzia finansowe.

Pożyczka to umowa, na podstawie której pożyczkodawca (może nim być bank, instytucja parabankowa, osoba fizyczna lub prawna) udostępnia na określony czas pożyczkobiorcy określoną sumę środków pieniężnych, zaś pożyczkobiorca zobowiązuje się w umówionym czasie zwrócić pożyczoną sumę środków pieniężnych wraz z umówionym wynagrodzeniem (opłatą, oprocentowaniem, kosztami dodatkowymi) pożyczkodawcy z tytułu ich udostępnienia. Charakterystyczną cechą pożyczki jest to, że może pochodzić nie tylko z banku, ale do jej udzielania upoważniony jest właściwie każdy. W praktyce pożyczki udzielane są przez banki, pracodawców na rzecz swoich pracowników, osoby fizyczne, kontrahentów (jako tzw. kredyt kupiecki). Zwykle – choć istnieją od tej reguły wyjątki – umowa pożyczki nie przewiduje konkretnego celu, w jakim pożyczka jest udzielana, tzn. pożyczkobiorca może w dowolny sposób przeznaczyć ją na własne potrzeby.

Kredyt bankowy to umowa pomiędzy bankiem a jego klientem, w której bank zobowiązuje się oddać do dyspozycji kredytobiorcy na określony w umowie czas określoną sumę środków finansowych z przeznaczeniem na ustalony cel, a kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z niej na warunkach określonych w umowie, zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu wraz z odsetkami w ustalonych terminach spłaty oraz zapłaty prowizji od udzielonego kredytu. Udzielanie kredytów jest zarezerwowane tylko dla banków, a więc niemożliwe w instytucjach parabankowych (pomimo tego, że często potocznie nazywa się kredytami pożyczki udzielane przez parabanki). Co ważne, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz.U. z 2019 r., poz. 2357, t.j.) umowa kredytu bankowego musi zawierać wyraźne wskazanie wszystkich opłat, które wiążą się z udzielonym kredytem.⁹ W przypadku kredytów złotych informacje przekazywane klientom powinny obejmować co najmniej¹⁰:

- wysokość i zasady zmiany oprocentowania, jeżeli kredyt jest oprocentowany zmienną stopą procentową. Informacja o zasadach zmiany oprocentowania jest związana z możliwością jego ustalenia na podstawie stawki rynku międzybankowego (np. Warsaw Interbank Offered Rate [WIBOR] – stopy procentowej, wg której banki udzielają pożyczek innym bankom – z odpowiednim okresem) oraz indeks i marżę;
- prezentację skutków ponoszonego ryzyka stopy procentowej w formie symulacji kosztów kredytu przy aktualnym poziomie stóp procentowych.

W przypadku kredytów walutowych oprócz informacji wymaganych przy kredycie złotowym banki są zobowiązane do przekazania informacji obejmującej:

- wyjaśnienie sposobu obliczania spreadu walutowego (różnicy pomiędzy stosowanym przez bank kursem sprzedaży i kupna waluty) i jego wpływu na koszt kredytu;
- podanie stawki bazowej dla danej waluty (np. London Interbank Offered Rate [LIBOR] – stopy oprocentowania kredytów oferowanych na rynku międzybankowym w Londynie przez 4 banki: Bankers Trust, Bank of Tokyo, Barclays, National Westminster) z odpowiednim okresem i stosowanego indeksu lub marży.

Oprócz powyższych informacji obowiązkiem banku jest podanie w umowie kredytowej wysokości pobieranych prowizji i opłat, a także rzeczywistej rocznej stopy oprocentowania (RRSO) uwzględniającej koszty znane w momencie zawierania umowy kredytowej.

Fundusze unijne, środki z urzędu pracy, dotacja z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) – ta grupa źródeł finansowania ma charakter zewnętrzny i jest dostępna dla różnych grup odbiorców po spełnieniu przez nich określonych kryteriów dostępu. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może skorzystać ze środków urzędu pracy nie tylko na refundację kosztów wynagrodzenia skierowanego bezrobotnego, ale także na dostosowanie stanowiska pracy, utworzenie nowego stanowiska pracy, szkolenie osoby bezrobotnej w trybie stażu zawodowego czy – ostatnio bardzo popularne – finansowanie kosztów podnoszenia kompetencji i kwalifikacji zawodowych ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

Dotacja PFRON z przysługuje osobie z orzeczoną stopniem niepełnosprawności zamierzającej rozpocząć własną działalność gospodarczą. Osoba taka nie musi być bezrobotna, nie może jednak w tym samym czasie prowadzić innej działalności gospodarczej. Maksymalna wartość dotacji nie przekracza 15-krotności przeciętnego wynagrodzenia i jest bezzwrotna, o ile działalność będzie prowadzona bez przerwy przez 24 miesiące. PFRON oferuje także środki dla pracodawców na utworzenie lub adaptację stanowiska pracy na potrzeby osób z niepełnosprawnością, a także – w zależności od liczby zatrudnionych osób z niepełnosprawnością – częściowe lub całkowite zwolnienie z opłat składek na PFRON.

Wsparcie ze środków funduszy europejskich zależy od rodzaju programu operacyjnego i okresu programowania. Dotychczas do najbardziej znanych i najczęściej wykorzystywanych programów wspierających przedsiębiorców należały Program Operacyjny Kapitał Ludzki (działanie 6.2. Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia) czy Program Operacyjny Rozwoju Obszarów Wiejskich.

Crowdfunding (finansowanie społecznościowe) polega na finansowaniu pomysłów społecznych lub biznesowych za pośrednictwem platformy internetowej przez osoby prywatne z możliwością otrzymania w zamian określonego benefitu (korzyści). Crowdfunding jest nową w polskiej rzeczywistości formą wsparcia przedsiębiorstw, chociaż istnieje od wielu lat w innych krajach, w szczególności w Stanach Zjednoczonych. Opiera się na zaufaniu użytkowników Internetu (skupionych najczęściej wokół portali społecznościowych) do wytwórcy produktu lub usługi i nadziei, że uzyskane w ten sposób środki wykorzysta on zgodnie z obietnicą złożoną publicznie, tzn. na wytworzenie innowacyjnego produktu lub usługi i wprowadzenie ich na rynek. Do najczęściej stosowanych rodzajów crowdfundingu należą¹¹:

- crowdfunding donacyjny – inaczej zwany charytatywnym, polegający na filantropijnym wspieraniu projektu bez oczekiwania w zamian żadnych profitów;
- crowdfunding oparty na nagrodach – inaczej donacyjny z nagradzaniem, polegający na wspieraniu projektu w zamian za nagrody;
- crowdfunding pożyczkowy – inaczej crowdlending lub pożyczka społecznościowa, czyli sytuacja, w której wspierający pożyczają niewielkie kwoty w zamian za odsetki;
- crowdfunding udziałowy – inaczej udziałowe finansowanie społecznościowe, w którym w zamian za wsparcie finansowe inwestorzy otrzymują udziały w przedsiębiorstwie.

6.2.3. Leasing jako forma inwestycji w środki trwałe

Termin „leasing” pochodzi z języka angielskiego i oznacza ‘wydzierżawić, wynająć’. Niestety polskie odpowiedniki tego określenia nie oddają w całości intencji takiej formy finansowania, ponieważ oprócz wypożyczenia rzeczy leasing przewiduje także prawo do pobierania z tego tytułu opłat i możliwość sprzedaży na raty. Z racji braku w języku polskim pełnego odpowiednika anglojęzycznego wyrazu „leasing” w praktyce biznesowej nie używa się spolszczeń, co dopuszczają zarówno Rada Języka Polskiego,¹² jak i *Słownik języka polskiego* PWN.¹³ Leasing jest więc definiowany jako rodzaj dzierżawy maszyn i urządzeń połączonej z przeniesieniem własności, polegającej na oddaniu ich na określony czas do dyspozycji klienta, który płaci za to z wpływów uzyskanych dzięki eksploatacji tych urządzeń.¹³ Jest to forma korzystania z rzeczy (środka trwałego, np. samochodu, maszyny, urządzenia, nieruchomości), która jest własnością innego podmiotu (leasingodawcy) i jest wykorzystywana przez leasingobiorcę w celu pobierania z niego pożytków (np. do prowadzenia przez siebie działalności gospodarczej). Struktura procentowa wartości leasingu w Polsce wg rodzajów ruchomości w 2011 r. wskazywała, że najczęściej tę formę finansowania wykorzystywano w przypadku środków transportu drogowego (55,6%), w drugiej kolejności – maszyn i urządzeń (38,2%). Tylko 3,3% wartości leasingu to pozostałe środki transportu, a 2,9% przeznaczono na pozostałe ruchomości.¹⁴ Według danych z 2015 r. struktura ta wygląda następująco: pojazdy osobowe, dostawcze i ciężarowe do 3,5 t – 37,5%; transport ciężki – 27,1%; maszyny i urządzenia, w tym sprzęt IT – 31,9%; nieruchomości – 2,9%; pozostałe – 0,7%.¹⁵ Jak widać, jest to obecnie popularna forma finansowania działalności gospodarczej, niezmiennie najchętniej w zakresie środków transportu drogowego (samochodów do 3,5 t).

Chociaż z perspektywy lat można zaobserwować niezwykle intensywne przeobrażenia rynku leasingowego, to jeszcze na początku okresu transformacji ustrojowej w Polsce ta forma umowy nie była znana. Leasing jako umowa cywilnoprawna został zdefiniowany w 1999 r. w art. 709 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2019 r., poz. 1145 ze zm., t.j.)¹⁶ i wprowadzonych w latach 2000–2001 ustawach podatkowych i ustawie o rachunkowości. Dopiero te zmiany legislacyjne doprowadziły do tworzenia i dalszego rozwoju firm leasingowych, a także otworzyły przedsiębiorcom drogę do unowocześnienia własnej bazy środków trwałych, głównie środków transportu.

W praktyce gospodarczej spotyka się obecnie różnorodne formy i odmiany leasingu, które można klasyfikować na podstawie wielu kryteriów. Kryteria te, a także rodzaje leasingu, łączą się ze sobą w wielorakich konfiguracjach w zależności od indywidualnych potrzeb przedsiębiorstw.¹⁷

Ze względu na liczbę stron transakcji leasing można podzielić na bezpośredni i pośredni. Leasing bezpośredni polega na zawarciu przez producenta lub właściciela umowy bezpośrednio z użytkownikiem środka trwałego. Leasing pośredni natomiast charakteryzuje się tym, że umowa jest zawierana z udziałem pośrednika w postaci wyspecjalizowanego przedsiębiorstwa leasingowego, czyli występują więcej niż 2 strony transakcji.¹⁸

Kolejnym podziałem leasingu jest podział na leasing operacyjny, finansowy i zwrotny.¹⁹ Z praktycznego punktu widzenia leasing operacyjny polega na czasowym przekazaniu

środka trwałego do użytkowania. Charakteryzuje się krótszym niż użyteczność ekonomiczna środka trwałego cyklem życia. Ze względu na to przedsiębiorstwo korzystające nie dokonuje pełnej amortyzacji środka trwałego w okresie użytkowania, a leasingodawca musi liczyć się z koniecznością odnowienia umowy leasingu bądź też sprzedaży przedmiotu leasingu za cenę jego wartości rezydualnej (wartości przedmiotu leasingu po zakończeniu okresu amortyzacji) w momencie wygaśnięcia umowy. Umowy leasingu operacyjnego zakładają najczęściej, iż obowiązek poniesienia kosztów ubezpieczenia i utrzymania przedmiotu leasingu spoczywa na leasingodawcy. Zawierają też opcję wypowiedzenia umowy przed datą jej wygaśnięcia.

Z punktu widzenia zasad rachunkowości przedmiot leasingu jest własnością finansującego, który wykazuje go w bilansie i dokonuje jego amortyzacji. Dla finansującego przez cały okres trwania umowy raty leasingowe są przychodem, a amortyzacja środka trwałego jest kosztem uzyskania przychodu. Korzystający wykazuje w księgach rachunkowych raty leasingowe jako koszt uzyskania przychodu.

Leasing finansowy charakteryzuje się następującymi cechami:

- przedmiot leasingu podlega pełnej amortyzacji w okresie trwania umowy;
- leasingobiorca sam musi ponieść koszty eksploatacji i ubezpieczenia wyleasingowanych środków trwałych;
- leasingobiorca zazwyczaj ma prawo przedłużenia umowy leasingu i odkupu przedmiotu leasingu po zakończeniu trwania umowy;
- umowy leasingu finansowego nie można rozwiązać przed terminem jej wygaśnięcia.

Leasing finansowy jest więc przeciwieństwem leasingu operacyjnego. Rata leasingu dzieli się na 2 części: kapitałową i odsetkową. W rachunkowości korzystającego część kapitałowa jest traktowana jak spłata kapitału przy kredycie bankowym, natomiast odsetkowa jest zaliczana do kosztów uzyskania przychodu i jako taka pomniejsza podstawę opodatkowania. W przypadku leasingu finansowego to leasingobiorca, a nie leasingodawca, wykazuje przedmiot leasingu w swoim bilansie i dokonuje jego amortyzacji.

Leasing zwrotny polega na odsprzedaży środka trwałego spółce leasingowej i jednoczesnym zawarciu umowy leasingu na jego wykorzystanie. Korzyścią z tego typu umowy dla przedsiębiorstwa jest natychmiastowe uzyskanie środków finansowych ze sprzedaży aktywa przy zachowaniu możliwości korzystania z niego.

Jednostka gospodarcza zainteresowana skorzystaniem z leasingu powinna przed podjęciem decyzji odpowiedzieć sobie na następujące pytania:

- czy bilans korzyści związanych z umową leasingową (wliczając w to potencjalne korzyści wynikające z obniżenia zobowiązania podatkowego w związku z zaliczeniem kosztów leasingu w koszty uzyskania przychodu) będzie wyższy od finansowania przedmiotu leasingu kredytem bankowym?;
- czy istnieją ograniczenia podatkowe dotyczące możliwości wykorzystywania przedmiotu leasingu także poza prowadzeniem działalności gospodarczej (np. wykorzystywania służbowego samochodu do celów prywatnych)?;
- czy przedsiębiorstwo może pozwolić sobie na niezaliczenie przedmiotu leasingu we własne środki trwałe (co może mieć znaczenie np. w przypadku starania się o kredyt bankowy i konieczności udowodnienia posiadania majątku)?;

- czy przeprowadzono szerokie porównanie dostępnych na rynku ofert leasingowych w celu wyboru optymalnej z punktu widzenia potrzeb i możliwości leasingobiorcy (szczególnie istotne w przypadku nabywania przedmiotu leasingu poprzez pośredników leasingowych, np. salony samochodowe, których prowizja od transakcji jest ukryta w kosztach manipulacyjnych i nie zawsze jest dostrzegana przez klienta)?

Jak więc widać, obszar tematyczny dotyczący zapewnienia finansowania działalności podmiotu leczniczego jest bardzo szeroki. Obejmuje nie tylko konieczność finansowania samych świadczeń leczniczych, za co jest odpowiedzialny NFZ, ale także cały aspekt infrastrukturalny i wynagrodzeń personelu medycznego. Według Najwyższej Izby Kontroli (NIK) całkowite koszty zatrudnienia w latach 2011–2013 w polskich szpitalach stanowiły 47,2–85,4% kosztów ogółem oraz 49,3–87,3% przychodów szpitala z NFZ,²⁰ co dowodzi potrzeby powiązania tematycznego pomiędzy 2 rodzajami zasobów, tj. zapewnieniem dostępności do osób wykonujących świadczenia medyczne i źródeł finansowania wynagrodzenia tych osób. Z punktu widzenia menedżera istotna wydaje się także konieczność pozyskiwania zewnętrznych źródeł finansowania inwestycji – szczególnie w sprzęt i infrastrukturę, co nie tylko bezpośrednio wiąże się z samym bezpieczeństwem pacjenta i pracownika, ale także wpływa w istotny sposób na percepcję jakości i poprawę warunków pracy.

6.3. Zasoby kadrowe w działalności podmiotu leczniczego

Truizmem wydaje się stwierdzenie, że kluczowym zasobem każdej organizacji udzielającej świadczeń medycznych jest pracownik. To oczywiste, że bez lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, analityków medycznych i innych profesjonalistów działalność szpitala nie byłaby możliwa. To oni, tworząc zespół terapeutyczny, w bezpośredni sposób oddziałują na pacjenta, prowadząc go do wyleczenia lub poprawy jego stanu zdrowia, względnie – do obniżenia uciążliwości choroby. Osoba wykonująca zawód medyczny musi sprostać wielu wymaganiom, które są charakterystyczne dla sektora opieki zdrowotnej, wpływają na jakość usług medycznych i wpisują się bezpośrednio w potrzeby pacjenta.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) wrażliwość na potrzeby pacjentów powinna być monitorowana, a ocena ta obejmuje 6 komponentów²¹:

- godność pacjenta – leczenie pacjenta z okazaniem szacunku, ochrona praw osób o specjalnych potrzebach zdrowotnych (np. żyjących z HIV, osób z niepełnosprawnościami), zachęcanie pacjenta do zadawania pytań na temat jego choroby, procesu terapeutycznego, zastosowanych metod i leków, zapewnianie intymności podczas badania i w trakcie leczenia;
- autonomia pacjenta – prawo do informacji o chorobie i alternatywach leczenia, prawo do dyskusji na temat preferencji pacjenta dotyczących alternatywnych metod leczenia, prawo do wyrażenia zgody na leczenie lub do odmowy jej udzielenia;

- poufność – przestrzeganie ochrony danych osobowych pacjenta, udzielanie informacji o stanie zdrowia osobom trzecim zgodnie z obowiązującym w tym zakresie prawem;
- dostępność usług – natychmiastowa pomoc w nagłych wypadkach, dostępność do kolejki oczekujących na przejrzystych zasadach, udzielenie świadczenia medycznego w rozsądnym czasie pomimo okresu oczekiwania;
- dostęp do wsparcia socjalnego, duchowego i psychicznego – umożliwienie korzystania z dostępnych form pomocy socjalnej oferowanej przez państwo w ramach systemu pomocy społecznej, pomocy sąsiedzkiej i asysty profesjonalnej związanej z leczeniem (instruktaż dotyczący zasad zachowania zdrowia, rekonwalescencji, profilaktyki pierwotnej i wtórnej), wsparcie ze strony duchownego wskazanego przez pacjenta wyznania lub też prawo do niewypełniania czynności religijnych (np. związanych z opieką duszpasterską w szpitalu wobec osób w stanie terminalnym), wsparcie psychologiczne i psychiatryczne w związku z leczeniem zaburzeń psychicznych lub okresowym wsparciem w kryzysie;
- możliwość wyboru lekarza, pielęgniarki lub innego profesjonalisty medycznego, możliwość wyboru szpitala lub przychodni – prawo do swobody poruszania się po dostępnych na rynku ochrony zdrowia instytucjach medycznych.

Wymienione wyżej kryteria stanowią nie tylko katalog otwarty służący zapewnieniu jakości oferowanej opieki medycznej, ale także powinny być ważne przy doborze pracowników medycznych. Nie jest bowiem regułą, że każdy profesjonalista medyczny cechuje się w wystarczającym stopniu empatią, uprzejmością i innymi przymiotami oczekiwanymi przez pacjentów. Im większe bowiem znaczenie podmiot leczniczy przywiązuje do jakości, tym istotniejsza powinna być wrażliwość na potrzeby pacjentów.

Jak już wspomniano wcześniej, zarządzanie kadrami w ochronie zdrowia stanowi obecnie wyzwanie nie tylko dla samych dyrektorów, ale także dla organizatorów systemu opieki zdrowotnej. Obserwuje się niewielki, ale sukcesywny proces odchodzenia pielęgniarek od wykonywania zawodu.²² W Polsce liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców jest radykalnie niższa niż w innych krajach Europy, mimo że Europa Zachodnia od wielu lat sygnalizuje większe zapotrzebowanie na kadry pielęgniarskie w związku z dokonującymi się zmianami demograficznymi. W 2016 r. w Polsce przypadało 5,2 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, podczas gdy w tym samym czasie w Niemczech wskaźnik ten wyniósł 12,9, a w Danii 16,9. W odniesieniu do lekarzy współczynniki są jeszcze gorsze, bowiem w Polsce przypada 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców, w Niemczech 4,2, a w Austrii 5,1.²³ Dane te dowodzą braku kadr medycznych w polskim sektorze ochrony zdrowia i niedostatecznego wysycenia rynku ochrony zdrowia profesjonalistami, co prowadzi w prosty sposób do zaburzenia relacji pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, np. w kwestii wynagrodzeń czy warunków zatrudnienia. Rola menedżera podmiotu leczniczego jest więc w tym zakresie bardzo ograniczona, ponieważ sprowadza się do negocjacji wynagrodzeń. Przeprowadzone w minionych latach w Polsce badania poziomu wynagrodzeń lekarzy w porównaniu z innymi pracownikami sektora ochrony zdrowia dowodzą dużej dysproporcji, co jeszcze bardziej utrudnia pracę kadry menedżerskiej.

Badania przeprowadzone w 2011 r. udowodniły, że mediana płac lekarza z II stopniem specjalizacji wyniosła w Polsce 5500 zł (rozpiętość w granicach 4000–8800 zł), podczas gdy w tym samym czasie mediana wynagrodzenia pielęgniarki wyniosła 2300 zł, fizjoterapeuty 1850 zł, ratownika medycznego 2470 zł.²⁴ W latach 2016–2018 doszło do znacznego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych (na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [Dz.U. z 2015 r., poz. 1628 ze zm.])²⁵, kontynuowanego stale do 2020 r., jak również ustawodawca zwiększył minimalne wynagrodzenie za pracę z 1750 zł w 2015 r. do 2600 zł w 2020 r. (różnica: 850 zł w ciągu 5 lat). Warto wspomnieć, że w ciągu tych 5 lat NFZ nie renegocjował wartości kontraktów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, nie podnosił wyceny świadczeń w zakresie usług szpitalnych, a wobec wprowadzenia tzw. sieci szpitali pozbawił wiele podmiotów leczniczych finansowania. Wszystkie te czynniki nakładają się na silnie ograniczone możliwości menedżera w zakresie kształtowania polityki zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego w podmiotach leczniczych.

Analiza dostępnych badań na temat perspektywy przyszłych kadr medycznych w Polsce dowodzi znacznego wzrostu liczby studentów kierunków lekarskich: z 6188 osób w roku akademickim 2015/2016 do 8158 osób w roku akademickim 2019/2020. Wyniki dotyczące studentów kierunków dentystycznych wykazują znacznie niższą dynamikę (wzrost z 1362 osób w roku akademickim 2015/2016 do 1395 osób w roku akademickim 2019/2020). Równocześnie z 15 do 21 wzrosła liczba uczelni kształcących w Polsce lekarzy i lekarzy dentystów.²⁶ Podobnie jak w przypadku kierunków lekarskich, obserwuje się zwiększenie liczby studentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Dane te pozwalają patrzeć optymistycznie w przyszłość, jednak pod warunkiem uwzględnienia ok. 10-letniego okresu od dokonania zmian w systemie szkolnictwa medycznego do obserwacji istotnych zmian ilościowych w kontekście dostępności lekarzy i pielęgniarek dla pacjentów.

6.4. Zasoby rzeczowe w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta i pracownika medycznego

Biorąc pod uwagę kurczenie się zasobów finansowych wynikające z ograniczenia finansowania usług medycznych przez publicznego płatnika, jak również zwiększające się nakłady na wynagrodzenia w szpitalach, można odnieść wrażenie, że odnawianie zasobów rzeczowych jest ostatnim z problemów współczesnych menedżerów, że brak środków nie pozwala na żadne działania w tym obszarze. Tymczasem inżynieria finansowa wielu projektów, korzystanie ze środków zewnętrznych (w tym Unii Europejskiej), lokalnych funduszy społecznych (budżety obywatelskie), wreszcie środki własne jednostek samorządu terytorialnego pozwalają mimo wszystko na działania na rzecz poprawy jakości i dostępności do opieki medycznej, w tym także inwestycje w sprzęt i infrastrukturę. Jako przykład można podać jeden tylko priorytet XII Programu Operacyjnego

Infrastruktura i Środowisko, który w ramach działań 12.2. Rozwój systemu ratownictwa medycznego i 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia przeznaczył na finansowanie ochrony zdrowia w Polsce środki o łącznej wartości 1 608 597 475,71 zł, i to tylko w latach 2007–2013.²⁷

Z punktu widzenia niniejszych rozważań istotne wydaje się wyposażanie przez menedżerów szpitali stanowisk pielęgniarских, lekarskich i administracyjnych w sprzęt służący ochronie pracy, ergonomiczny, pozwalający na wykonywanie obowiązków służbowych w sposób nieobciążający układu ruchu pracownika, a także bezpieczny dla pacjenta. Dostawcy oferują wiele pomocnych urządzeń technicznych. Przykładem może być system przenoszenia obłożnie chorych pacjentów z łóżka na łóżko z wykorzystaniem poduszki powietrznej. Pielęgniarka może go obsługiwać z użyciem niewielkiej siły. Niestety w wielu szpitalach wyposażenie w sprzęt ułatwiający wykonywanie czynności związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów jest niedostateczne. Brak lub niewielką liczbę sprzętów ułatwiających podnoszenie pacjenta do pozycji pionowej i jego przemieszczanie (podnośników, stabilizatorów) stwierdzono w 60% szpitali, a do przemieszczania pacjenta w pozycji leżącej (mat poślizgowych, rolek) w co trzecim szpitalu. Szczególnie brakuje wózków-wanien do mycia pacjentów (81% szpitali). W wielu przypadkach sprzęt ułatwiający dźwiganie i transportowanie chorych stoi beczynnienie w szpitalnych magazynach, ponieważ obiekty nie są dostosowane do jego użytkowania (np. podnośniki hydrauliczne nie mieszczą się w drzwiach, brakuje miejsca na rozłożenie urządzenia w sali chorych) albo pracownicy nie zostali odpowiednio przeszkoleni. Pielęgniarki nie noszą również w pracy odpowiedniego obuwia, które chroni kręgosłup i stabilizuje staw skokowy,²⁸ co często prowadzi do urazów, a w dłuższej perspektywie do dolegliwości bólowych.

Do głównych przyczyn niewyposażania stanowisk pracy pielęgniarских w szpitalach w urządzenia ułatwiające wykonywanie czynności związanych z przemieszczaniem pacjentów zalicza się²⁹:

- brak dostatecznej wiedzy pracodawców oraz ich służb bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) na temat zagrożeń wynikających z ręcznego przemieszczania rzeczy i osób oraz sposobów ich eliminowania lub ograniczania;
- nieznanomość przez pracowników i pracodawców przepisów i zasad ergonomii dotyczących ręcznych prac transportowych;
- częste lokowanie szpitali w zaadaptowanych obiektach, które nie spełniają wymagań technicznych i budowlanych, brak technicznych możliwości wyposażenia sal chorych w stałe elementy wyposażenia ergonomicznego, tj. szyny przysufitowe, uchwyty, poręcze;
- brak odpowiedniej obsady na stanowiskach pielęgniarских i wynikająca z tego potrzeba wykonywania czynności bez wcześniejszego przygotowania technicznego (brak czasu na poszukiwanie, stosowanie i rozłożenie urządzenia wspomagającego, np. podnośnika);
- nierzetelne wypełnianie zleconych przez pracodawcę zadań przez służby BHP, traktowanie zasad bezpiecznej pracy jako formalności realizowanej tylko w dokumentacji, poświadczenie nieprawdy co do rzeczywistości pracy na oddziałach szpitalnych;

- niedostateczną współpracę pracodawców z lekarzami służby medycyny pracy sprawującymi profilaktyczną opiekę nad pracownikami, niezwracanie przez lekarzy uwagi na kwestie związane z ergonomią na stanowiskach pracy w szpitalu;
- brak należytej dbałości pracodawców i pracowników o kwestie związane z bezpiecznym wykonywaniem czynności zawodowych;
- brak wiedzy pracowników na temat ergonomicznego wykonywania tych samych czynności zawodowych (przenoszenie, podnoszenie, schylanie się), stosując ruchy nienarażające układu ruchu na uraz czy uszkodzenie.

Jak wykazano powyżej, ergonomiczne, bezpieczne zarówno dla pracowników, jak i pacjentów przeprowadzanie przez personel szpitala procedur medycznych wymaga ze strony menedżera takich działań, jak:

- zapewnienie środków finansowych na zakup i stałe odnawianie wyposażenia wspierającego transport rzeczy i osób (np. podnośników, mat poślizgowych i oporowych, rolek);
- egzekwowanie od służb BHP i lekarzy medycyny pracy aktualnych raportów ws. krytycznych punktów procesu udzielania świadczeń medycznych i wykonywania czynności administracyjnych, które narażają lub mogą narażać układ ruchu na czynniki szkodliwe;
- regularne prowadzenie szkoleń na temat ergonomicznego wykonywania czynności zawodowych na wszystkich stanowiskach pracy w szpitalu, ze szczególnym uwzględnieniem wyeliminowania nieprawidłowych nawyków personelu pielęgniarskiego związanych z narażaniem własnego układu ruchu na urazy podczas transportu lub podnoszenia pacjentów.

Podjęcie tych działań na co dzień i wpisanie ich w regularny plan pracy szpitala pozwoli nie tylko na polepszenie warunków pracy pracowników, ale też wpłynie na zmniejszenie urazowości, dolegliwości bólowych i poprawi bezpieczeństwo pracy personelu, tym bardziej że większość z działań (szczególnie podnoszenie świadomości, zwiększanie kompetencji w zakresie ergonomii pracy, nauka prawidłowych postaw i zachowań) nie wiąże się z wydatkami rzeczowymi i może być wdrożona w dużej części szpitali od razu.

6.5. Podsumowanie

Rola kadry zarządzającej w zapewnianiu odpowiednich zasobów w celu zagwarantowania ergonomicznych, bezpiecznych warunków pracy personelu medycznego i pobytu pacjentów w szpitalu wydaje się nieskończonym obszarem w procesie zarządzania. Jak udowodniono w niniejszym rozdziale, dotyczy ona potrzeby zapewnienia odpowiednich zasobów personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, ratowników medycznych i in.), co w dobie rynku pracownika nie jest prostym zadaniem i przysparza menedżerom wielu trudności. Istotne z tej perspektywy jest ponadto zapewnienie środków finansowych na działalność szpitala – głównie pochodzących z budżetu NFZ, ale także z dotacji przeznaczanych na inwestycje, środków na wspieranie

określonych działań przez samorząd lokalny lub lokalne społeczeństwo. Inwestycje w sprzęt, wyposażenie, infrastrukturę i kompetencje – wszystkie te zagadnienia powinny być przez menedżera traktowane łącznie.

Nie sposób wymienić wszystkich działań, jakie powinny być podejmowane w ramach procesu zarządzania bezpieczeństwem w szpitalu, bowiem sam obszar bezpieczeństwa wydaje się ogromny – począwszy od bezpieczeństwa fizycznego, psychicznego, emocjonalnego, poprzez bezpieczeństwo danych osobowych, procesu terapeutycznego, a na bezpieczeństwie pracowników skończywszy. Z tego punktu widzenia wyraźnie widać stopień skomplikowania problemu i potrzebę nieustannego doskonalenia wykorzystywanych narzędzi (takich jak benchmarking, obserwacja rozwiązań stosowanych w innych szpitalach, w tym za granicą), tak aby przez cały czas tworzyć warunki sprzyjające leczeniu i pracy na rzecz pacjentów.

6.6. Dobre praktyki

Dobre praktyki z omawianej w niniejszym rozdziale tematyki najlepiej wytłumaczyć na przykładzie.

Podmiot leczniczy w poszukiwaniu możliwości rozwoju oferty świadczeń medycznych stwierdził konieczność zakupu kosztownego urządzenia diagnostycznego. Właściciele przeanalizowali szereg możliwości pozyskania kapitału. Wzięli pod uwagę m.in.: dostępną na rynku ofertę kredytu bankowego, leasingu operacyjnego, leasingu finansowego, zakupu gotówkowego. Równocześnie zwrócili uwagę na możliwości wliczenia wydatków w poszczególnych rodzajach finansowania w koszty uzyskania przychodu, a także warunki amortyzacji sprzętu. W wyniku analizy uznano, że najkorzystniejszy dla nich będzie zakup z wykorzystaniem metody leasingu operacyjnego. Dobrą praktyką przed dokonaniem zakupu inwestycyjnego jest przeprowadzenie wielu analiz i ocena nie tylko kosztów samego urządzenia, ale także nakładów, jakie muszą zostać poniesione w związku z tym zakupem. Należy wobec tego porównywać takie parametry, jak oprocentowanie, wartość wykupu (w przypadku leasingu), czas trwania umowy (kredytowej czy leasingowej), a także inne parametry użytkowe. Decyzja o rozpoczęciu inwestycji i wyborze metody jej finansowania musi być przemyślana i przeliczona.

Zarządzający podmiotem leczniczym dostrzegli wysoką absencję pracowników związaną z ich niezdolnością do pracy wskutek schorzeń układu ruchu. Pracownicy skarżyli się na bóle kręgosłupa, głowy, zmęczenie i zmiany zapalne w stawach kręgosłupa i kończyn dolnych. Przeprowadzono analizę tego stanu i dostrzeżono, że przeciwnicy nieprawidłowo – z ergonomicznego punktu widzenia – wykonują czynności zawodowe, tj. chodzą w niewłaściwym obuwiu (niestabilizującym stawu skokowego, zwykle używają kłapek, które nie pozwalają na rozpoczynanie chodu od pięty), przenoszą ciężary (w tym podnoszą pacjentów w łóżku) w sposób narażający własny kręgosłup, w trakcie pracy przy biurku siedzą na nieergonomicznych fotelach, wysokość stołów i foteli nie jest dopasowana do warunków pracy i wzrostu użytkowników. Właściciel podmiotu leczniczego zdecydował o konieczności zakupu nowego wyposażenia biurowego,

w szczególności ergonomicznych foteli, biurków i podnóżków, podnośników pacjentów i akcesoriów do nich (pasów podtrzymujących dla pacjentów o różnej masie ciała), a także o potrzebie szkoleń z zakresu ergonomicznego wykonywania czynności zawodowych. Zadaniem pracodawcy jest dbałość o stan zdrowia pracownika w miejscu pracy, ponieważ chory pracownik jest kosztem (związanym z absencją), a szkolenia w zakresie ergonomii i wydatki na bezpieczne urządzenia wspierające pracę są nakładem. Dobrą praktyką jest stałe monitorowanie warunków pracy pracowników przez pracodawcę i interweniowanie w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości, które mogą prowadzić do pogorszenia ich zdrowia.

Kluczowe pojęcia

kredyt bankowy – umowa pomiędzy bankiem a jego klientem, w której bank zobowiązuje się oddać do dyspozycji kredytobiorcy na określony w umowie czas określoną sumę środków finansowych z przeznaczeniem na ustalony cel, a kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z niej na warunkach określonych w umowie i zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu wraz z odsetkami w ustalonych terminach spłaty oraz do zapłaty prowizji od udzielonego kredytu.³⁰

leasing – rodzaj dzierżawy maszyn i urządzeń połączonej z przeniesieniem własności, polegającej na oddaniu ich na określony czas do dyspozycji klienta, który płaci za to z wpływów uzyskanych dzięki eksploatacji tych urządzeń.¹⁶

Pytania sprawdzające

1. Jakie możliwości finansowania działalności leczniczej mają podmioty lecznicze, dla których organem tworzącym jest jednostka sektora finansów publicznych (np. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej), w porównaniu z podmiotami leczniczymi będącymi spółkami prawa handlowego?
2. Na co należy zwracać uwagę przy zawieraniu umowy kredytu bankowego, szczególnie denominowanego do waluty obcej?
3. W jakich okolicznościach leasing operacyjny może być lepszym narzędziem finansowania niż kredyt bankowy?

Piśmiennictwo

1. Muszyński Z. Rozwój ergonomii w Polsce i na świecie. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie*. 2016;1(29):87–100. doi:10.25944/znmwse.2016.01.87100
2. Hajdas D. Zarządzanie bezpieczeństwem pożarowym w placówkach opieki zdrowotnej na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie – Technika, Informatyka, Inżynieria Bezpieczeństwa*. 2018;6:371–381. doi:10.16926/tiib.2018.06.26
3. Stawicki S. Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w placówkach ochrony zdrowia. *Zarządzanie i Edukacja*. 2012;84:175–186.
4. Bembnowska M, Joško-Ochojska J. Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. *Hygeia Public Health*. 2015;50(3):457–462. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-3-457.pdf>. Dostęp 25.06.2020.
5. Zembala A. Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ – Nauki Ścisłe*. 2015;11(2):35–50.
6. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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). DzUrz UE L 119/1 z 4.05.2016.
7. Filip P, Grzebyk M, Bulwa S. Alternatywne formy finansowania polskich przedsiębiorstw – znaczenie i kryteria wyboru. *Przedsiębiorstwo i Region*. 2014;6:97–108.
8. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. DzU z 2017 r., poz 844.
9. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe. DzU z 2019 r., poz 2357, t.j.
10. Wiszniowski E. Relacje pomiędzy bankiem a klientem przy finansowaniu nieruchomości kredytem. *Świat Nieruchomości*. 2011;4(78):38–43. <https://swiatnieruchomosci.krakow.pl/pl/sklep/pojedyncze-artyku%C5%82y/2011/numer-78/artyku%C5%82-78-06>. Dostęp 25.06.2020.
11. Motylska-Kuźma A. *Equity crowdfunding* – doświadczenia polskie. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*. 2018;58:119–126. doi:10.15611/pn.2018.530.11
12. Rada Języka Polskiego. Opinia o wyrazie 'leasing'. http://www.rjp.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1103:opinia-o-wyrazie-qleasingq&catid=44&Itemid=145. Dostęp 17.05.2019.
13. Słownik języka polskiego. Hasło 'leasing'. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1992:35.
14. Starzyński W. Rozwój i perspektywy rynku usług leasingowych w Polsce. *Ann UMCS Sect H*. 2012; 165(4):785–794. <http://dlibra.umcs.lublin.pl/dlibra/plain-content?id=5549>. Dostęp 25.06.2020.
15. Molga M. Rozwój rynku leasingu w Polsce. *Studia Ekonomiczne, Prawne i Administracyjne*. 2016; 2:40. <https://www.uniwersytetradom.pl/redirect.php?action=setcategory&id=3758&subid=4376>. Dostęp 25.06.2020.
16. Art 709. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny. DzU z 2019 r., poz 1145 ze zm, t.j.
17. Grzywacz J, Burżacka-Majcher M. *Leasing w przedsiębiorstwie*. Warszawa, Polska: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie; 2007:25.
18. Jaworski W, Zawadzka Z, red. *Bankowość – podręcznik akademicki*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Poltext; 2005:205,308–309.
19. Jabłońska A. Alternatywne możliwości finansowania małych i średnich przedsiębiorstw – leasing. *Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku – Nauki Ekonomiczne*. 2016;13:181–202. <http://czasopisma.pwsplock.pl/index.php/ne/article/viewFile/99/91?rel=0&autoplay=1&loop=1&playlist=ilvIWL2hSI8>. Dostęp 25.06.2020.
20. Lenik P, Krygowska K, Biernacka M. Problematyka kosztów pracy w sektorze ochrony zdrowia – perspektywa szpitali publicznych oraz szpitali niepublicznych. W: Lenik P, red. *Różnorodność zastosowań badań naukowych w teorii i praktyce zarządzania*. Krosno, Polska: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie; 2015.

21. Brzezińska K. Jakość w systemie opieki zdrowotnej – rola kadry medycznej w procesie kształtowania jakości i zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. W: Głowacka MD, Mojs E, red. *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2010:68–69.
22. Flinkman M, Isopahkala-Bouret U, Salanterä S. Young registered nurses' intention to leave the profession and professional turnover in early career: A qualitative case study. *ISRN Nurs*. 2013;2013: 916061. doi:10.1155/2013/916061
23. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. Paryż, Francja, Bruksela, Belgia: OECD Publishing; 2018:183. doi:10.1787/health_glance_eur-2018-en
24. Czajka Z. Wynagrodzenie lekarzy i pielęgniarek na tle innych zawodów w latach 2001–2010. *Zdr Publ Zarz*. 2013;11(2):159–168. doi:10.4467/20842627OZ.14.014.1624
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. DzU z 2015 r., poz 1628 ze zm.
26. Gutta K, Belica B, Gutta T, Frąckiewicz-Wronka A, Kowalska-Bobko I, opr. *Ocena jakości wsparcia z EFS w obszarze kształcenia przeddyplomowego na kierunkach medycznych – raport końcowy*. Gdańsk, Polska: Ministerstwo Zdrowia; 2019. http://www.zdrowie.gov.pl/epublikacja-64-ewaluacja_ksztalcenia_przeddyplomowego.html. Dostęp 25.06.2020.
27. Dubas-Jakóbczyk K. Rola funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w finansowaniu inwestycji w obszarze ochrony zdrowia w Polsce. *Zdr Publ Zarz*. 2014;12(3):228–238. doi:10.4467/20842627OZ.14.024.3442
28. Państwowa Inspekcja Pracy. Sprawozdanie Głównego Inspektora Pracy z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2008 roku. <https://www.pip.gov.pl/pl/o-urzedzie/sprawozdania-z-dzialalnosci/15348,sprawozdanie-glownego-inspektora-pracy-z-dzialalnosci-panstwowej-inspekcji-pracy-2008.html>. Dostęp 12.12.2020.
29. Wyderka MI, Niedzielska T. Ergonomia w pracy pielęgniarki. *Pieleg Pol*. 2016;2(60):165–169. doi:10.20883/pielpol.2016.5
30. Iwanicz-Drozdowska M, Jaworski WL, Szelągowska A, Zawadzka Z. *Bankowość – instytucje, operacje, zarządzanie*. Warszawa, Polska: Poltext; 2013.

7. Racjonowanie opieki pielęgniarskiej a bezpieczeństwo pacjenta

Izabella Uchmanowicz

7.1. Wprowadzenie do problematyki

Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi dotyczy wszystkich krajów świata. Bez względu na położenie geograficzne czy też status ekonomiczny obywatele domagają się obecnie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Zarządzający placówkami opieki zdrowotnej stoją więc przed ogromnym wyzwaniem.

Racjonowanie opieki pielęgniarskiej polega na wstrzymaniu lub nieprzeprowadzeniu wszystkich niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w obliczu niewystarczającej ilości czasu, personelu lub braku umiejętności.¹

Cięcie kosztów i strategie menedżerskie przyczyniły się do wzrostu liczby pacjentów w szpitalach, a tym samym zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie i zarazem zmniejszenia liczby zatrudnionych pielęgniarek.² W połączeniu z rosnącymi brakami personelu pielęgniarskiego i cięciami kosztów racjonowanie staje się cechą sektora ochrony zdrowia.³

Praktyka pielęgniarska obejmuje szeroki zakres codziennych zadań pełnionych w trakcie dyżuru. Gdy zasoby kadrowe są ograniczone, pielęgniarki są zmuszone do racjonowania swojej uwagi wobec pacjentów, wykorzystując własny osąd kliniczny do nadania priorytetu swoim zadaniom i interwencjom.⁴⁻⁶

7.2. Racjonowanie opieki pielęgniarskiej – ogólna charakterystyka

Niedokończona (pominięta) opieka pielęgniarska (znana również jako brak opieki, racjonowanie opieki) jest formą niedostatecznego świadczenia usług pacjentom i stanowi coraz poważniejszy problem opieki zdrowotnej na arenie międzynarodowej. Niedokończona opieka ma 3 etapy: problem (niedobór zasobów/czasu), proces (ustalanie priorytetów podczas procesu klinicznego i wynikające z tego racjonowanie opieki) oraz rezultat (brak opieki / niedostateczna opieka).⁷

Problem pominiętej opieki pielęgniarskiej jako pierwsza dostrzegła Beatrice J. Kalisch, która przeprowadziła badania naukowe wśród personelu pielęgniarskiego w 2 szpitalach w Stanach Zjednoczonych.⁸ Obszary pominiętej opieki pielęgniarskiej w tych placówkach były związane m.in. z karmieniem pacjentów, edukacją, wsparciem emocjonalnym,



Ryc. 7.1. Poziomy alokacji zasobów w opiece zdrowotnej

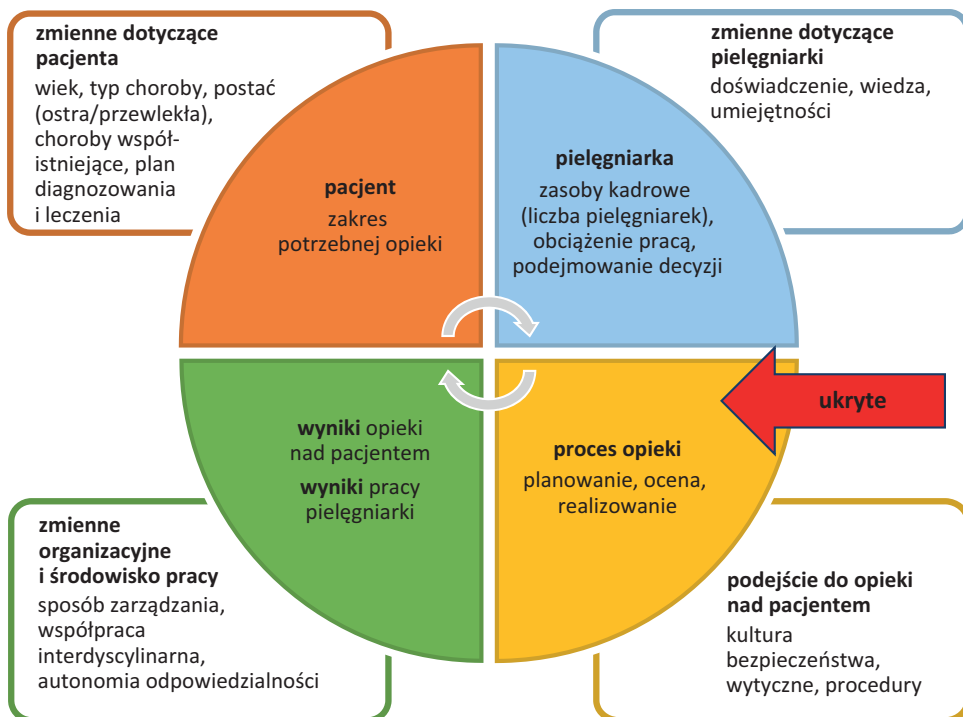
Opracowano na podstawie: Scheunemann LP. The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest*. 2011;140(6):1625–1632. doi:10.1378/chest.11-0622

higieną, dokumentacją medyczną i monitorowaniem parametrów życiowych. Warto odnotowania jest to, iż w badaniach brano pod uwagę powtarzające się zaniedbania opieki, a nie tylko okazjonalne zdarzenia lub pominięcie opieki w nagłych wypadkach. Wszyscy respondenci stwierdzili, że nie byli w stanie zapewnić pełnej opieki pielęgniarskiej, jakiej potrzebowali pacjenci.⁸

Badania wskazują, że pielęgniarki zawsze racjonują swój czas i opiekę, co powoduje poważne zagrożenia dla jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów.⁹ Racjonowanie opieki pielęgniarskiej jest wyzwaniem zarówno ekonomicznym, jak i etycznym: ekonomicznym, ponieważ opieka jest świadczona w ramach społeczno-ekonomicznych; etycznym, ponieważ wymaga decyzji potencjalnie sprzecznych z wartościami osobistymi i zawodowymi.⁹

Racjonowanie opieki wiąże się z pojęciami makroalokacji, mezoalokacji i mikroalokacji (ryc. 7.1). Najwyraźniejsze rozróżnienie występuje między decyzjami makroalokacyjnymi a mikroalokacyjnymi. Makroalokacja ma miejsce na poziomie społecznym i obejmuje decyzje o sposobie alokacji środków na rzecz dóbr publicznych. Decyzje mikroalokacyjne wiążą się z tym, czy pojedynczy pacjent otrzyma zasoby medyczne i czy będą one ograniczone. Makroalokacja i mikroalokacja, chociaż koncepcyjnie różne, są ze sobą powiązane, np. decyzje o ograniczeniu finansowania opieki zdrowotnej (makroalokacja) spowodują więcej sytuacji, w których pojedynczym pacjentom trzeba będzie odmówić potencjalnie korzystnego leczenia (mikroalokacja). Mezoalokacja oznacza zaś podział dostępnych zasobów wg kryteriów takich jak potrzeby zdrowotne, czynniki demograficzne i epidemiologiczne w systemie opieki zdrowotnej.¹⁰

Opieka pielęgniarska jest wieloetapowa i zależy od wielu zmiennych związanych m.in. z pacjentem, sposobem zarządzania i podejmowania decyzji, jakością współpracy interdyscyplinarnej oraz dostępnością do zasobów ludzkich i rzeczowych. Pielęgniarka powinna ocenić sytuację pacjenta, a następnie zaplanować oraz wdrożyć opiekę pielęgniarską. Podczas tego procesu pielęgniarka musi zdecydować, czy zastosować się do istniejącego planu opieki, czy też zachodzi konieczność jego zmiany. Racjonowanie



Ryc. 7.2. Ramy koncepcyjne racjonowania opieki pielęgniarskiej

Opracowano na podstawie: Schubert M, Glass TR, Clarke S, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res.* 2007;56(6):416–424. doi:10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62

opieki pielęgniarskiej ma miejsce, gdy obsady pielęgniarskie są niewystarczające, by zapewnić wszystkim pacjentom niezbędną opiekę zgodnie z założonymi wcześniej standardami (ryc. 7.2).¹¹

W celu wyjaśnienia procesu racjonowania opieki pielęgniarskiej zaproponowano co najmniej 2 koncepcje.^{11,12} Obie oparte są na modelu Avedisa Donabediana: struktura – proces – wynik.¹³ Koncepcje te przedstawiają racjonowanie opieki pielęgniarskiej jako zorientowaną na proces miarę jakości opieki zdrowotnej. W ramach tych modeli zakłada się, że racjonowanie opieki jest następstwem nieodpowiedniej struktury organizacyjnej szpitala (np. niedostatku personelu, braku wsparcia ze strony przełożonych i kolegów, braku zasobów sprzętowych) i zależy od cech pielęgniarek (np. wykształcenia, doświadczenia, umiejętności podejmowania decyzji), a także potrzeb chorego w zakresie opieki pielęgniarskiej zależnych od ciężkości choroby.^{1,14}

Zakłada się, że racjonowanie opieki prowadzi do potencjalnie możliwych do uniknięcia niekorzystnych skutków. Podczas gdy prowadzone są prace badawcze nad

strukturalnymi determinantami racjonowania opieki,^{15,16} stosunkowo niewiele uwagi poświęca się temu, czy racjonowanie określonych interwencji pielęgniarских (np. przygotowania wypisu) wiąże się z gorszymi wynikami chorych (np. brakiem gotowości do wypisu ze szpitala, niedostateczną kontrolą bólu).¹⁷ Istnieją dowody, że nie wszystkie elementy opieki są pomijane z tą samą częstotliwością lub w tym samym zakresie,¹⁸ np. zapewnienie leczenia i interwencji medycznej jest pomijane rzadziej niż zapewnienie świadczeń podstawowej opieki pielęgniarской (np. kąpiele, pielęgnacja jamy ustnej).¹⁹

7.3. Wpływ racjonowania opieki na bezpieczeństwo pacjenta

Wobec globalnego deficytu pracowników w opiece zdrowotnej wiele organizacji międzynarodowych oraz krajowych podejmuje różne działania nakierowane na zachowywanie zasobów ludzkich w tak ważnym sektorze, jakim są usługi zdrowotne. W 2016 r. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) opublikowała dokument pt. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030* (Globalna strategia dotycząca zasobów ludzkich w ochronie zdrowia – grupa robocza 2030).²⁰ W cytowanym dokumencie WHO podała, że do 2030 r. będzie konieczne utworzenie ok. 40 mln nowych miejsc pracy w opiece zdrowotnej, aby zaspokoić światowe potrzeby zdrowotne. W tym samym czasie przewiduje się niedobór ok. 18 mln pracowników, dlatego zarządzający zasobami ludzkimi w sektorze opieki zdrowotnej (w skali makro i mikro) powinni wykorzystywać najlepsze praktyki w takich aspektach, jak planowanie, ocenianie, edukacja, motywacja i wydajność.²⁰

W raporcie WHO pt. *Framing the Health Workforce Agenda for the Sustainable Development Goals: Biennium Report 2016–2017* (Opracowywanie agendy dotyczącej pracowników ochrony zdrowia na rzecz celów zrównoważonego rozwoju: Raport dwuletni 2016–2017) dedykowanym pracownikom opieki zdrowotnej określono plany wzmocnienia pielęgniarstwa i położnictwa, których przedstawiciele są największą grupą zawodową w sektorze ochrony zdrowia na świecie. Za główne globalne cele uznano maksymalizację potencjału pielęgniarek i położnych przez m.in. zapewnienie wykształconej, kompetentnej i zmotywowanej kadry pielęgniarской i położniczej oraz optymalizację przywództwa i zarządzania, by były jak najbardziej skuteczne.²¹

W *Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future* (Dublińskiej deklaracji ws. zasobów ludzkich w ochronie zdrowia – budowanie kadry przyszłości) zwrócono uwagę na pilną potrzebę skoordynowanych i przemyślanych inwestycji w pracowników opieki zdrowotnej.²²

Mark Britnell stworzył koncepcję 10 dużych zmian, które wg niego mogą rozwiązać problem globalnego deficytu pracowników ochrony zdrowia. Podkreśla m.in., że organizacje opieki zdrowotnej muszą stać się uczącymi się systemami, które kształcą i wspierają pracowników oraz maksymalizują ich korzyści, stosując sprawdzone techniki podnoszące ich motywację i wydajność. Britnell zwrócił również uwagę na konieczność zwalniania personelu klinicznego (lekarzy, pielęgniarek) z zadań służebnych i administracyjnych w celu skoncentrowania się na świadczeniu profesjonalnej opieki medycznej

popartej ciągłym rozwojem personelu medycznego, z zastosowaniem innowacyjnych technologii medycznych.²³

Ograniczone zasoby (finansowe, rzeczowe i ludzkie) oraz nieograniczone potrzeby (popyt na usługi przewyższający podaż zasobów zdrowotnych) mogą potęgować racjonowanie opieki pielęgniarskiej.²⁴

Na oddziałach z niedoborem personelu pielęgniarki są prawdopodobnie zmuszone do minimalizowania lub pomijania pewnych zadań, zwiększając tym samym ryzyko wystąpienia negatywnych skutków dla pacjenta. Na całym świecie grupy zarządcze zgadzają się na działanie szpitali z brakami personelu pielęgniarskiego.^{25,26}

Badania naukowe coraz częściej potwierdzają, że niewystarczające obsady kadrowe wpływają negatywnie na wyniki leczenia i opieki nad pacjentami. Międzynarodowe badania wykazały istotny związek pogorszenia jakości usług zdrowotnych ze zmniejszoną liczbą pielęgniarek w szpitalu. Różny poziom ich kompetencji i umiejętności powoduje zwiększoną liczbę zdarzeń niepożądanych (takich jak błędy w stosowaniu leków, upadki, zakażenia szpitalne, odleżyny, wyższy wskaźnik śmiertelności).^{27–29} Co więcej, braki kadrowe pielęgniarek prowadzą do niezadowolenia z pracy, wypalenia zawodowego oraz urazów związanych z pracą i częstej rotacji personelu na oddziale.^{30,31}

Poprawa bezpieczeństwa pacjenta wymaga nie tylko zmniejszenia ryzyka popełnienia błędu, ale także zmaksymalizowania efektywności opieki i nadzoru pielęgniarskiego, z czym wiąże się zapewnienie odpowiedniej liczby dyżurujących pracowników.³²

Do niedawna literatura przedmiotu na temat jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta koncentrowała się głównie na błędach związanych z niewłaściwym leczeniem. Nie do końca zwracano uwagę na zaniedbania w postaci dostarczania opieki pielęgniarskiej w nieodpowiednim czasie, takie jak nieterminowe zmiany pozycji pacjentów, błędy w wykonywaniu zleceń w zakresie farmakoterapii i in.³³

7.4. Podsumowanie

Opieka pielęgniarska ma znaczący wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, bezpośrednio przekładając się na wyniki leczenia, jak również na satysfakcję pacjenta ze świadczonych usług oraz zadowolenie personelu pielęgniarskiego ze stopnia realizacji tych usług. Wobec globalnego deficytu pracowników opieki zdrowotnej zasadne wydaje się podejmowanie działań strategicznych w celu utrzymania dotychczasowych zasobów personelu pielęgniarskiego oraz pozyskiwania nowych pracowników.

7.5. Dobre praktyki

New Zealand Nurses Organisation (NZNO) w 2014 r. (aktualizacja w 2019 r.) wydała oświadczenie ws. racjonowania opieki pielęgniarskiej. Ma ono na celu zwrócenie uwagi na pilną potrzebę skoncentrowania się na bezpieczeństwie i zdrowiu personelu oraz zapewnieniu adekwatnej liczby pielęgniarek o odpowiednim doświadczeniu i wysokich kompetencjach.

W dokumencie tym podniesiono również, że każdy pacjent objęty opieką w środowisku klinicznym ma prawo do wysokiej jakości opieki na każdej zmianie każdego dnia. Pielęgniarki, położne i asystenci opieki zdrowotnej mają również prawo do pracy w bezpiecznym i wspierającym, umożliwiającym świadczenie takiej opieki środowisku. Za istotne uznano również tworzenie i utrzymywanie na dobrym poziomie jakości bezpieczeństwa pacjentów i personelu, a także wzmacnianie autorytetów i przywództwa w pielęgniarstwie i położnictwie.³⁴

Kluczowe pojęcia

czynniki potęgujące racjonowanie opieki – ograniczone zasoby (finansowe, rzeczowe i ludzkie) oraz nieograniczone potrzeby (popyt na usługi przewyższający podaż zasobów zdrowotnych).²⁴

etapy niedokończonej opieki pielęgniarstwiej – problem (niedobór zasobów/czasu), proces (ustalanie priorytetów podczas procesu klinicznego i wynikające z tego racjonowanie opieki) oraz rezultat (brak opieki / niedostateczna opieka).⁷

racjonowanie opieki pielęgniarstwiej – wstrzymanie lub nieprzeprowadzenie wszystkich niezbędnych zabiegów pielęgniarstwiej w obliczu niewystarczającej ilości czasu, personelu lub braku umiejętności.¹

Pytania sprawdzające

1. Czym jest racjonowanie opieki?
2. Jakie zmienne wpływają na racjonowanie opieki pielęgniarstwiej?
3. Jak można scharakteryzować globalny deficyt pracowników ochrony zdrowia?
4. W jaki sposób racjonowanie opieki wpływa na etykę zawodową pielęgniarstwiej?
5. Jaki związek ma racjonowanie opieki z kulturą bezpieczeństwa?
6. Co może potęgować racjonowanie opieki pielęgniarstwiej?

Piśmiennictwo

1. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the international hospital outcomes study. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(4):227–237. doi:10.1093/intqhc/mzn017
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nurs Outlook*. 2002;50(5):187–194. doi:10.1067/mno.2002.126696

3. Buerhaus PJ, Auerbach DI, Staiger DO. Recent trends in the registered nurse labor market in the U.S.: Short-run swings on top of long-term trends. *Nurs Econ*. 2007;25(2):59–66, 55; quiz 67.
4. West E, Barron DN, Reeves R. Overcoming the barriers to patient-centred care: Time, tools and training. *J Clin Nurs*. 2005;14(4):435–443. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01091.x
5. Kuenzi K, Schaer-Moser M. Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern [po niemiecku]. Berno, Szwajcaria: Büro Bass, Büro a&o; 2002:81.
6. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(3):43–53. doi:10.1377/hlthaff.20.3.43
7. Scott PA, Harvey C, Felzmann H, et al. Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nurs Ethics*. 2019;26(5):1528–1539. doi:10.1177/0969733018759831
8. Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. *Nurs Care Qual*. 2006;21(4):306–313. doi:10.1097/00001786-200610000-00006
9. Papastavrou E. The ethical complexities of nursing care rationing. *Health Sci J*. 2013;7(4):346–348. <https://www.hsj.gr/medicine/the-ethical-complexities-of-nursing-care-rationing.pdf>. Dostęp 15.06.2020.
10. Scheunemann LP. The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest*. 2011;140(6):1625–1632. doi:10.1378/chest.11-0622
11. Schubert M, Glass TR, Clarke S, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res*. 2007;56(6):416–424. doi:10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62
12. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509–1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
13. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Nowy Jork, NY: Oxford University Press; 2003.
14. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De GS. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(7):884–893. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008
15. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage*. 2014;29(1):3–25. doi:10.1002/hpm.2160
16. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: Missed nursing care. *West J Nurs Res*. 2014;36(7):875–890. doi:10.1177/0193945914531859
17. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(6):1121–1137. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012
18. Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, et al. Organization of hospital nursing, provision of nursing care, and patient experiences with care in Europe. *Med Care Res Rev*. 2015;72(6):643–664. doi:10.1177/1077558715589188
19. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN 4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(2):126–135. doi:10.1136/bmjqs-2013-002318
20. World Health Organization. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Genewa, Szwajcaria: World Health Organization; 2016. https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/. Dostęp 15.06.2020.
21. World Health Organization. *Framing the Health Workforce Agenda for the Sustainable Development Goals: Biennium Report 2016–2017. WHO Health Workforce*. Genewa, Szwajcaria: World Health Organization; 2017. https://www.who.int/hrh/resources/bienium-report_16-17/en/. Dostęp 15.06.2020.
22. World Health Organization. Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the health workforce of the future. https://www.who.int/hrh/events/Dublin_Declaration-on-Human-Resources-for-Health.pdf?ua=1. Dostęp 15.06.2020.

23. Britnell M. *Human: Solving the Global Workforce Crisis in Healthcare*. Oxford, Wielka Brytania: Oxford University Press; 2019.
24. Keliddar I, Mosadeghrad AM, Jafari Sirizi M. Rationing in health systems: A critical review. *Med J Islam Repub Iran*. 2017;31:47. doi:10.14196/mjiri.31.47
25. McCloskey BA, Diers DK. Effects of New Zealand's health reengineering on nursing and patient outcomes. *Med Care*. 2005;43(11):1140–1146. doi:10.1097/01.mlr.0000182549.85761.cd
26. Clarke SP. Research on nurse staffing and its outcomes: The challenges and risks of grasping at shadows. W: Nelson S, Gordon S, red. *The Complexities of Care: Nursing Reconsidered*. Ithaca, USA: Cornell University Press; 2006:161–184.
27. Jaworski M, Iwanow L, Grochans E, et al. Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland [opublikowano jako early view 9.02.2020]. *J Nurs Manag*. 2020. doi:10.1111/jonm.12974
28. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(2):175–182. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003
29. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987–1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987
30. Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, et al. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(1):6–22. doi:10.1177/1474515117721561
31. Stalpers D, de Brouwer BJ, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(4):817–835. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005
32. Ball JE, Griffiths PD. Missed nursing care: A key measure for patient safety. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/missed-nursing-care-key-measure-patient-safety#>. Opublikowano 1.03.2018. Dostęp 15.06.2020.
33. Dabney BW, Kalisch BJ. Nurse staffing levels and patient-reported missed nursing care. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(4):306–312. doi:10.1097/NCQ.0000000000000123
34. New Zealand Nurses Organisation. <https://www.nzno.org.nz>. Dostęp 15.06.2020.

8. Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego

Ewa Kuriata-Kościelniak

8.1. Wprowadzenie do problematyki

Funkcjonowanie przedsiębiorstw w systemach gospodarki rynkowej podlega obecnie większym niż kiedykolwiek wymaganiom. Wyjątkowo ważna jest ocena ich szeroko pojętej efektywności. Coraz większy nacisk kładzie się także na efektywność instytucji opieki zdrowotnej, które w świetle obowiązujących regulacji są podporządkowane rygorom typowym dla przedsiębiorstw z innych branż. Szczególny charakter tych instytucji oraz specyfika celów stawianych przed opieką zdrowotną skutkują tym, że w ich funkcjonowaniu wiodące są wartości, cele i zadania związane z bezpieczeństwem wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia.

Obszar ten w przeciągu ostatnich lat zmienia się bardzo dynamicznie, także w zakresie rozwiązań, które mają zapewnić zadowalający poziom bezpieczeństwa zdrowotnego Polakom. Przemianom tym towarzyszy stały i intensywny, ale też często trudny, nieprecyzyjny i niejasny przekaz informacji, zarówno pomiędzy instytucjami funkcjonującymi na rynku świadczeń zdrowotnych, jak i wewnątrz tych instytucji. Podwyższa to niewątpliwie rangę komunikacji o tyle, że staje się ona niezbędnym narzędziem i jednocześnie warunkiem realizacji strategicznych celów organizacji oraz wypełniania ich misji, w której wielu menedżerów zarządzających działalnością leczniczą w Polsce eksponuje wartość, jaką jest bezpieczeństwo pacjentów.

Od dawna w literaturze światowej rozpatrującej różne aspekty zarządzania opisane są doniesienia przekonujące o słuszności doskonalenia procesów komunikowania się ludzi w organizacji. Już badacze procesów zarządzania organizacjami w XIX w., przedstawiciele klasycznego podejścia naukowej organizacji i zarządzania (NOZ), którzy zapoczątkowali ruch na rzecz stosunków międzyludzkich, skłaniali się do uznania społecznego wymiaru pracy za ważny dla sprawności funkcjonowania organizacji (nurt *human relations*).¹ Menedżerowie zgadzający się z tą ideą poddawali swoich pracowników treningom w zakresie skutecznego komunikowania się, wierząc, iż zadecyduje to o sprawnym funkcjonowaniu ich firmy. Niestety w Polsce przez dziesiątki lat, kiedy słabe zainteresowanie efektywnością funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej nie skłaniało do poszukiwania doskonalszych rozwiązań, kluczowe znaczenie miało samo wykonywanie pracy, nie zawsze w sprzyjających warunkach. Współczesne realia funkcjonowania świadczeniodawców usług zdrowotnych, coraz wyraźniejsze mechanizmy gospodarki rynkowej i rosnący wpływ społeczeństwa jako konsumenta usług zdrowotnych

wymuszają poszukiwanie metod umożliwiających podwyższanie jakości funkcjonowania tych podmiotów. Spostrzeżenia większości badaczy oraz samych uczestników sektora ochrony zdrowia skłaniają obecnie do zaakcentowania rangi komunikacji interpersonalnej jako niezbędnego warunku zapewnienia satysfakcji pacjentom, a także pracownikom i menedżerom ochrony zdrowia.

W realizacji opieki zdrowotnej, w której decyzje i działania jednych odnoszą się do życia i zdrowia drugih, efektywna komunikacja interpersonalna nabiera wyjątkowego znaczenia. Jej cechy to czytelność przekazu, jego wiarygodność, rzetelność – w odróżnieniu od przekazu niezrozumiałego, nieprecyzyjnego czy wręcz zafałszowanego. Skuteczna komunikacja pozwala eliminować zagrożenia wynikające z niejasności informacji zarówno w obrębie zespołu terapeutycznego, jak i pomiędzy jego członkami a pacjentem. Ostatecznie więc może przyczynić się do zapewnienia satysfakcjonującej i bezpiecznej opieki zdrowotnej. Wynika z tego, że wysoki poziom umiejętności komunikowania się z ludźmi jest gwarancją sukcesu pracowników ochrony zdrowia.²

8.2. Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla funkcjonowania organizacji

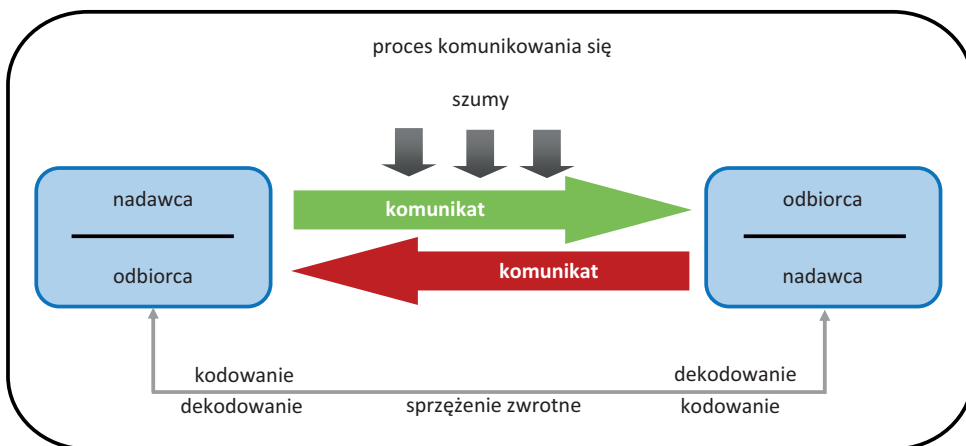
Przez komunikowanie się można rozumieć „proces przekazywania informacji od jednej osoby do drugiej”.¹ Często zachodzi on pomiędzy większą liczbą nadawców i odbiorców. Skuteczną komunikację definiuje się za to jako „proces wysyłania informacji w taki sposób, że wiadomość otrzymana ma możliwie zbliżone znaczenie do wiadomości zamierzonej”.²

Należy podkreślić 3 kwestie dotyczące komunikacji³:

- dotyczy ludzi, więc jej zrozumienie wymaga analizowania stosunków między nimi – oznacza to także, iż usprawnianie komunikacji interpersonalnej powinno odbywać się poprzez doskonalenie procesu zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji;
- polega na dzieleniu się celami i znaczeniami, co wskazuje, że aby ludzie mogli się efektywnie komunikować, muszą się zgadzać co do celów i wartości, którymi się wymieniają;
- wiąże się z symbolami (gesty, dźwięki, litery, słowa), które mogą obrazować myśl zawartą w przekazie – wymaga to od osób pozostających w relacji, aby owe używane podczas wymiany informacji symbole były przez odbiorcę komunikatu rozumiane zgodnie z intencją nadawcy.

Proces komunikacji interpersonalnej przedstawia się najczęściej jako układ wzajemnej wymiany informacji pomiędzy nadawcą a odbiorcą (ryc. 8.1).

Najistotniejszym elementem tego procesu są ludzie, pomiędzy którymi w obydwu kierunkach następuje przekaz informacji. Oznacza to, że podczas komunikowania się może lub powinna być przesłana informacja zwrotna albo przynajmniej komunikat potwierdzający odebranie informacji. Tłumaczy to fakt, że nadawca jest jednocześnie odbiorcą komunikatu, który odsyła odbiorcę, stając się nadawcą informacji zwrotnej.



Ryc. 8.1. Proces komunikacji interpersonalnej w organizacji

Opracowano na podstawie: Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. *Komunikacja między ludźmi – motywacja, wiedza i umiejętności*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.

Ważnym elementem komunikacji są symbole, znaki, a w specyficznej terminologii zarządczej lub medycznej także profesjonalne sformułowania, stanowiące swoisty kod, który nie zawsze jest czytelny dla odbiorcy. Kluczowe w tym momencie stają się zarówno umiejętności nadawcy (menedżera, lekarza), jak i zdolności odbiorcy (pracownika, pacjenta) do odkodowania przekazu, co umożliwia pełne zrozumienie treści i wykorzystanie przekazywanej informacji. Występujące podczas komunikacji szumy, czyli różnego rodzaju zakłócenia, często utrudniają przekazywanie oraz odbiór ważnych informacji.

Przykładami typowych zakłóceń w komunikacji interpersonalnej w instytucjach opieki zdrowotnej są m.in.: nadmierne emocje, duża odpowiedzialność, strach, frustracja, stres, hałas, presja czasu i pośpiech, zmęczenie, nadmierne obciążenie zadaniami, ale także zła organizacja pracy, niekomfortowe warunki wykonywania obowiązków służbowych itp. W sytuacjach, w których gra toczy się o zdrowie oraz życie pacjentów, takie czynniki mogą być nie tylko poważnym zagrożeniem dla skutecznej i bezpiecznej komunikacji interpersonalnej, a co za tym idzie – przyczyniać się do utrudnienia funkcjonowania organizacji, ale też powodować wielowymiarowe straty (ryc. 8.2).

W bardzo wielu instytucjach opieki zdrowotnej w Polsce ciągle małe znaczenie przywiązuje się do optymalizacji szeroko pojętych warunków pracy personelu medycznego, co w przypadku realizacji tak odpowiedzialnych zadań, jakimi są usługi zdrowotne, może skutkować zakłóceniem w obszarze komunikacji interpersonalnej, a tym samym wzrostem ryzyka popełnienia błędu.

Mnogość czynników zakłócających pracę personelu medycznego w Polsce, nie tylko na oddziałach szpitalnych, jest niewątpliwie konsekwencją wielu przyczyn, w tym m.in.:



Ryc. 8.2. Zakłócenia (szumy) typowe dla komunikacji interpersonalnej w pracy zespołu terapeutycznego
Opracowanie własne.

- wieloletnich zaniedbań w kwestii profesjonalizacji procesów zarządczych, braku analizowania i usprawniania organizacji pracy zespołów terapeutycznych oraz braku zainteresowania poprawą warunków pracy;
- minimalistycznego podejścia zarówno do określania struktury zatrudnienia, jak i satysfakcji pacjentów z jakości opieki w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, odbiegającego istotnie od rozwiązań i wskaźników oceny sytuacji w Europie i na świecie;
- niedostrzegania oraz zaniechania analizy ryzyk będących konsekwencją powyższych czynników, a co za tym idzie, braku możliwości i chęci wdrażania rozwiązań przeciwdziałającym tym ryzykom;
- braku zaakcentowania wymagań związanych z wdrażaniem oraz przestrzeganiem zasad higieny i ergonomii pracy personelu medycznego.

Porównywanie wskaźników zatrudnienia personelu medycznego w krajach europejskich z sytuacją w Polsce pokazuje pogłębiający się od bardzo wielu lat deficyt lekarzy oraz pielęgniarek w naszym kraju, co przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na opiekę zdrowotną generuje ryzykowne sytuacje, związane najczęściej z niedostosowaniem struktury zatrudnienia personelu medycznego do potrzeb pacjentów. Wieloletowe zatrudnienie pracowników ochrony zdrowia w Polsce prowadzi często do naruszenia

bezpiecznego wymiaru czasu pracy, jest powodem zmęczenia pracowników, ich rozdrażnienia, osłabienia motywacji do pracy, pośpiechu w wykonywaniu zadań zawodowych, czyli zwiększa prawdopodobieństwo nasilenia zakłóceń w procesie komunikacji interpersonalnej w miejscu pracy. Światowe osiągnięcia w zakresie wdrażania rozwiązań prowadzących do bezpiecznej pracy personelu medycznego w Polsce wydają się ciągle torpedowane argumentami o niskich nakładach środków na opiekę zdrowotną oraz słabej – niestety – kondycji finansowej podmiotów leczniczych.

Obecnie zmienia się jednak rola komunikacji wewnętrznej również w obszarze funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej – obejmuje już nie tylko przekazywanie informacji, ale też np. tworzenie platform służących rozwijaniu zaangażowania pracowników, zgodnie z najnowszymi tendencjami w zarządzaniu zasobami ludzkimi. Zdecydowanie częściej zatem komunikacja „to nie tylko zapewnienie konkretnych informacji konkretnym osobom, ale budowanie zaangażowania oraz sposób, w jaki do niego nakłaniamy, w celu wzmocnienia działalności biznesowej. Prawidłowa komunikacja wewnętrzna jest w końcu podstawą do budowania pozytywnego wizerunku na zewnątrz firmy dzięki dobrze poinformowanym pracownikom, którzy stają się jej ambasadorami. Z kolei niewłaściwie funkcjonująca komunikacja prowadzi do nieporozumień, konfliktów, obniża sprawność działania, przeszkadza w realizacji celów” (tabela 8.1).⁴

Tabela 8.1. Znaczenie komunikacji w organizacji

Skuteczna komunikacja	Zakłócenia w komunikacji
• umacnia identyfikację z firmą • zwiększa motywację do pracy • ułatwia współdziałanie zespołu • poprawia efektywność • wzmacnia harmonię/spójność • buduje klimat zaufania • sprzyja wprowadzaniu zmian • sprzyja tworzeniu pozytywnego wizerunku (wewnętrznego i zewnętrznego) firmy • jest powodem satysfakcji z pracy personelu oraz zadowolenia pacjentów z opieki	• wywołują niepewność • powodują napięcia i konflikty • zwiększają ryzyko błędów • dezorganizują działanie zespołu • demotywują personel • wpływają na pogorszenie efektywności i jakości pracy • wpływają na niezadowolenie pracowników oraz pacjentów • przyczyniają się do osłabienia wizerunku personelu oraz całej instytucji

Opracowanie własne.

Przepływ informacji w instytucjach opieki zdrowotnej można rozpatrywać we wszystkich możliwych kierunkach i zależnościach, które mają kluczowe znaczenie dla realizacji opieki zdrowotnej. Należy wziąć pod uwagę następujące kierunki przepływu informacji:

- pomiędzy kierownictwem firmy a pracownikami – obustronna komunikacja pionowa, której kanały informacyjne pokrywają się najczęściej z liniami służbowego, hierarchicznego podporządkowania;
- w obrębie zespołów pracowniczych – wielokierunkowa komunikacja pozioma, tj. pomiędzy pracownikami udzielającymi świadczeń zdrowotnych (członkowie zespołu

terapeutycznego), a także pomiędzy nimi a personelem administracyjnym oraz wykonawcami tzw. procesów pomocniczych;

- pomiędzy personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną – jako specyficzna odmiana poziomej komunikacji. Jest to szczególnie rodzaj komunikacji interpersonalnej ze względu na różnice dzielące nadawcę informacji (lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę) i pacjenta oraz jego bliskich.

8.2.1. Komunikacja pionowa pomiędzy kierownictwem a pracownikami

Praca menedżera sprowadza się w gruncie rzeczy do ciągłego komunikowania się z innymi za pomocą różnych narzędzi.¹

Komunikacja interpersonalna jest integralnym elementem zarządzania na wszystkich poziomach organizacji. Każda spośród funkcji zarządzania, tj.: planowanie i podejmowanie decyzji, organizowanie, motywowanie i kontrolowanie, wymaga dobrej komunikacji, aby była skuteczna. Zarządzanie personelem w praktyce oznacza nawiązanie pionowych relacji, które wiążą się z odgrywaniem wielu ról kierowniczych. Wśród nich wymienia się role: interpersonalną, informacyjną oraz decyzyjną. Każda z nich zawiera element komunikowania się przedstawicieli kierownictwa firmy z jej pracownikami.

Menedżer spełnia **rolę interpersonalną**, kiedy jest symbolem i przywódcą ludzi z jednostki organizacyjnej, porozumiewając się z pracownikami firmy, klientami i dostawcami. To najsilniej nacechowana komunikowaniem się rola, w celu wypełnienia której menedżer powinien stać się liderem zespołu. Jego kompetencje społeczne są najistotniejszym czynnikiem decydującym o wywiązywaniu się z tej roli.

Rola informacyjna przejawia się w poszukiwaniu informacji ważnych dla organizacji oraz przekazywaniu ich poszczególnym działom lub pracownikom. W dobie masowego przekazu informacji ta rola jest szczególnie ważna, chociażby w aspekcie oddzielania informacji nieistotnych od tych o priorytetowym znaczeniu, które powinny dotrzeć do pracowników.

Rola decyzyjna spełniana jest w każdej funkcji zarządzania przedsiębiorstwem. To, czy menedżer w podejmowaniu decyzji będzie się kierował informacjami pozyskanymi w procesie komunikacji i jaki będzie w tym udział pracowników, ma wpływ na ocenę jego stylu podejmowania decyzji. Niezależnie jednak od udziału pracowników w samym procesie decyzyjnym decydent i tak powinien zakomunikować swoje decyzje innym członkom organizacji.

Menedżerowie komunikują się z innymi, opracowując plany, rozdzielając zadania, organizując pracę podległych zespołów, motywując pracowników i przedstawiając im ocenę ich działań, kontrolując wyniki pracy.¹

Na przestrzeni lat dokonywały się modyfikacje metod i stylów zarządzania w poszukiwaniu najskuteczniejszych sposobów kształtowania zachowań ludzi w pracy. Obecnie menedżerowie zarządzający instytucjami opieki zdrowotnej stają przed wieloma trudnościami – konsekwencją konieczności ciągłego adaptowania się do nowych warunków będących skutkiem gwałtownie zachodzących zmian w sektorze ochrony zdrowia. Takie okoliczności są dla menedżerów wyzwaniem wiążącym się z rezygnacją ze stylu

zarządzania opartego wyłącznie na wydawaniu poleceń i egzekwowaniu wyników, dyscyplinie po stronie kosztów (restrykcyjne ograniczanie nakładów, cięcia) oraz wymuszaniu jakości. Dzisiaj staje się konieczne uwzględnienie takiego modelu zarządzania, w którym relacje szefa z pracownikami bazują na jego autorytecie wynikającym z kompetencji, zachowań, uznania pracowników za partnerów w dążeniu do osiągnięcia celów instytucji.

Kierowanie ludźmi z definicji wiąże się z wywieraniem wpływu na pracowników w celu uzyskania ich większego zaangażowania w pracę. Nie powinno to oznaczać wyłącznie wymuszania aktywności personelu. Konieczne staje się przemodelowanie przywódcy w tej relacji do postaci motywującego i inspirującego pracowników do rozwoju kompetencji lidera, co ma przełożenie na satysfakcję z pracy personelu. Szpital lub przychodnia to ten rodzaj instytucji, w którym kierowanie zespołem powinno być nacechowane oddziaływaniem na postawy ludzi wobec zadań, pacjentów i innych jego członków. Intensywniejsze zaangażowanie w pracę oznacza zwiększenie staranności w wykonywaniu zadań, a co za tym idzie – zapewnienie bezpiecznej opieki. Nie bez powodu w ocenie stylów kierowania ludźmi podkreśla się ostatnio duże znaczenie przywództwa jako relacji opartej na rzeczywistym autorytecie menedżera. Dla większości pracowników, także poza sektorem ochrony zdrowia, najkorzystniejsza relacja z przełożonym to taka, kiedy jest on dla zespołu liderem, a nie wyłącznie egzekutorem wydawanych poleceń.⁵

Ten oczywisty byt komunikacji interpersonalnej w systemie organizacyjnym szpitala lub innego podmiotu sprawia, że staje się ona niejako spoiwem, który scala poszczególne elementy struktury organizacyjnej. Sprawia, że organizacja jest zdolna do współdziałania umożliwiającego sprawne i ekonomiczne osiągnięcie jej celów.⁶

Zasady skutecznej komunikacji interpersonalnej wdrożone poprzez system zarządzania instytucją kształtują system wartości w szpitalu, którego podstawą jest bezpieczeństwo pacjenta, oraz definiują taką kulturę organizacyjną, w jakiej współpraca menedżerów z pracownikami oraz wszystkich grup personelu między sobą bazuje na zrozumieniu, życzliwości i otwartości (ryc. 8.3).⁷

Kompetencje menedżerów i styl zarządzania ludźmi wydają się kluczowymi aspektami skutecznej komunikacji w instytucjach opieki zdrowotnej.

Nie od dziś wiadomo, że o zdolnościach do wykonywania zawodu menedżera decydują nie tylko kwalifikacje danej osoby, ale też jej cechy osobowościowe i zachowania, określane też jako tzw. kompetencje społeczne, inaczej miękkie. Wiedza, jak zarządzać ludźmi, to dzisiaj za mało, ale znalezienie takiego sposobu na wywieranie wpływu na pracowników, który spowoduje ich prawdziwe zaangażowanie w realizowanie przez firmę jej misji, to już bardzo wiele. W praktyce często oznacza to podporządkowanie realizacji celów własnych celom wspólnym zespołu lub całej organizacji albo wręcz rezygnację z zaspokajania swoich potrzeb na rzecz potrzeb pacjentów lub współpracowników. Do osiągnięcia takiego efektu wymagane są nie tylko predyspozycje personelu czy też tak często przywoływane powołanie do zawodu, ale także właściwy styl zarządzania ludźmi w organizacji. Umiejętności społeczne menedżera w trudnych warunkach, takich jak praca w ochronie zdrowia, urastają do rangi magnesu przyciągającego ludzi do firmy.



Ryc. 8.3. Relacje interpersonalne w aspekcie organizacyjnym

Opracowano na podstawie: Walshe K, Smith J, red. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2011.

Niekwestionowana rola profesjonalnych kompetencji coraz częściej jest uzupełniana znaczeniem inteligencji emocjonalnej lidera zespołu, któremu niezbędna jest umiejętność porozumiewania się, łagodzenia konfliktów, tworzenia więzi, współpracy i współdziałania w grupie. Rozwijanie inteligencji emocjonalnej, zarówno u menedżerów, jak i pracowników szpitali, może znacząco wpływać na poprawę relacji międzyludzkich, kształtowanie postaw umożliwiających kontrolowanie emocji oraz łagodzenie stresu.⁵

Nie można też pominąć tak ważnego aspektu, jak komunikacja pomiędzy poszczególnymi szczeblami w hierarchii organizacji z dołu do góry oraz pracowników wykonawczych i menedżerów szczebla operacyjnego lub strategicznego. Tylko w ten sposób można zrozumieć zachowania, poznać uczucia, poglądy i zdanie osób, na które bezpośredni lub pośredni wpływ mają decyzje podejmowane przez menedżerów. Dobrym przykładem usprawnienia tego zakresu komunikacji interpersonalnej w podmiotach leczniczych jest badanie satysfakcji pracowników, dzięki któremu kierownictwo może pozyskać ważne informacje niedostrzegane na poziomie zarządzania instytucją, ale też istotne sugestie wyznaczające kierunki zmian.

8.2.2. Komunikacja w obrębie zespołu terapeutycznego

Komunikacja interpersonalna ma szczególne znaczenie wszędzie tam, gdzie efekt końcowy pracy nie jest najczęściej spektakularnym osiągnięciem jednego człowieka, ale raczej stanowi pochodną współdziałania całego zespołu. Taką właśnie sytuację można zaobserwować w szpitalu, gdzie ludzie o różnych profesjach i specjalnościach, będący nie tylko przedstawicielami zawodów medycznych, podejmując różne zadania, zmierzają do realizacji wspólnych celów (ekwifinalność). Jednocześnie we współdziałaniu przedstawicieli zawodów o różnym poziomie wykształcenia lub utrwalonym historycznie odmiennym statusie społecznym nieodłącznym elementem, stanowiącym zagrożenie dla

współpracy, staje się rywalizacja o prestiż. Przejawia się to często w ignorowaniu współpracowników, wyrażaniu negatywnych opinii, uszczypliwości czy podważaniu poprawności działania. W takich sytuacjach najważniejsze jest zrozumienie rzeczywistych intencji współdziałania ludzi, którzy, wypełniając różne role zawodowe, chcą osiągnąć jeden wynik. Zespół ludzi to coś więcej niż suma pracy jego członków – niezbędne jest też ich zaangażowanie oraz, tak ważne, uzyskanie efektu synergii w realizacji celów grupy.⁸ Takie podejście określa niezbędne warunki do uzyskania pożądaných przez zespół wyników – są to w największym stopniu motywacja ludzi oraz stymulująca ich zaangażowanie satysfakcja.

Komunikacja interpersonalna w zespołach zadaniowych jest ukierunkowana na osiągnięcie zamierzonego rezultatu, a zatem uczestnicy tego procesu zakładają, że osoby, z którymi się porozumiewają, zachowają się zgodnie z ich oczekiwaniami.⁹ Na współpracę lekarzy i pielęgniarek oraz pozostałych członków zespołu terapeutycznego w instytucjach opieki zdrowotnej znaczący wpływ wywiera postępująca profesjonalizacja zawodów medycznych. Ich przedstawiciele zyskują coraz większą samodzielność w działaniu, zarówno diagnostycznym, jak i terapeutycznym. Z jednej strony wysokie kwalifikacje personelu medycznego dają większe szanse na osiągnięcie pożądanego efektu leczenia, z drugiej zaś mogą być przyczyną nieporozumień czy nawet konfliktów wynikających z różnych wartości, oczekiwań, kultury, przyzwyczajzeń lub doświadczeń.

Kształtowanie poprawnych relacji interpersonalnych (w tym efektywne komunikowanie się), wpływających na właściwe interakcje pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami i położnymi, ratownikami medycznymi, fizjoterapeutami oraz innymi pracownikami, jest nie tylko warunkiem dobrego funkcjonowania zespołu terapeutycznego, ale też ma istotne znaczenie dla osiągania postępów w leczeniu pacjentów oraz wzmocnienia ich poczucia bezpieczeństwa. Rangę zagadnienia podkreślili również Monika Dobska i Kazimierz Rogoziński, przywołując stanowisko Jennifer M. George, wg której to od uczuciowego klimatu zespołu zależy jego innowacyjność i efektywność.¹⁰ Te parametry z punktu widzenia instytucji opieki zdrowotnej, w warunkach konkurencji o pacjenta oraz zasoby finansowe rynku świadczeń zdrowotnych, stanowią oczywiste przyczyny uzyskiwania przewagi rynkowej.

W dobie nieustannego wzrostu zapotrzebowania na opiekę zdrowotną przy malejących zasobach kadrowych coraz trudniejsze staje się znajdowanie takich pracowników, którzy spełnialiby wszystkie wymagania pracodawców oraz menedżerów. Bardzo prawdopodobne jest to, że w obecnej sytuacji wszyscy starający się o zatrudnienie w szpitalu lekarze i pielęgniarki znajdą w nim pracę. Rynek pracownika wyznacza określone zasady postępowania rekrutacyjnego, co niestety powoduje często rezygnację ze staranych procedur doboru kadr. W takiej rzeczywistości podwyższanie wymagań oraz rozbudowywanie procedury selekcji kandydatów do zatrudnienia np. o testy określające ich predyspozycje do współpracy w zespole oraz efektywnej komunikacji interpersonalnej wydaje się niemal fanaberią. Wśród możliwości rozwoju zawodowego personelu medycznego w dążeniu do podwyższania standardów profesjonalnej opieki zdrowotnej powinno się jednak znaleźć miejsce na rozwój kompetencji społecznych – to one

w największym stopniu decydują o sposobach komunikowania się w zespole. W dobie profesjonalizacji zarządzania instytucjami opieki zdrowotnej zarządzanie kompetencjami powinno oznaczać także inwestycję w umiejętności oraz postawy personelu medycznego, które warunkują skuteczną i bezpieczną komunikację.

Oznacza to jednocześnie, że rekrutacja personelu medycznego do zatrudnienia w instytucjach opieki zdrowotnej powinna, mimo wszystko, podlegać szczególnie starannej selekcji, pozwalającej ocenić zarówno predyspozycje do pracy z pacjentami, jak i cechy decydujące o dobrej współpracy z zespołem terapeutycznym. Są to przede wszystkim: poszanowanie drugiej osoby, empatia, życzliwość, ale też umiejętność współpracy oraz nawiązywania kontaktów z ludźmi i chęć ciągłego doskonalenia swoich umiejętności w tym zakresie. Tak naprawdę te aspekty oceny powinny być także ważnym kryterium selekcji kandydatów do podjęcia nauki na kierunkach medycznych. Nabór kandydatów do kształcenia w zawodach medycznych powinien być poprzedzony nie tylko oceną punktową, potwierdzającą osiągnięcia kandydata na wcześniejszych etapach edukacji, ale też badaniem młodych ludzi pod kątem możliwości rozwijania kompetencji społecznych, niezbędnych w wykonywaniu tak odpowiedzialnej profesji. Czy jednak obecna sytuacja polskich uczelni medycznych, wobec których stawia się wymagania zwiększenia limitów przyjęć na deficytowe medyczne kierunki studiów, przy ciągle niewystarczających nakładach finansowych na szkolnictwo wyższe, umożliwia realnie takie rozwiązania? Te i inne uwarunkowania implikują wiele ważnych działań w obszarze zarządzania zespołami terapeutycznymi w instytucjach opieki zdrowotnej. Istotne jest to, aby menedżerowie kształtowali i promowali takie postawy i zachowania członków zespołu terapeutycznego, które będą skoncentrowane na doskonaleniu opieki nad pacjentem i bezpieczeństwie pacjenta oraz wszystkich uczestników procesów realizowanych w szpitalu.

Wśród wielu postaci komunikacji interpersonalnej wykorzystywanych w opiece nad pacjentem wymienia się formę niewerbalną oraz werbalną (m.in. pisemną). Należy mocno podkreślić, iż dokumentacja medyczna jest ważnym narzędziem zapewniającym sprawną komunikację wewnątrz organizacji opieki zdrowotnej, zwłaszcza w przebiegu procesów realizowanych przez wielu uczestników na kolejnych etapach działania diagnostyczno-terapeutycznego oraz w pielęgnacji chorych. Dokumentacja w opiece zdrowotnej, tak często oceniana negatywnie przez personel jako przesadnie rozbudowana i absorbująca, jest nie tylko formalnym wymogiem określonym w przepisach aktualnych świadczeniodawców i służy nie jedynie, jak często się to podkreśla, jako materiał dowodowy podczas postępowania sądowego, ale przede wszystkim jest ważnym źródłem informacji medycznej dla całego zespołu sprawującego opiekę nad pacjentem.¹¹ Przykładowym narzędziem wykorzystywanym w komunikacji zespołu terapeutycznego na piśmie są karty zleceń lekarskich oraz raporty pielęgniarskie, którym w ostatnich latach poświęcono wiele uwagi w dyskusji dotyczącej zarówno samego sposobu zapisu, jak i zawartości oraz dokładności informacji przekazywanych w obrębie zespołów zadaniowych. Zakłócenia w tym obszarze komunikacji interpersonalnej mogą skutkować i niestety często skutkują zafałszowaną interpretacją odczytu, a co za tym idzie – błędnymi decyzjami. Skutki takich błędów obciążają najbardziej dotkliwie pacjenta.

O nadmiernej uciążliwości oraz o częstym uchybieniu poprawności stosowania pisemnej formy komunikacji wśród personelu medycznego decyduje w dużym stopniu bardzo niski poziom wdrażania systemów oraz technologii informacyjnych na potrzeby usprawniania obiegu informacji w sektorze ochrony zdrowia w Polsce. Podczas gdy w wysoko rozwiniętych systemach zdrowotnych w Europie i na świecie wykorzystuje się nowoczesne technologie i urządzenia, polscy lekarze, pielęgniarki oraz inny personel mają do nich ograniczony dostęp. Co niepokojące, nadal zbyt małe nakłady środków na ochronę zdrowia w Polsce opóźniają wdrożenie systemowych rozwiązań w obszarze informatyzacji i cyfryzacji.

8.2.3. Komunikacja personelu medycznego z pacjentami

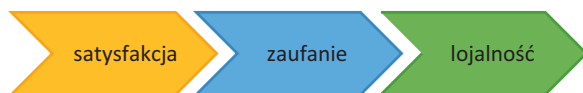
Specyfika opieki zdrowotnej oraz relacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem od zawsze charakteryzowana była jako oparta na podległości pacjenta.¹² Przemiany, jakie dokonują się w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza w zakresie statusu pacjenta, uznawania jego praw we współdecydowaniu i współodpowiedzialności za swoje zdrowie, dyktują modyfikację sposobu traktowania pacjenta przez lekarza, pielęgniarki oraz pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Podmiotowe traktowanie pacjenta odnosi się także do uznania go nie tylko za obiekt działania w procesie opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim za partnera w rozmowie, oraz niwelowania dysproporcji wiedzy na tyle, na ile jest to możliwe, aby odczuwał większe bezpieczeństwo.

W komunikacji personelu medycznego z pacjentem należy uwzględnić 2 ważne aspekty¹³:

- przekazywanie informacji przez personel medyczny oraz odbieranie jej przez pacjenta;
- nadawanie komunikatu przez pacjenta i rozszyfrowywanie go przez personel.

Z jednej strony w procesie wymiany informacji bierze udział profesjonalista, który przekazuje informację jako wypadkową kompetencji zawodowych, tj. kwalifikacji potrzebnych do wykonywania zawodu medycznego, a także kompetencji komunikacyjnych i narracyjnych (umiejętność okazywania empatii, rozumienia emocji itp.). Z drugiej strony występuje pacjent, który jest nie tylko klientem i odbiorcą usług medycznych, ale i człowiekiem znajdującym się w trudnym i nieakceptowanym przez siebie położeniu, zwracającym się do lekarza lub pielęgniarki ze swoim problemem, okazującym im zaufanie i powierzającym swoje zdrowie.¹⁴

Ponieważ pacjent nie jest w stanie obiektywnie ocenić profesjonalnych kompetencji lekarza, na jego stopień zadowolenia z usług zdrowotnych ostatecznie wpływa relacja lekarz – pacjent oraz empatia, rozumiana jako możliwość uzyskania od lekarza informacji w sposób zapewniający pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, a także danie mu szansy na przedstawienie z własnej perspektywy odczuwanego dyskomfortu i dolegliwości. Jedną z przyczyn niezadowolenia pacjentów z kontaktów z przedstawicielami zawodów medycznych jest ograniczenie przekazu informacji, skutkujące niepewnością, stresem czy poczuciem zagrożenia co do przebiegu terapii lub jej przewidywanych konsekwencji. Kluczowego znaczenia w kwestii komunikacji w instytucjach



Ryc. 8.4. Zależność pomiędzy satysfakcją, zaufaniem a lojalnością pacjenta

Opracowano na podstawie: Krot K. *Zaufanie w relacji lekarz – pacjent – implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa, Polska: CeDeWu; 2019.

opieki zdrowotnej nabiera zatem zaufanie, które jest spoiwem w relacjach międzyludzkich w ogóle, a w relacji lekarz – pacjent w szczególności (ryc. 8.4).¹⁵

Komunikacja z pacjentami we współczesnym świecie nabiera znacznie większego znaczenia niż kiedykolwiek wcześniej. Zaufanie pacjenta do personelu medycznego może przybierać formę niekwestionowanego (ślepego) zaufania do autorytetu medycznego lub też zaufania opartego na otwartej komunikacji, która pozwala na wymianę informacji i uczuć. Zaufanie jest także ogniwem łączącym procesy zachodzące w szpitalu czy przychodni, z których pacjent powinien wyjść nie tylko zdrowszy, ale także zadowolony z jakości usług.¹⁵

Praktyka dobrych umiejętności komunikacyjnych w zawodzie medycznym jest integralna z rozwojem znaczących i godnych zaufania relacji między lekarzami, pielęgniarkami i pacjentami, co jest korzystne dla obu stron. Podczas komunikacji większość osób koncentruje się na komponencie werbalnym, który stanowi tylko 10% dostarczanej wiadomości, podczas gdy aspekty niewerbalne i parawerbalne to aż 90%. Ważnym składnikiem komunikacji interpersonalnej w relacji personelu medycznego są informacje o naturze, przebiegu i rokowaniu choroby, dostępnych opcjach leczenia, charakterze, kosztach i efektywności badań diagnostycznych oraz ryzyku i korzyściach wynikających z procedury inwazyjnej, jednak doniesienia światowej literatury potwierdzają, że niewerbalny aspekt komunikacji znacząco wpływa na zadowolenie pacjenta, przestrzeganie zaleceń i wyniki kliniczne.¹⁶

Dodatkowa korzyść dla instytucji opieki zdrowotnej jest taka, iż pacjent staje się lojalnym konsumentem danego podmiotu, nie tylko respektującym zalecenia dotyczące kontynuacji terapii, ale też zasilającym jego budżet, a tym samym zwiększającym jego zasób finansowy (ryc. 8.4).

Niegdyś opinie na temat pracy przedstawicieli zawodów medycznych oraz funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej były przekazywane drogą z ust do ust (marketing szeptany), co zawężyło krąg osób, do których docierały pozytywne lub negatywne informacje mające wpływ na wybory pacjentów. Obecnie poprzez rozwój serwisów społecznościowych oraz internetowych rankingów lekarzy opinie o pracownikach medycznych stają się publicznie dostępne, a pacjenci coraz częściej podejmują decyzje dotyczące leczenia na ich podstawie. Przekłada się to znacząco na popyt na świadczenia danego podmiotu i może się przyczynić zarówno do jego sukcesu, jak i porażki.¹²

Istotne znaczenie mają tu takie elementy procesu komunikacji, jak kodowanie przekazu, co w relacji lekarz – pacjent oznacza używanie terminologii nie zawsze zrozumiałej dla pacjentów, oraz dekodowanie, czyli odszyfrowywanie przekazu. Fakt, iż pacjenci

wiedzą dzisiaj znacznie więcej i lepiej rozumieją profesjonalny przekaz płynący od personelu medycznego, nie może zwolnić lekarzy z przestrzegania zasady formułowania informacji w sposób zrozumiały dla odbiorcy. Istotne znaczenie dla efektywnej komunikacji mają szumy informacyjne, które wpływają na ewentualne zafałszowanie lub brak pewności co do wiarygodności przekazu, co opisano wcześniej. Mogą to być także różne interpretacje tej samej informacji weryfikowane przez pacjentów, często na podstawie przekazu płynącego z Internetu.

Katarzyna Krot przywołała w swojej publikacji następujące modele relacji lekarza z pacjentem, których autorem jest Ezechiel J. Emanuel¹⁵:

- paternalistyczny – lekarz przejmuje rolę decydenta w sprawach leczenia i wpływa na zachowanie pacjenta, określając, co jest dla niego najkorzystniejsze;
- informacyjny – lekarz jako profesjonalista dostarcza pacjentowi informacji na temat dostępnych metod diagnozowania i leczenia, a pacjent na tej podstawie podejmuje decyzję dotyczącą terapii,
- interpretacyjny – lekarz dostarcza pacjentowi informacji, pełni funkcję doradcy, pomaga mu zrozumieć jego sytuację, na podstawie czego pacjent podejmuje decyzję;
- deliberacyjny – lekarz i pacjent prowadzą dialog w przyjemnej atmosferze, podejmując decyzję o sposobach leczenia – to typ związany z jasną i klarowną komunikacją.

8.2.4. Zawody medyczne – zawodami zaufania publicznego

Zakwalifikowanie zawodu lekarza, pielęgniarki, położnej oraz fizjoterapeuty do kategorii zawodów zaufania publicznego nakłada na przedstawicieli tych profesji bezwzględny wymóg nawiązania takiej relacji z pacjentem, w której osoba powierzająca swoje zdrowie i życie w procesie leczenia będzie mogła odczuwać bezpieczeństwo. Dość często w misjach instytucji opieki zdrowotnej zawierają się gwarancja bezpieczeństwa dla pacjentów oraz zapewnienie im satysfakcji z opieki, co często koreluje z właściwym sposobem komunikacji pacjenta z personelem medycznym.

Niestety coraz częściej sygnalizowanym zagrożeniem w kontaktach interpersonalnych w polskich szpitalach stają się czynniki psychospołeczne, wywołujące takie niebezpieczne zachowania, jak m.in. agresja i przemoc. Mogą się przejawiać zarówno w formach słownych (krzyki, obrażanie, zastraszanie, grożenie), jak i przy użyciu siły fizycznej.¹⁷ Sprawcami tego typu ataków są niekiedy pracownicy, ale też pacjenci oraz towarzyszące im osoby bliskie. Emocjonalność oraz napięcie nerwowe towarzyszące procesowi terapeutycznemu powodują, że tego typu zdarzenia odnotowywane są w instytucjach opieki zdrowotnej nader często. Jest to niewątpliwie dowód na ogromny deficyt kompetencji społecznych u personelu medycznego oraz przedstawicieli społeczeństwa. Potwierdzają to wyniki badań prowadzonych wśród pacjentów hospitalizowanych w polskich szpitalach, dla których największą wagę w kontaktach z personelem medycznym miały wiarygodność przekazu, używanie zrozumiałych pojęć oraz okazywanie zainteresowania. Istotnymi elementami rozmowy były także życzliwość oraz brak pośpiechu.¹³

8.3. Komunikacja z pacjentem w świetle zapisów ustawy o prawach pacjenta

Nałożenie na podmioty lecznicze oraz przedstawicieli zawodów medycznych obowiązku respektowania praw pacjenta wynika z zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.¹⁸ Stało się to konieczne wobec gwałtownego postępu nauk medycznych, rozwoju technologii i rozbudowy zakresu świadczeń zdrowotnych, a także wzrostu świadomości pacjentów jako konsumentów usług zdrowotnych. Przestrzeganie wartości humanistycznych okazało się w tych okolicznościach nie tylko ważniejsze, ale i trudniejsze.¹⁹ Prawa pacjenta określono nie tylko po to, aby ustalić status pacjenta jako równoprawnego uczestnika procesu leczenia, ale też aby znormalizować relacje pomiędzy podmiotem leczniczym a pacjentem.²⁰

Jednym z ważniejszych aspektów uregulowanych w cytowanej ustawie jest prawo do informacji, w tym wyjaśnienia w sposób zrozumiały stanu zdrowia i omówienia planowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych z uwzględnieniem prawa do wyrażenia autonomicznej, niezależnej zgody.¹⁹ Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest nieodłącznie związane z prawem do informacji. Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest też jednym z częściej łamanych praw. Nieodłącznym elementem jego właściwej realizacji jest wiedza pacjenta na temat wszelkich czynności postępowania medycznego, które mają zostać wobec niego wykonane. Istotne jest, czy w relacji z lekarzem pacjent jest partnerem, który został należycie poinformowany na temat istoty swojej choroby i w porozumieniu z lekarzem podejmuje w pełni świadome decyzje dotyczące dalszej diagnostyki i leczenia, bowiem po uzyskaniu informacji, o której mowa, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie.

W interpretacji prawa pacjenta do informacji została uwzględniona jedyna słuszna formuła dialogu z pacjentem, oparta na wzajemnej, dwukierunkowej, partnerskiej komunikacji interpersonalnej. Informacja powinna być przekazana w sposób przystępny, zrozumiały i dostosowany do potrzeb konkretnego pacjenta. Osoba należycie poinformowana o wszelkich planowanych czynnościach medycznych podejmuje decyzje z pełną świadomością ich następstw i ewentualnych negatywnych konsekwencji. Należy podkreślić, że brak zgody uprzedzonej informacją, na co jest wyrażona, znosi legalność przeprowadzonej czynności medycznej. W 2018 r. aż 16% wszystkich naruszeń stwierdzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta dotyczyło prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz prawa do informacji.²¹

Egzekwowanie zasady świadomej zgody w praktyce daje możliwość rozważenia i oceny spodziewanych korzyści i wad proponowanego leczenia. Umożliwia to pacjentowi podjęcie racjonalnej decyzji co do wyrażenia zgody na leczenie bądź jego odmowy. Prawidłowe stosowanie tej zasady pozwala zapobiegać błędom i zaniedbaniom lub zmniejszać częstotliwość ich występowania.²² Jest zatem istotnym warunkiem bezpieczeństwa zarówno samego pacjenta, jak i personelu medycznego oraz instytucji opieki zdrowotnej.

8.4. Kształtowanie zasad komunikacji interpersonalnej przez marketing relacyjny

Krot przytoczyła definicję zaproponowaną przez Iana H. Gordona, wg którego marketing partnerski (relacyjny) to „ciągły proces poszukiwania i tworzenia nowej wartości z indywidualnym klientem oraz dzielenia się korzyściami w ramach układu partnerskiego”.¹⁵ Marketing relacyjny nawiązuje istotnie do kwestii wartości, stąd też słuszne wydaje się zastosowanie tej formy komunikacji w instytucjach opieki zdrowotnej, w których wartością są nie tylko pacjenci, ale też pracownicy oraz ich wiarygodność, wzbudzająca zaufanie pacjentów oraz pozwalająca osiągać wszystkim satysfakcję (ryc. 8.5).

Podstawą marketingu relacyjnego jest zrozumienie znaczenia efektywnej współpracy w celu tworzenia wspólnych wartości, którymi w opiece zdrowotnej powinny być: dobro pacjenta, wysoka jakość usług i bezpieczeństwo wszystkich uczestników działań diagnostyczno-terapeutycznych.²³ Na menedżerów zarządzających podmiotami leczniczymi nakłada to obowiązek wdrażania innowacyjnych rozwiązań oraz podejmowania decyzji, które pozwolą powyższe rezultaty zapewnić. Oznacza to zdecydowanie większe ukierunkowanie kultury organizacyjnej na społeczne aspekty pracy oraz uwzględnianie potrzeby stałego rozwoju kompetencji społecznych personelu



Ryc. 8.5. Powiązania pomiędzy marketingiem relacyjnym a satysfakcją i lojalnością pacjenta

Opracowano na podstawie: Krot K. *Zaufanie w relacji lekarz – pacjent – implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa, Polska: CeDeWu; 2019.

medycznego w planowaniu i realizacji szkoleń w instytucjach opieki zdrowotnej. Wyniki badań prowadzonych współcześnie wśród przedstawicieli zawodów medycznych wskazują niepodważalnie na duże zapotrzebowanie personelu medycznego na szkolenia z kompetencji miękkich, decydujących m.in. o umiejętności skutecznego komunikowania się w pracy.²⁰

Podwyższanie rangi tego zakresu kompetencji personelu medycznego nie pozostało bez wpływu na modyfikację systemu kształcenia studentów na kierunkach medycznych w Polsce. Zmiana modelu ukierunkowanego wyłącznie na wyposażanie studentów w określony zasób wiedzy oraz umiejętności technicznych na uwzględniający osiąganie efektów kształcenia w zakresie kompetencji społecznych jest niezaprzeczalnie dowodem uznania niedoskonałości wcześniejszych rozwiązań i jednocześnie wyznacza słuszny kierunek przygotowania profesjonalistów do stosowania w praktyce zawodowej prawidłowych zasad komunikacji interpersonalnej.

8.5. Podsumowanie

Uznana ranga komunikacji interpersonalnej w zapewnianiu sprawności funkcjonowania każdej organizacji wyznacza potrzebę ciągłego doskonalenia tych procesów. W przypadku instytucji opieki zdrowotnej ważnym parametrem oceny tej sprawności jest bezpieczeństwo współpracy wszystkich członków organizacji oraz bezpieczeństwo pacjentów.

Menedżerowie zarządzający polskimi szpitalami, nie zaniedbując oczywistych i profesjonalnych działań na rzecz doskonalenia jakości opieki zdrowotnej, ciągle mało skutecznie korzystają z możliwości usprawniania komunikacji interpersonalnej. To niewątpliwie słabe ogniwo w funkcjonowaniu zespołów medycznych. Oznacza to potrzebę wykorzystania dostępnych możliwości, które pozwolą ludziom w szpitalu porozumiewać się z większą skutecznością. Priorytetem wydają się różne formy szkoleń umożliwiających rozwijanie kompetencji społecznych, zarówno kadry zarządzającej, jak i personelu szpitalnego. Należy sformułować specjalne zalecenia dla osób zarządzających, aby modyfikacja ich stylów zarządzania skierowana była na usprawnienie procesów komunikacji wewnętrznej w szpitalu, będących warunkiem bezpieczeństwa ludzi i ich działań.

Zadania dla menedżerów jutra w ramach zapewniania skuteczności w komunikacji interpersonalnej to:

- tworzenie warunków do dialogu i twórczej komunikacji w opiece zdrowotnej;
- poszukiwanie możliwości włączenia jak największej liczby uczestników opieki zdrowotnej do ogólnego dialogu, wzmocnienia ich współzależności oraz poczucia wspólnych celów i wartości;
- promowanie partnerskich, w miejsce podległościowych, zależności we wszystkich kierunkach i relacjach (przywództwo oraz marketing relacyjny);
- kształtowanie postaw akceptacji zmian przy zagwarantowaniu skutecznej komunikacji.

8.6. Dobre praktyki

Jednoznaczne rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), uznające wysoką rangę komunikacji interpersonalnej w instytucjach opieki zdrowotnej, a w szczególności jej ważność w zapewnianiu bezpieczeństwa pacjentom, zostały zamieszczone w *Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety: Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools*. Tym samym WHO potwierdziła fakt, iż zakłócenia w komunikacji wewnętrznej stanowią najczęstszą przyczynę zdarzeń niepożądanych skutkujących szkodą pacjenta zgłaszanych Komisji Wspólnej (Joint Commission), wcześniej zwanej Komisją Wspólną ds. Akredytacji Szpitalnej (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO) w Stanach Zjednoczonych.²⁴

Konieczne jest zatem wprowadzanie rozwiązań usprawniających komunikację interpersonalną w instytucjach opieki zdrowotnej, a w największym stopniu w szpitalach. Jednym z powszechnie stosowanych narzędzi usprawniających komunikację wewnętrzną w szpitalach na świecie jest okołooperacyjna karta kontrolna – OKK (ang. *surgical safety checklist*). W Polsce rozwiązanie to zostało wdrożone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz. 1261), zobowiązującego do precyzyjnego i szczegółowego zapisu informacji o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej w OKK.²⁵

Innym narzędziem służącym usprawnianiu komunikacji, opracowanym przez wojsko, jest SBAR (ang. *situation, background, assessment, recommendation* – sytuacja, tło, ocena, zalecenia). Ma ono zastosowanie także w poprawie jakości opieki nad pacjentami. Powszechnie przyjmuje się, że zwiększa ich bezpieczeństwo.²⁶ SBAR polega na wyjaśnieniu problemu, a następnie udzieleniu odpowiednich informacji ogólnych oraz ocenie sytuacji i rekomendacji co do dalszego postępowania (tabela 8.2).

Prosta struktura SBAR pozwala członkom zespołu terapeutycznego na przekazywanie wszystkich istotnych, logicznie uporządkowanych informacji. Ponadto zmniejsza zahamowania pomiędzy personelem o różnym statusie w organizacji, doświadczeniu, także w kontekście hierarchicznym, zachęcając nadawcę do osobistej oceny sytuacji i przekazywania sugestii. Jest narzędziem komunikacji, które nie absorbuje pracowników pod względem czasu ani wysiłku. Zapewnia dostarczanie kompleksowych informacji, zachęca do współpracy między profesjonalistami i zmniejsza prawdopodobieństwo popełnienia błędu.

Korzyścią wynikającą z zastosowania powyższego narzędzia jest zarówno sama analiza sytuacji pacjenta, jak i rekomendacje dotyczące postępowania w przyszłości, aby uzyskać pożądany rezultat opieki nad pacjentem. SBAR pozwala zwiększyć bezpieczeństwo poprzez wyciąganie wniosków z dobrze lub źle zarządzanych procesów. Narzędzie to jest uważane za technikę komunikacji, która jest obecnie najlepsza w dostarczaniu informacji w sytuacjach krytycznych, wymagających zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa.²⁶

Tabela 8.2. Struktura SBAR

SBAR	Pytania	Opis
Sytuacja (ang. <i>situation</i>)	Co się dzieje z pacjentem? Jaka jest sytuacja?	Pracownik nakreśla sytuację, przedstawiając się, podając nazwisko pacjenta i krótko opisując problem.
Tło (ang. <i>background</i>)	Jakie jest tło lub kontekst sytuacji?	Pracownik przedstawia tło sytuacji, np. diagnozę pacjenta, powód jego przyjęcia, stan zdrowia i historię choroby. Dokumentacja pacjenta jest sprawdzana pod kątem informacji, które mogą interesować inne osoby świadczące opiekę.
Ocena (ang. <i>assessment</i>)	Jaki jest problem?	Na tym etapie podaje się szczegółowe informacje na temat parametrów życiowych, ostatnich wyników badań laboratoryjnych i innych danych ilościowych lub jakościowych związanych z obecnym stanem pacjenta. Ta sekcja może zawierać wstępną diagnozę lub ocenę kliniczną.
Zalecenia (ang. <i>recommendation</i>)	Jaki jest następny krok w opiece nad pacjentem?	Sytuacja pacjenta jest wyjaśniana w jasny i konkretny sposób. Pracownik musi przedstawić sugestie dotyczące dalszego postępowania z pacjentem.

Opracowano na podstawie: Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz W, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202

Kluczowe pojęcia

ekwifinalność – zasada, która mówi, że wychodząc z różnych źródeł, można dojść do tych samych rezultatów.²⁷ Jeśli dotyczy funkcjonowania zespołu, polega na podejmowaniu zróżnicowanych działań w dążeniu do wspólnego celu.

komunikacja interpersonalna – proces przekazywania informacji od jednej osoby do drugiej z uwzględnieniem nadania komunikatu zwrotnego.¹

marketing partnerski (relacyjny) – odmiana marketingu, która koncentruje się na tworzeniu satysfakcjonującej obie strony relacji.²⁸

okołooperacyjna karta kontrolna (OKK) – rodzaj dokumentu zawierającego informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej w celu zmniejszenia ryzyka podczas zabiegów chirurgicznych.²⁵

organizacja – grupa ludzi, którzy współpracują ze sobą w sposób uporządkowany i skoordynowany, aby osiągnąć pewien zestaw celów.¹

Kluczowe pojęcia – cd.

SBAR (ang. *situation, background, assessment, recommendation* – sytuacja, tło, ocena, zalecenia) – narzędzie umożliwiające usprawnienie komunikacji przez wyjaśnienie problemu, przekazanie logicznie uporządkowanych, istotnych informacji ogólnych oraz ocenę sytuacji i utworzenie rekomendacji dotyczących dalszego postępowania.²⁶

zespół – grupa jednostek, które wspólnie pracują nad wytwarzaniem produktów lub świadczeniem usług, za jakie są odpowiedzialni.⁷

zespół terapeutyczny (interdyscyplinarny) – zorganizowana grupa ludzi nastawiona na wspólny cel, jakim jest powrót do zdrowia pacjenta.

Pytania sprawdzające

1. Jaki styl zarządzania ludźmi w organizacji sprzyja efektywnej komunikacji interpersonalnej?
2. Jaki model relacji personelu medycznego z pacjentem jest najkorzystniejszy?
3. Jakie typowe zakłócenia (szumy) w komunikacji interpersonalnej występują w instytucjach opieki zdrowotnej?
4. Jakie korzyści przynosi efektywna komunikacja interpersonalna w podmiotach leczniczych?
5. Czym grozi brak skutecznej komunikacji interpersonalnej w szpitalu?
6. Jakie uwarunkowania obecnie sytuują pacjenta jako ważnego uczestnika komunikacji interpersonalnej w instytucjach opieki zdrowotnej?
7. Jakie korzyści pozwala osiągać forma marketingu relacyjnego w komunikacji interpersonalnej?

Piśmiennictwo

1. Griffin RW. *Podstawy zarządzania organizacjami*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2017.
2. Jasiński T, Szejnberg A. *Doskonalenie pracy pielęgniarstwa – edukacja, kompetencje, komunikacja, jakość*. Płock, Polska: Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica – Wydawnictwo Naukowe NOVUM; 2013.
3. Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. *Komunikacja między ludźmi – motywacja, wiedza i umiejętności*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
4. Juchowicz M, red. *Najlepsze praktyki w zarządzaniu kapitałem ludzkim – metodyka badania, opisy przypadków*. Warszawa, Polska: Oficyna Wydawnicza SGH; 2011.

5. Frączkiewicz-Wronka A, Austen-Tynda A, red. *Przywództwo w ochronie zdrowia – idee i instrumenty*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2009.
6. Koźuch B. *Nauka o organizacji*. Warszawa, Polska: CeDeWu; 2010.
7. Walshe K, Smith J, red. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2011.
8. Tyrańska M, red. *Współczesne tendencje w zarządzaniu zasobami ludzkimi*. Warszawa, Polska: Difin; 2012.
9. Głowacka MD, Mojs E, red. *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2010.
10. Dobska M, Rogoziński K, red. *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
11. Banaś T, Filarski T, Mikos M, Pochopień P, Pochopień P, red. *Dokumentacja medyczna*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2012.
12. Meller D, Milik A. Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i Finanse*. 2014;12(2):133–144. http://zif.wzr.pl/pim/2014_2_9.pdf. Dostęp 17.06.2020.
13. Kluszczyńska M, Włodarczyk I. Wpływ komunikacji werbalnej i niewerbalnej na współpracę między pielęgniarką a pacjentem. *Piel Zdr Publ*. 2019;9(4):273–278. doi:10.17219/pzp/103375
14. Chojnowski, M. Standardowe i niestandardowe zachowania językowe lekarzy i pacjentów. *Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne*. 2016;12(2):80–103. doi:10.21784/ZC.2016.011
15. Krot K. *Zaufanie w relacji lekarz – pacjent – implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa, Polska: CeDeWu; 2019.
16. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? *J Clin Diagn Res*. 2015;9(3):JE01–JE04. doi:10.7860/JCDR/2015/12072.5712
17. Nęcki Z. *Poziom wiedzy o zarządzaniu i opinie o szkoleniach w środowisku lekarzy i pielęgniarek*. W: Fechner AN, Nęcki Z. *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. Podmioty, środowiska i obszary wyzwań oraz zagrożeń zdrowotnych*. T. 1. Poznań, Polska: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa; 2015.
18. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU z 2020 r., poz 849.
19. Karkowska D. *Prawa pacjenta*. Warszawa, Polska: Polskie Wydawnictwa Profesjonalne; 2004.
20. Stępniewski J, Karniej P, Kęsy M, red. *Innowacje organizacyjne w szpitalach*. Kraków, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2011.
21. Narodowy Fundusz Zdrowia. Prawa pacjenta. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/prawa-pacjenta/>. Dostęp 10.07.2020.
22. Carmi A, red. *Świadoma zgoda*. Wrocław, Polska: MedPharm Polska; 2007.
23. Szymura-Tyc M. *Marketing we współczesnych procesach tworzenia wartości dla klienta i przedsiębiorstwa*. Katowice, Polska: Akademia Ekonomiczna w Katowicach; 2005.
24. Group of WHO Patient Safety. *Human Factors in Patient Safety: Report for Methods and Measures Working. Review of Topics and Tools*. Genewa, SzwajcERIA: World Health Organization; 2009. https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf. Dostęp 17.06.2020.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. DzU z 2015 r., poz 1261.
26. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz W, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):e022202. doi:10.1136/bmjopen-2018-022202
27. Wikipedia. Hasło 'ekwifinalność'. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Ekwifinalno%C5%9B%C4%87>. Dostęp 11.07.2020
28. Krot. K. *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2008.

9. Przymus bezpośredni jako (bezpieczny) mechanizm zapewniający bezpieczeństwo pacjentów zakładów leczniczych

Katarzyna Piątkowska-Zagiczek

9.1. Wprowadzenie do problematyki

„Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. To sformułowanie zawarte w początkowym fragmencie preambuły Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 ze zm.) jednoznacznie przesądza, że zdrowie psychiczne jest tak samo cenne, jak zdrowie fizyczne.¹ Na kwestię tę zwrócono również uwagę w art. 1 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1169 ze zm.).² Zarazem w preambule do ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (dalej jako: u.o.z.p.) wskazano, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka.³

Na gruncie polskich regulacji ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. Bez wątpienia szczególną rolę w systemie ochrony zdrowia psychicznego odgrywają szpitale i oddziały psychiatryczne (w dalszej części tekstu ilekroć będzie mowa o szpitalu psychiatrycznym, uwagi będą miały odniesienie także do oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, kliniki psychiatrycznej, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje – tak też w art. 3 pkt 2 u.o.z.p.). Przebywający tam pacjenci wymagają wzmożonego nadzoru i wsparcia, a także szczególnego podejścia uwzględniającego specyfikę ich zaburzeń. Powinno ono charakteryzować się bezwzględny zaangażowaniem i cierpliwością, a także stanowczością w działaniu. Na kierownictwie oraz personelu medycznym szpitali psychiatrycznych ciąży obowiązek zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa, co jest swoistym wyzwaniem. Przepisy u.o.z.p. zawierają szczególne regulacje uwzględniające specyfikę zakładów leczniczych, w których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu psychiatrii, przewidujące mechanizmy mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz innym osobom przebywającym na terenie tych miejsc. Jak wskazuje się w orzecznictwie: „wprowadzie nowoczesne metody psychiatryczne wręcz walczą z zamykaniem chorych umysłowo, ograniczeniem ich wolności itp., lecz nie zwalnia to bynajmniej zakładu leczniczego od obowiązku skutecznej pieczy nad takimi chorymi, zwłaszcza gdy są oni niebezpieczni dla siebie i otoczenia, gdyż swoboda przyznana

chorym powiększa ryzyko odpowiedzialności tego zakładu”⁴ Przymus bezpośredni jest jednym z takich mechanizmów.

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów szpitali psychiatrycznych jest niekiedy nie do uniknięcia. W wielu przypadkach jest to jedyna możliwość, aby zagwarantować bezpieczeństwo pacjentowi, który stwarza realne zagrożenie dla siebie, innych pacjentów, a także personelu podmiotu leczniczego. Z tego względu kontrola stosowania tego rodzaju środków powinna być możliwie dogłębna, zaś regulacje odnoszące się do niej – jak najbardziej precyzyjne.⁵ Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta jest jednym z najtrudniejszych momentów hospitalizacji, a zarazem powinno odbywać się z poszanowaniem godności osoby. Zdarza się, że pacjenci zarzucają personelowi stosującemu przymus bezpośredni naruszenie ich dóbr osobistych. Nie można przy tym wykluczyć potencjalnej odpowiedzialności karnej za takie przestępstwa, jak naruszenie nietykalności cielesnej (art. 217 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny [Dz.U. z 2019 r., poz. 1950 ze zm., t.j.], dalej jako: k.k.), naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia na okres poniżej 7 dni (art. 157 § 1 k.k.), narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo (art. 160 k.k.) czy pozbawienie wolności (art. 189 k.k.), a nawet znęcanie się nad osobą pozbawioną wolności (art. 247 k.k.).⁶

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie przesłanek stosowania przymusu bezpośredniego na podstawie przepisów u.o.z.p., ocena aktualnie obowiązujących regulacji, a także próba odpowiedzi na pytanie, czy system przymusu bezpośredniego na gruncie u.o.z.p. zawiera niezbędne gwarancje mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom zakładów leczniczych.

9.2. Pojęcie przymusu bezpośredniego oraz przesłanki jego zastosowania na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

W piśmiennictwie, na gruncie u.o.z.p., przymus bezpośredni jest definiowany jako ograniczenie ruchów pacjenta bądź jego unieruchomienie przy użyciu siły fizycznej, środków mechanicznych i innych w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia oraz wykonania zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych.⁷

Zgodnie z art. 18 ust. 1 u.o.z.p. przymus bezpośredni można stosować wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, a zatem nie tylko wobec osób chorych psychicznie (por. art. 23 ust. 1 u.o.z.p.), ale również wobec tych, u których rozpoznano zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych.³ Sytuacje, w jakich przymus bezpośredni może być zastosowany, zostały wymienione w sposób enumeratywny. Są to 2 klasy sytuacji.

Może to mieć miejsce jedynie wówczas, gdy przepis u.o.z.p. do tego upoważnia. W tym zakresie należy przytoczyć art. 21 ust. 1 u.o.z.p., na mocy którego wobec osoby, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź która nie

jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody (jest małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego), mogą zostać zastosowane środki przymusu bezpośredniego.³ O przesłankach określonych w art. 21 ust. 1 u.o.z.p. i w art. 18 u.o.z.p. szerzej pisze Teresa Dukiet-Nagórska.⁸

Innym miejscem, w którym przepis u.o.z.p. upoważnia do zastosowania przymusu bezpośredniego, jest art. 34. Według tego przepisu wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33, a zatem mających na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody.³ Ponadto zgodnie z art. 34 zd. 2 u.o.z.p. przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.³ W tym przypadku u.o.z.p. zezwala na zastosowanie przymusu bezpośredniego bez wskazywania jego formy, a więc z możliwością zastosowania każdej z 4 wymienionych w ustawie.

Przymus bezpośredni może być stosowany również wobec osoby, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego – wówczas może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej.³ Jeśli u osoby przebywającej w domu pomocy społecznej wystąpią zachowania zagrażające jej życiu lub zdrowiu lub życiu lub zdrowiu innych osób, można wobec niej stosować przymus bezpośredni również w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej (art. 40 ust. 3 w zw. z art. 38 u.o.z.p.).³

Odrębną podstawę stosowania przymusu bezpośredniego stanowi art. 46a u.o.z.p. regulujący stosowanie przymusu bezpośredniego przy wykonywaniu postanowień o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej. Podkreślenia wymaga, że skoro art. 46a ust. 1 u.o.z.p. odsyła do art. 18 u.o.z.p., oznacza to, że o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w takim przypadku decyduje lekarz, a nie Policja. Przysługuje mu również wyłączne uprawnienie do określenia rodzaju zastosowanego środka przymusu, a nadto osobiście nadzoruje on jego wykonanie. Jeżeli nie jest możliwe natychmiastowe uzyskanie decyzji lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, decyduje i osobiście nadzoruje jego wykonanie pielęgniarz, która jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Wyjątkowo o zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego decyduje kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który w takim wypadku nadzoruje bezpośrednio ich użycie (art. 46a ust. 3 u.o.z.p.).³ W przypadku gdy dochodzi do zatrzymania i przymusowego doprowadzenia przez Policję, dopiero wówczas, gdy uprzednie zastosowanie środków przymusu bezpośredniego określonego w u.o.z.p. okazało się bezskuteczne bądź gdy odstąpiono od ich stosowania z uwagi na niecelowość, można zastosować środki przymusu bezpośredniego określone w innych przepisach.³ Tylko w takiej sytuacji Policja może zatem stosować środki określone w ustawie z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz.U. z 2019 r., poz. 2418, t.j.).⁹

Przymus bezpośredni może być również stosowany wobec osoby, która na wniosek uprawnionych podmiotów wskazanych w art. 29 ust. 2 u.o.z.p. (małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy tej osoby lub osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę) może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, a odmawia poddania się badaniu.³ Badanie to może zostać przeprowadzone nawet bez jej zgody, natomiast zarządzane jest przez sąd w sytuacji, gdy treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniającego potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym nie jest możliwe. Regulujący ten przypadek art. 30 ust. 4 u.o.z.p. odsyła do art. 21 u.o.z.p., nakazując jego odpowiednie stosowanie. Z kolei art. 21 ust. 1 zd. 2 przewiduje stosowanie art. 18 u.o.z.p. Wydaje się, że z perspektywy właściwej techniki legislacyjnej takie „kaskadowe” odesłanie nie jest najlepszym rozwiązaniem, a odesłanie w art. 30 ust. 4 u.o.z.p. wprost do art. 18 u.o.z.p. byłoby bardziej czytelne, tym bardziej że pozostałe jednostki redakcyjne art. 21 u.o.z.p., tj. ust. 2–4, nie mogą mieć zastosowania do sytuacji opisanej w art. 30 u.o.z.p.³

Niezależnie od powyższych przypadków ustawodawca dopuszcza w art. 18 ust. 1 u.o.z.p. w sposób wyraźny, a przy tym generalny, stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, która³:

- dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby;
- w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu;
- poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

W tym ostatnim zakresie nastąpiła istotna zmiana normatywna polegająca na umożliwieniu innym szpitalom (zakładom leczniczym) niż psychiatryczne stosowania przymusu bezpośredniego. Takie uprawnienie przed 1.01.2018 r. budziło spore wątpliwości. Na gruncie uprzednio obowiązującego stanu prawnego podnoszono, że:

Ustawodawca w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego wiąże możliwość stosowania środków przymusu bezpośredniego z „wykonywaniem czynności przewidzianych w niniejszej ustawie”. Jeżeli u pacjenta przebywającego w placówce innej niż szpital psychiatryczny stany agresji występują w przebiegu zaburzeń somatycznych i chociażby uzasadniają zastosowanie środka przymusu bezpośredniego, to trudno mówić o wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.¹⁰

Na ten temat wypowiedziały się także Dukiet-Nagórska¹¹ i Małgorzata Świdorska.¹² Jak wskazano w uzasadnieniu projektu do ustawy nowelizującej u.o.z.p.:

W szczególności należy doprecyzować regulacje o stosowaniu przymusu bezpośredniego, stanowiąc w sposób jednoznaczny o jego stosowaniu na zasadach określonych w ustawie także wobec osób wykazujących zaburzenia psychiczne w podmiocie leczniczym innym niż udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Za powyższym rozwiązaniem przemawiają trudności w interpretacji, a co

za tym idzie również w stosowaniu obecnie obowiązujących przepisów, przez niektóre podmioty lecznicze niebędące szpitalami psychiatrycznymi i przyjęcie przez te podmioty, że ww. kwestia nie jest uregulowana w obowiązującej ustawie, co implikuje konieczność takiego doprecyzowania przepisów, aby ich zastosowanie przez podmioty inne niż szpitale psychiatryczne nie budziło jakichkolwiek wątpliwości. Powyższą kwestię reguluje zmiana dotycząca art. 18 ust. 1 pkt 3.¹³

Została ona pozytywnie przyjęta nie tylko przez przedstawicieli doktryny, ale przede wszystkim przez personel medyczny. Osoby z zaburzeniami psychicznymi bywają hospitalizowane nie tylko w szpitalach psychiatrycznych, ale również w innych szpitalach czy na innych oddziałach, gdy zachodzi potrzeba przeprowadzenia odmiennego rodzaju interwencji, np. chirurgicznej. Również w takich miejscach może dochodzić do przejawów agresji z ich strony. Nadal jednak ustawodawca wiąże możliwość stosowania środków przymusu bezpośredniego „z wykonywaniem czynności przewidzianych w niniejszej ustawie”, co może poddawać w wątpliwość precyzyjność obecnego rozwiązania w zakresie „innych zakładów leczniczych” (art. 18 ust. 1 pkt 3 u.o.z.p.).³ Jeżeli bowiem przymus bezpośredni będzie stosowany np. na oddziale kardiologicznym, to przecież nie sposób twierdzić, że personel medyczny tego oddziału wykonuje czynności przewidziane w u.o.z.p. Należy zastanowić się, czy ostatnia nowelizacja art. 18 ust. 1 u.o.z.p. rzeczywiście przyniosła zamierzony przez ustawodawcę skutek.

Pomimo – w świetle powyższego – chyba zadowalającego kierunku zmian omawiany przepis wciąż jest nieostry z jeszcze jednego powodu. Brakuje bowiem konkretnego wyróżnienia sytuacji, nawet przykładowego, które można uznać za przejaw poważnego zakłócania lub uniemożliwiania funkcjonowania jednostki. Istnieje obawa, że może to stanowić pole do nadużyć wobec pacjentów uciążliwych, niesubordynowanych, którzy utrudniają pracę personelu medycznego, lecz nie zakłócają w sposób poważny funkcjonowania podmiotu leczniczego ani tym bardziej tego nie uniemożliwiają. Jak zwrócił uwagę już kilkanaście lat temu Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (Committee for the Prevention of Torture – CPT):

W rzeczywistości CPT często stwierdza, że wobec pacjentów stosuje się przymus, zwykle mechaniczny, jako sankcję za złe zachowanie czy jako środek zmierzający do zmiany ich zachowania. Ponadto w wielu placówkach psychiatrycznych wizytowanych przez CPT stosowanie środków przymusu jest wygodne dla personelu; zabezpiecza trudnych pacjentów, gdy wykonuje się inne zadania. Zazwyczaj usprawiedliwia się to CPT tym, że brak personelu wymaga zwiększenia stosowania środków przymusu.¹⁴

Wadę tego przepisu jedynie pozornie minimalizuje fakt, że ustawodawca dopuścił w takich sytuacjach zastosowanie jedynie 2 środków przymusu bezpośredniego, tzn. przytrzymania i przymusowego podania leku. Nie tracąc z pola widzenia specyfiki szpitali psychiatrycznych oraz zaburzeń, z jakimi zmagają się przebywający tam pacjenci, których zachowania niejednokrotnie nie można z całą pewnością przewidzieć,

przepis ten – z jednej strony dopuszczający stosowanie przymusu bezpośredniego, godzącego w nietykalność cielesną, a z drugiej niepozostający bez wpływu na sferę emocjonalną pacjenta – pełni funkcję gwarancyjną (można się na niego powołać, dochodząc swoich roszczeń) dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których przymus bezpośredni może być zastosowany. Z tego powodu powinien być możliwie najbardziej precyzyjny i jednoznaczny.

Środki przymusu bezpośredniego, jakie zostały przewidziane na gruncie u.o.z.p., to: przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie i izolacja.³ Przytrzymanie to doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej, zaś przymusowe zastosowanie leków oznacza doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody; unieruchomienie to obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa, a izolacja polega na umieszczeniu osoby pojedynczo w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.³ Użycie jakichkolwiek innych, niewymienionych w art. 3 ust. 6 pkt 3 u.o.z.p. środków przy unieruchomieniu, nawet jeśli okaże się skuteczne, uznać należy za bezprawne i mogące potencjalnie prowadzić do odpowiedzialności cywilnej, zawodowej i karnej. Przed 1.01.2018 r. do przedmiotów tych zaliczano również „inne urządzenia techniczne”, co sprawiało, że katalog środków służących unieruchomieniu był otwarty.¹⁵ Ustawodawca stanął przed koniecznością wprowadzenia zamkniętego katalogu środków przymusu bezpośredniego na skutek wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lipca 2013 r., Kp 1/13, w którym podniesiono, że:

Art. 1 pkt 6 ustawy z dnia 4 stycznia 2013 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w części dotyczącej art. 42 ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2012 r., poz. 1356), w zakresie, w jakim umożliwia stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia z użyciem „innych urządzeń technicznych”, jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 i z zasadą poprawnej legislacji wywodzoną z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.¹⁶

Jakkolwiek w rozpoznawanej sprawie Trybunał Konstytucyjny rozstrzygał o zgodności zapisów innego niż u.o.z.p. aktu prawnego, to uwagi przezeń poczynione pozostawały aktualne na gruncie u.o.z.p. – a to właśnie ze względu na przewidziane analizowaną ustawą analogiczne rozwiązanie służące zapewnieniu bezpieczeństwa w zbliżonych sytuacjach.

Zarazem może pojawić się wątpliwość, czy obecnie ukształtowany katalog środków (przedmiotów) służących do unieruchomienia nie jest zbyt wąsko określony. Jak zwraca się uwagę w piśmiennictwie, chociażby podmioty lecznicze niebędące szpitalami psychiatrycznymi w rozumieniu art. 3 pkt 2 u.o.z.p. mogą nie posiadać np. pasów magnetycznych.¹⁷

Podkreślenia wymaga, że żadne inne środki przymusu bezpośredniego poza wskazanymi enumeratywnie w art. 3 pkt 6 u.o.z.p., w szczególności te określone w ustawie z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej,⁹ nie mogą być

zastosowane w ramach świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W tym zakresie przepisy zawarte w u.o.z.p. stanowią regulację odrębną i autonomiczną względem zapisów wspomnianej ustawy, o ile wykonywane są czynności przewidziane w u.o.z.p., a nie np. w ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. z 2020 r., poz. 360 ze zm., t.j.).¹⁸

9.3. Gwarancje obowiązujące przy stosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

9.3.1. Określony krąg osób uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego

Zamknięty katalog podmiotów, które decydują o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, został zawarty w art. 18 ust. 2 u.o.z.p. W pierwszej kolejności podmiotem tym jest lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonywanie. Nadzór powinien mieć miejsce przez cały czas, gdy dany środek jest stosowany, a nie wyłącznie w pierwszej jego fazie. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Lekarz ma wówczas obowiązek zatwierdzić zastosowanie przymusu bezpośredniego bądź nakazać zaprzestanie jego stosowania. Łączne odczytywanie art. 18 ust. 2 oraz ust. 4 pozwala na przyjęcie założenia, że w sytuacji, gdy lekarz zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego, obowiązek osobistego nadzoru nad jego wykonywaniem przechodzi na tego lekarza, bowiem to on jest podmiotem, który decyzją ustawodawcy jest w pierwszej kolejności uprawniony do stosowania przymusu bezpośredniego.³ Nieco odmiennie przedstawia się ta kwestia w odniesieniu do zespołu ratownictwa medycznego, który również jest podmiotem uprawnionym do stosowania przymusu bezpośredniego. Zgodnie z art. 18 ust. 5 u.o.z.p., jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego (składający się z co najmniej 2 osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego¹⁹), decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego.³ W takiej sytuacji zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej (zasada niezbędności stosowania przymusu bezpośredniego), a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Jedyne dozwolone w takim przypadku środki

przymusu bezpośredniego to przytrzymanie i unieruchomienie (ust. 7), chyba że zachodzi przypadek określony w art. 18 ust. 1 pkt 1 i 2 – wówczas dopuszczalne jest także przymusowe podanie leków.³

9.3.2. Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

Ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw wprowadzono regulacje o stosowaniu przymusu bezpośredniego, przenosząc je z aktu wykonawczego (rozporządzenia) do u.o.z.p., dodając po art. 18 kolejne jednostki redakcyjne: art. 18a–18f.¹⁵ Zmianę tę należy jednoznacznie pozytywnie ocenić. Doniosłość tak trudnej materii, jaką jest stosowanie przymusu bezpośredniego – zwłaszcza wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – powoduje, że powinna ona zostać uregulowana na wyższym, ustawowym poziomie. Mając na uwadze, że zmiana stanu prawnego drogą rozporządzenia Ministra Zdrowia czy rozporządzenia Rady Ministrów dokonuje się znacznie szybciej aniżeli drogą ustawową, można wyrazić, przynajmniej na poziomie teoretycznym, nadzieję, że wszelkie zmiany – z uwagi na skomplikowany proces legislacyjny – jeśli będą dokonywane ustawą, będą dogłębniej przeanalizowane i bardziej przemyślane. Przymus bezpośredni godzi w takie dobra prawne, jak nietykalność cielesna, wolność czy prywatność, stąd wszystkie zasady usprawiedliwionego ograniczania czy naruszania tych dóbr powinny być określone na gruncie ustawowym. Zgodnie z art. 31 ust. zd. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób.²⁰ W tym zakresie przepisy art. 18a–18f u.o.z.p. spełniają konstytucyjny wymóg określoności uprawnień do ingerencji w podstawowe dobra człowieka.

W art. 18a ust. 1 u.o.z.p. została wyrażona zasada kumulacji środków przymusu bezpośredniego. Wskazany przepis powinien być odczytywany łącznie z art. 18 ust. 6 u.o.z.p. określającym, jakie środki przymusu bezpośredniego można zastosować wobec osoby, o której stanowi art. 18 ust. 1 u.o.z.p. To oznacza, że np. w sytuacji określonej w art. 18 ust. 3 u.o.z.p. można zastosować osobno lub łącznie przytrzymanie i przymusowe podanie leków, nie można jednak któregokolwiek z tych środków w tej sytuacji zastosować kumulatywnie np. z izolacją. Kolejną zasadę odnoszącą się do stosowania środków przymusu bezpośredniego na gruncie u.o.z.p. można określić mianem zasady niezbędności stosowania przymusu bezpośredniego. W myśl art. 18a ust. 4 u.o.z.p. może on trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.³ Zarazem w odniesieniu do wybranych środków przymusu bezpośredniego ustawodawca przewidział szczególne rozwiązania dotyczące czasu ich stosowania, które określono w art. 18a ust. 5–11 u.o.z.p.

Istotny zapis znalazł się również w art. 18 ust. 8 zd. 2 u.o.z.p. Stosownie do jego brzmienia przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu trzeba zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.³ Z przepisu tego można wyinterpretować kolejną zasadę

stosowania przymusu bezpośredniego – zasadę minimalizacji środków (i zarazem skutków). W u.o.z.p. brakuje przepisu analogicznego do art. 6 ust. 1 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, zgodnie z którym środków przymusu bezpośredniego używa się lub wykorzystuje się je w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości.⁹ Na gruncie u.o.z.p. brakuje obecnie przepisu, który jednoznacznie statuowałby zasadę proporcjonalności (adekwatności), choć wydaje się, że można ją wywodzić z art. 18 ust. 8 zd. 2 u.o.z.p., równoległe z zasadą minimalizacji skutków. Lekarz (lub inna upoważniona osoba) w sytuacji opisanej w art. 18 ust. 1 pkt 1 i 2 u.o.z.p. ma do wyboru przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie lub izolację, a przy tym powinien wybrać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy. W słowie „możliwie” należałoby zatem upatrywać swoistego „filtra”, przesądzającego o tym, że przede wszystkim wybrany środek przymusu bezpośredniego powinien być proporcjonalny (adekwatny) do stopnia zagrożenia ze strony osoby z zaburzeniami psychicznymi, a dopiero w dalszej kolejności możliwie dla niej najmniej uciążliwy. Jest zupełnie oczywiste, że każdy środek przymusu bezpośredniego jest dolegliwy i taki powinien być, jeżeli ma być skuteczny. Jednakże cel przymusu bezpośredniego, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa dla i ze strony osób z zaburzeniami psychicznymi, jest kluczowym kryterium przy wyborze środka przymusu bezpośredniego.

Należy również odnotować regulację zawartą w art. 18a ust. 3 u.o.z.p., zgodnie z którym kontrolę stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej powinna przeprowadzać pielęgniarka, nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.³ Bez wątpienia przepis ten ma na celu wzmocnienie bezpieczeństwa pacjentów, wobec których stosowane są najbardziej dotkliwe środki przymusu bezpośredniego.

O chęci ustawodawcy do minimalizacji negatywnych skutków stosowania przymusu bezpośredniego w pewnym sensie mogą świadczyć również zmienione przepisy art. 18a ust. 8–10 u.o.z.p. W uprzednim stanie prawnym (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania [Dz.U. z 2012 r., poz. 740]) decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji mógł podjąć każdy lekarz. Opinia lekarza psychiatry była wymagana dopiero przy przedłużeniu tych postaci przymusu bezpośredniego powyżej 16 godzin.²¹ Aktualnie, stosownie do brzmienia art. 18a ust. 8 w zw. z ust. 10 u.o.z.p., decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na 2 kolejne (po 4-godzinny) okresy po 6 godzin może podjąć każdy lekarz po zasięgnięciu opinii lekarza psychiatry. Jeśli natomiast przymus bezpośredni we wskazanych formach ma być kontynuowany powyżej 16 godzin, wówczas decyzję w tym przedmiocie może podjąć wyłącznie lekarz psychiatra po zasięgnięciu opinii innego lekarza psychiatry.³ Znamienne, że dopiero przedłużenie przymusu bezpośredniego w ocenie ustawodawcy wymaga opinii psychiatry, natomiast samo jego zastosowanie już nie. Należy dostrzec również, że konieczność przestrzegania nowych ustawowych wymogów generuje znaczne koszty, w przypadku których ustawodawca jednak nie

przewidział dodatkowych środków. Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.) w przypadku świadczeń psychiatrycznych obejmujących diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, powyżej 18. roku życia warunkiem realizacji świadczenia gwarantowanego jest zatrudnienie 1 lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii w przeliczeniu na 40 łóżek.²² Wobec faktu, że zgodnie z art. 18a ust. 10 u.o.z.p. każdorazowo przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza wymaga uzyskania opinii innego lekarza psychiatrii, utrudnione może być sprostanie temu wymogowi w każdym przypadku. Szczególne problemy mogą się pojawić w szpitalach, w których nie funkcjonują oddziały psychiatryczne i w których nie są zatrudnieni lekarze psychiatrii.

Może również budzić wątpliwości unormowanie przewidziane w art. 18b ust. 1 u.o.z.p. Stosownie do jego brzmienia w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza pielęgniarka może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na okres nie dłuższy niż 4 godziny. W tym przypadku ustawodawca nie uznał za konieczne zasięgnięcie opinii jakiegokolwiek lekarza, a w szczególności lekarza psychiatrii, doprowadzając do sytuacji, że większe wymagania są stawiane przed lekarzem (również lekarzem psychiatrą) w szpitalu psychiatrycznym aniżeli przed pielęgniarką w jednostce organizacji pomocy społecznej.

Gwarancyjny charakter należy przyznać wszystkim tym przepisom, które przewidują konieczność prowadzenia dokumentacji medycznej w kwestiach związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego, a także obowiązek uprzedzenia – przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego – o tym osoby, wobec której środek ten ma być podjęty (art. 18 ust. 8 zd. 1 u.o.z.p.).³ Podkreśla się, że wyjaśnienie pacjentowi powodu i celu zastosowania przymusu może ułatwić mu wyrażenie zgody na proponowane postępowanie bez użycia przymusu lub przyczynić się do złagodzenia jego oporu.²³

Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Taki sam obowiązek rodzi sytuacja, w której odstąpiono od uprzedzenia osoby z zaburzeniami psychicznymi o możliwości zastosowania wobec niej przymusu bezpośredniego z uwagi na jej stan, który powoduje, że jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, a także stosowanie przymusu bezpośredniego w warunkach opisanych w art. 18 ust. 5 u.o.z.p. (gdy jest stosowany przez zespół ratownictwa medycznego). Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi określa sposób dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposób dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, sposób przeprowadzania oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej, a także rodzaje i wzory dokumentów stosowanych przy wykonywaniu przywołanych czynności.²⁴ Należy nadto zwrócić uwagę na art. 43 u.o.z.p. regulujący sądową kontrolę nad szpitalami psychiatrycznymi i domami pomocy społecznej. Kontrola ta jest sprawowana przez sędziego wykazującego

się szczególną znajomością problematyki ochrony zdrowia psychicznego, wyznaczonego przez prezesa sądu okręgowego, w którego okręgu znajduje się szpital psychiatryczny lub dom pomocy społecznej. Obejmuje m.in. badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego lub rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem danych utrwalonych za pomocą urządzeń monitorujących (art. 43 ust. 3 pkt 2 w zw. z ust. 1 i 2 u.o.z.p.).³ Szerzej ten problem opisała Teresa Gardocka.²⁵

Należy także odnotować regulację zawartą w art. 18 ust. 10 u.o.z.p., która przewiduje obligatoryjną ocenę zasadności zastosowanego przymusu bezpośredniego. W przypadku gdy lekarz podmiotu leczniczego zastosował przymus bezpośredni bądź zatwierdził jego stosowanie przez inną osobę, oceny zasadności takiego postępowania, w terminie 3 dni, dokonuje kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony. Jeśli zaś przymus bezpośredni został zastosowany przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, to zasadność zastosowania przymusu ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego jest przeprowadzana na podstawie karty zastosowania przymusu bezpośredniego oraz innej przekazanej dokumentacji medycznej, jeżeli zawarte w niej wpisy mają znaczenie dla zastosowanego przymusu bezpośredniego, uwzględniając przy ocenie wymagania, o których mowa w art. 18–18f u.o.z.p., oraz aktualny stan wiedzy medycznej. Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego opisana w § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz. 2459) w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi obejmuje²⁴:

- ocenę istnienia podstawy prawnej i faktycznej do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego;
- ocenę zasadności zastosowanego rodzaju środka przymusu bezpośredniego;
- ocenę prawidłowości zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, w tym zasadność czasu stosowania poszczególnych środków przymusu bezpośredniego o charakterze ciągłym;
- ocenę sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta – jeżeli dotyczy;
- ocenę prawidłowego udokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego.

9.4. Stosowanie przymusu bezpośredniego w świetle wyników kontroli

Unormowania zawarte w u.o.z.p. i rozporządzeniach wykonawczych, niestety, nie zawsze pokrywają się z rzeczywistością szpitalną. W 2012 r. Najwyższa Izba Kontroli opublikowała informację o wynikach kontroli w zakresie przestrzegania praw pacjenta w lecznictwie

psychiatrycznym. Kontrole przeprowadzono w latach 2009–2011, natomiast badania kontrolne przeprowadzono w 2. półroczu 2011 r. Kontrole objęły m.in. 17 zakładów opieki zdrowotnej lecznictwa psychiatrycznego (art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli [DzU z 2019 r., poz. 489 ze zm, t.j.]²⁶) pod względem legalności, gospodarności i rzetelności. Jak wskazano w informacji o wynikach kontroli:

W wyniku analizy 153 zanonimizowanych historii chorób zawierających 199 „Kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji” pacjentów, wobec których stosowano przymus bezpośredni, stwierdzono nieprawidłowości polegające na:

- niedokumentowaniu w historii choroby opisu badania lekarskiego poprzedzającego (uzasadniającego) zlecenie zastosowania przymusu (w 92 przypadkach – 46,2%) oraz poprzedzającego decyzje o przedłużeniu stosowania przymusu na kolejne okresy sześciogodzinne (114 przypadków – 57,3%),
- braku potwierdzenia dokonania przez kierownika szpitala oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego (89 przypadków – 44,7%),
- nierejestrowaniu w Kartach krótkotrwałego uwolnienia z unieruchomienia co 4 godziny, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, przyjmowania posiłków i napojów (97 przypadków – 48,7%).²⁷

Wyniki kontroli nasunęły również rozliczne wątpliwości dotyczące odbytych przez pracowników medycznych szkoleń w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego.²⁷ Rodzi to wątpliwości co do tego, czy w każdej sytuacji norma wynikająca z art. 18c ust. 3 u.o.z.p., stanowiącego, że przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez osoby poinstruowane w zakresie okoliczności, zasad i sposobu jego stosowania, jest przestrzegana.

Istotną rolę w systemie bezpieczeństwa pacjentów zakładów leczniczych w obrębie psychiatrycznych świadczeń opieki zdrowotnej odgrywają Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy – stosownie do art. 10b ust. 1 u.o.z.p. – są powołani do ochrony praw tych osób. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego realizuje swoje zadania w szczególności przez (§ 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego [Dz.U. z 2006 r. Nr 16, poz. 126 ze zm.])²⁸:

- przyjmowanie ustnych i pisemnych skarg pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym, skarg rodziny pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem oraz ocenę zasadności skargi;
- zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji prawnej;
- pomoc w sporządzeniu i złożeniu skargi do kierownika szpitala psychiatrycznego lub innych instytucji;
- udzielanie pomocy pacjentowi wypisanemu ze szpitala psychiatrycznego, jeśli skarga została złożona w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, a procedura rozpatrywania skargi nie została zakończona.

Ponadto Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, z własnej inicjatywy, dokonuje oceny przestrzegania praw pacjentów, w szczególności w odniesieniu do

pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni (§ 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego).²⁸

Według art. 58 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r., poz. 1127 ze zm.) Rzecznik Praw Pacjenta przedstawia corocznie Radzie Ministrów, nie później niż do dnia 31 lipca roku następnego, sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.²⁹ Jak wynika ze *Sprawozdania dotyczącego przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* obejmującego okres 1.01.2018 r. – 31.12.2018 r., aktywność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w zakresie stosowanego przymusu bezpośredniego była znaczna.³⁰ W 2018 r., realizując jedno z ustawowych zadań, jakim jest dokonywanie z własnej inicjatywy oceny przestrzegania praw pacjentów, Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego podjęli ogółem 3361 tego rodzaju działań, w tym 674 odnoszące się do pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni.^{30s64} Jak wskazano w przywołanym sprawozdaniu, interwencje często dotyczyły warunków, w jakich realizowany był przymus bezpośredni w formie unieruchomienia – w szczególności, kiedy był stosowany w salach wieloosobowych, bez użycia parawanu. W wyniku interwencji kierownictwo podmiotów leczniczych podejmowało działania naprawcze, w tym dokonywało zmian w strukturze zatrudnienia lekarzy, realizowało dodatkowe szkolenia dla personelu (m.in. z zakresu stosowania oraz dokumentowania przymusu bezpośredniego), wdrażało nowe procedury, dokonywało zmian w regulaminach porządkowych oddziałów.^{30s74–77} W 2018 r. Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego rozpatrzyli łącznie 3892 sprawy dotyczące przepisów u.o.z.p., w tym 2542 wnioski, 183 skargi, a także 1167 razy podejmowali działania z własnej inicjatywy. Największa liczba spraw – 719 – dotyczyła stosowania przymusu bezpośredniego – stanowiły one aż 18,5% wszystkich podejmowanych spraw.^{30s77–78}

W porównaniu z 2017 r. w 2018 r. liczba działań polegających na dokonywaniu z własnej inicjatywy oceny przestrzegania praw pacjentów podjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego prawie się podwoiła. W 2017 r. liczba tych działań ogółem wyniosła 1954, a w odniesieniu do pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, liczba interwencji wyniosła 366 (19% wszystkich interwencji).^{30s58–59} Z jednej strony dostrzegalna jest aktywność rzeczników w omawianej sferze, co bez wątpienia zasługuje na aprobatę. Z drugiej niepokoić jednak może fakt, że dostrzegają oni pilną potrzebę interwencji, co może sugerować, że poziom bezpieczeństwa pacjentów szpitali psychiatrycznych nadal nie jest zadowalający, a sam standard stosowanego przymusu bezpośredniego powinien znacznie się zmienić.

Jednocześnie odnotować należy, że w 2017 r. do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wpłynęło 85 wniosków, a także 66 skarg, z których 25,8% zostało uznanych za zasadne.^{30s66} Przykładowe stwierdzone naruszenia to m.in. niezapewnienie pacjentom intymnych i godnych warunków podczas unieruchomienia (brak drzwi i parawanów). Innym naruszeniem, jakie zostało wykazane, było stosowanie środków przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymania, unieruchomienia, przymusowego podania leku

bez zachowania wymogów formalnych. Reakcją na zgłoszone naruszenie było pisemne wystąpienie do dyrekcji szpitala, w rezultacie czego przeprowadzono szkolenie dla personelu dotyczące stosowania oraz dokumentowania przymusu bezpośredniego.^{30s67}

Pomimo istotnej roli, jaką w systemie ochrony praw pacjentów, wobec których stosowany jest przymus bezpośredni, pełnią Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, mają oni ograniczone możliwości w zakresie realizacji swoich ustawowych uprawnień. Jak bowiem wynika z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, realizuje on swoje zadania²⁸:

- na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych;
- w klinikach psychiatrycznych;
- w sanatoriach dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- w innych zakładach leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową.

Zarazem swoim działaniem obejmuje obszar terytorialny nie większy niż 3 sąsiadujące ze sobą województwa, w zależności od rozmieszczenia tych zakładów.²⁸

Z powyższego wynika, że Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego nie posiada uprawnień do realizacji swoich zadań w innych zakładach leczniczych lub jednostkach organizacyjnej pomocy społecznej, w których to miejscach – na podstawie art. 18 ust. 1 pkt 3 u.o.z.p. – przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi może być stosowany. Niezależnie od tego, w jakich miejscach przymus bezpośredni na podstawie u.o.z.p. statystycznie częściej jest stosowany, należy przyjąć, że przywołany § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – w zakresie, w jakim odmawia osobom znajdującym się w „innych zakładach leczniczych” (w rozumieniu art. 18 ust. 1 pkt 3 u.o.z.p.) oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej dodatkowej ochrony ze strony rzecznika – może potencjalnie prowadzić do naruszenia zasady równości wobec prawa. Skoro bowiem ustawodawca zdecydował o przyznaniu uprawnień do stosowania przymusu bezpośrednio w „innych zakładach leczniczych” lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, w rozumieniu art. 18 ust. 1 pkt 3 u.o.z.p. osoby z zaburzeniami psychicznymi, wobec których przymus ten jest stosowany, powinny mieć przyznane tożsame uprawnienia w zakresie możliwości obrony swych praw. Należy przy tym dostrzec, że zasady stosowania przymusu bezpośredniego oraz obowiązki personelu medycznego w tym zakresie (czas stosowania poszczególnych środków, ocena zasadności ich stosowania, obowiązek adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta) – *lege non distinguente* – są w zasadzie takie same w odniesieniu do wszystkich przypadków stosowania przymusu bezpośredniego, niezależnie, w jakim miejscu się to odbywa. Oczywiście osobom, które zostały pozbawione prawa do skorzystania z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, nadal przysługuje ono w odniesieniu do Rzecznika Praw Pacjenta. Wydaje się jednak, że Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i praw osób z zaburzeniami psychicznymi bardziej kompetentny. Okoliczność tę dostrzega wszak sam ustawodawca, zastrzegając, że Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala

Psychiatrycznego może być wyłącznie osoba, która posiada wiedzę na temat praw i wolności człowieka, w szczególności osoby z zaburzeniami psychicznymi, a także możliwości skutecznej ochrony tych praw, jak również posiada doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi (art. 10c ust. 1 pkt 2 i 3 u.o.z.p.).

Wobec powyższego zasadne byłoby rozważenie przez ustawodawcę stworzenia brakującego w tej mierze dodatkowego mechanizmu ochronnego, dzięki któremu sytuacja wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których stosowany jest przymus bezpośredni, byłaby w omawianym zakresie zrównana. Należy przy tym dodać, że w 2017 r. Instytut Badawczy IPC na zlecenie Rzecznika Praw Pacjenta przeprowadził badanie opinii społecznej. Jego wyniki wskazują na systematyczne pogłębianie wiedzy na temat praw pacjenta i urzędu Rzecznika Praw Pacjenta w stosunku do uprzednio przeprowadzonych badań. Aż 55,7% badanych zadeklarowało, że zna jakiejkolwiek prawa pacjenta.³¹ Chociaż cieszy ogólna tendencja wzrostowa w zakresie świadomości pacjentów co do przysługujących im praw oraz instytucji Rzecznika Praw Pacjenta, to należy zwrócić uwagę, że osoby z zaburzeniami psychicznymi, wobec których dodatkowo zastosowano przymus bezpośredni, mogą mieć ograniczoną zdolność rozumienia przysługujących im uprawnień, a także utrudnioną możliwość chociażby sporządzania i składania skarg na działanie personelu medycznego.

9.5. Podsumowanie

Należy podkreślić, że stosowanie przymusu bezpośredniego – w wielu przypadkach nieuniknione – powinno zawsze odbywać się z uwzględnieniem norm prawnych i etycznych. Ich naruszenie może skutkować odpowiedzialnością cywilną, karną czy zawodową personelu medycznego. Często zdarzają się sytuacje, w których pacjenci pozywają lekarzy czy pielęgniarki o naruszenie ich dóbr osobistych wynikające z zastosowanego przymusu bezpośredniego.

Należy dostrzec, że działania ustawodawcy są generalnie ukierunkowane na poprawę bezpieczeństwa pacjentów szpitali psychiatrycznych czy innych miejsc, w których przebywają osoby z zaburzeniami psychicznymi mogące stanowić zagrożenie dla siebie oraz innych osób. Świadczy o tym (wątpliwe – o czym mowa powyżej) rozszerzenie katalogu miejsc, w których uprawnione jest stosowanie przymusu bezpośredniego. Zarazem ustawodawca podejmuje starania, aby uczynić system przymusu bezpośredniego bardziej bezpiecznym dla tych, wobec których jest on uruchamiany. Jakkolwiek trzeba stwierdzić, że działania te zasługują na aprobatę, to należy zwrócić uwagę, że cechują się one asymetrycznością i pośpiechem. Ostatnia duża nowelizacja u.o.z.p. została uchwalona 24.11.2017 r., a *vacatio legis* trwało zaledwie 4 dni – zmiany weszły w życie już 1.01.2018 r. To był zbyt krótki czas, aby zakłady lecznicze i jednostki organizacyjne pomocy społecznej zdążyły w pełni przystosować się do nowych procedur (na problem zbyt krótkiego *vacatio legis* w odniesieniu do ustawy nowelizującej z 27.11.2017 r. zwrócił także uwagę Ciechorski¹⁷), dlatego nie można wykluczyć, że duża liczba skarg w 2018 r. stanowiła pokłosie zmian legislacyjnych – choć w zasadniczym

nurcie słusznych, to jednak nazbyt gwałtownych. Zarazem należy dążyć do dostosowania przepisów wykonawczych do u.o.z.p. względem regulacji ustawowych.

Zmiany w ustawie powinny realnie wpływać na bezpieczeństwo pacjentów, wobec których jest uruchamiany system przymusu bezpośredniego. Tymczasem można dostrzec ryzyko, że wobec aktualnych, nie do końca spójnych wewnętrznie regulacji przymus bezpośredni, nawet w razie konieczności, po prostu nie będzie stosowany, bowiem personel medyczny będzie obawiał się odpowiedzialności za naruszenie przepisów, albo będzie stosowany i pomimo zaistnienia ku temu przesłanek nie będzie kontynuowany (przedłużany) przez lekarzy, jeśli nie będzie można uzyskać opinii innego lekarza psychiatry. Nie można także wykluczyć, że lekarze psychiatry będą wydawać opinie o przedłużeniu przymusu bezpośredniego, tyle że telefonicznie, bez osobistego zbadania pacjenta. Z tym wszystkim jest powiązane ryzyko nieprowadzenia dokumentacji medycznej bądź prowadzenia jej w sposób nierzetelny, niezgodny z faktycznym stanem rzeczy.

Wreszcie należy postulować pilne czytelne uregulowanie przez ustawodawcę kwestii stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przez osoby uprawnione w rozumieniu art. 2 ustawy o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, czyli np. przez Policję. Uczestnictwo funkcjonariuszy Policji w stosowaniu przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi zostało jedynie częściowo uregulowane w u.o.z.p., chociażby w art. 18 ust. 9, zgodnie z którym w przypadkach określonych w art. 18 ust. 1 u.o.z.p. jednostki systemu: Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja, jednostki Służby Więziennej oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.³ Budzi słuszne wątpliwości, czy przepis ten może mieć zastosowanie chociażby do interwencji przeprowadzanych przez Policję wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (bądź gdy dopiero istnieje podejrzenie występowania zaburzeń psychicznych), podczas których to interwencji funkcjonariusze nie wykonują czynności przewidzianych w u.o.z.p. (art. 18 ust. 1 u.o.z.p.), lecz te, które zostały określone w ustawie o Policji.

Jedno jest pewne: 26-letnia u.o.z.p. wymaga kolejnych poważnych i przemyślanych zmian, dostosowanych do całokształtu aktualnego systemu udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce.

9.6. Dobre praktyki

W dniu 26.06.2019 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy podjęło rezolucję i zalecenie dla państw członkowskich w sprawie pilnego zniesienia przymusu bezpośredniego w ochronie zdrowia psychicznego.³² Jak wskazano: „przymus działa odstrasżająco na osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego” („Coercion also has a deterring effect on persons with mental health conditions [...]”). Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy zajęło jednoznaczne stanowisko, że „konieczne jest przerwanie tego błędnego

koła” („There is a need to break this vicious circle”). Wyrażono postulat, aby systemy ochrony zdrowia psychicznego w całej Europie zostały tak zreformowane, żeby służyły ochronie praw człowieka i godności osób z problemami zdrowia psychicznego lub niepełnosprawności psychospołecznej. W te postulaty zdaje się wpisywać coraz częściej praktyka państw europejskich. Warte odnotowania jest to, że organizacja Mental Health Europe opublikowała na początku 2019 r. raport dotyczący stosowania przymusu bezpośredniego w państwach europejskich.³³

Dla przykładu już w 2014 r. duńskie ministerstwo zdrowia we współpracy z władzami regionalnymi postanowiło, że do 2020 r. należy ograniczyć stosowanie mechanicznych środków przymusu bezpośredniego o 50%. Pracownikom oddziałów psychiatrycznych zapewniono kursy technik deeskalacji i rozwiązywania konfliktów, ponadto wprowadzono zajęcia rekreacyjne dla użytkowników i zaaranżowano zmiany architektoniczne. W rezultacie w styczniu 2017 r. w Psykiatrisk Center Ballerup (Centrum Psychiatrycznym w Ballerup; region kopenhaski) nie odnotowano stosowania tego typu przymusu bezpośredniego przez co najmniej 100 dni i to bez zwiększonego stosowania leków.^{33s2}

Z kolei w Holandii już w 2006 r. wiele zakładów opieki psychiatrycznej rozpoczęło – przy wsparciu holenderskiego rządu – projekty mające na celu ograniczenie korzystania z izolacji. Ogólnokrajowym celem było zmniejszenie liczby przypadków izolacji o 10% rocznie, choć zauważa się, że praktyka ta nadal jest stosowana. Zarazem 16 zakładów zdrowia psychicznego podpisało manifest, który stanowi, że do 2020 r. nie należy już stosować odosobnienia.^{33s3–4}

W Wielkiej Brytanii w ramach Mersey Care NHS Foundation Trust wprowadzono politykę „No Force First” („najpierw bez użycia siły”), która przejawia się m.in. w opracowywaniu i promowaniu specjalnych programów szkoleniowych w zakresie technik deeskalacji, rozwijania „kultury współpracy”, tak, aby ograniczyć przypadki agresji, samookaleczenia i interwencji fizycznej, podnoszeniu ogólnospołecznej świadomości w zakresie zaburzeń psychicznych i przymusu bezpośredniego czy rejestrowaniu danych dotyczących stosowania przymusu i natychmiastowej analizie tych zdarzeń.^{33s6}

Na forum Rady Europy widoczna jest tendencja zmierzająca do redukcji przymusu bezpośredniego w ochronie zdrowia psychicznego. Z kolei polski ustawodawca zdaje się znajdować mniej więcej w połowie drogi. Z jednej strony wprowadza dodatkowe filtry bezpieczeństwa, jak chociażby przy przedłużaniu przymusu bezpośredniego (art. 18a ust. 8–10 u.o.z.p.), z drugiej zaś zmierza w kierunku rozszerzenia katalogu miejsc, w których przymus ten wobec osób z zaburzeniami psychicznymi może być stosowany. Jakkolwiek stosowanie przymusu bezpośredniego powinno się ograniczyć do niezbędnego minimum, to jednak w działalności organów europejskich i międzynarodowych jest dostrzegane niekiedy zbyt daleko idące absolutyzowanie praw człowieka, bez uwzględnienia absolutnej potrzeby przeprowadzenia interwencji. Potrzebne jest zachowanie **zdrowego** balansu. Nie można przy tym pomijać nierzadkiej potrzeby ograniczenia praw człowieka – oczywiście z poszanowaniem zasady proporcjonalności – co należy traktować jako swoisty ustawodawczy stan wyższej konieczności.

Kluczowe pojęcia

przymus bezpośredni – określone przez ustawę działanie określonych podmiotów względem innych osób, wykorzystujące element siły fizycznej, podejmowane w celu wyegzekwowania podporządkowania się.

Pytania sprawdzające

1. Kiedy środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane wobec osób z zaburzeniami psychicznymi?
2. Jakie osoby są uprawnione na gruncie u.o.z.p. do stosowania środków przymusu bezpośredniego?
3. Jakie zasady stosowania przymusu bezpośredniego wynikają z przepisów u.o.z.p.?

Piśmiennictwo

1. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia – Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. DzU z 1948 r. Nr 61, poz 477 ze zm.
2. Art 1. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. DzU z 2012 r., poz 1169 ze zm.
3. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. DzU z 2018 r., poz 1878, t.j.
4. Wyrok Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 28 czerwca 1995 r. I ACr 39/95. OSA 1996/7–8/36.
5. Paprzycki LK. Ochrona praw człowieka w świetle projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (część II). *Palestra*. 1993;11(431):23–24. [http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Palestra/Palestra-r1993-t37-n11\(431\)/Palestra-r1993-t37-n11\(431\)-s21-28/Palestra-r1993-t37-n11\(431\)-s21-28.pdf](http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Palestra/Palestra-r1993-t37-n11(431)/Palestra-r1993-t37-n11(431)-s21-28/Palestra-r1993-t37-n11(431)-s21-28.pdf). Dostęp 23.06.2020.
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. DzU z 2019 r., poz 1950 ze zm, t.j.
7. Mik A. Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów. *Prawo i Medycyna*. 2007;11:112–127.
8. Dukiet-Nagórska T. Stosowanie ustawy o zawodzie lekarza przez psychiatrów i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przez lekarzy innych specjalności. *Prawo i Medycyna*. 2004;17:16–17.
9. Ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej. DzU z 2019 r., poz 2418, t.j.
10. Augustynowicz A, Czerw A. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w podmiotach leczniczych innych niż szpitale psychiatryczne – zagadnienia wybrane. *Prawo i Medycyna*. 2013;1–2:44.
11. Dukiet-Nagórska T. *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*. Warszawa, Polska: Wolters Kluwer Polska; 2008:140.
12. Świderska M. *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*. Toruń, Polska: Dom Organizatora TNOiK; 2007:264–265.

13. Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw. Druk sejmowy nr 1847/VII kad.
14. Rada Europy; Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu. Środki przymusu w ośrodkach psychiatrycznych dla dorosłych – wyciąg z Szesnastego Sprawozdania Ogólnego, opublikowany w 2006. <https://rm.coe.int/16806cceae>. Dostęp 16.02.2020.
15. Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw. DzU z 2017 r., poz 2439.
16. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 lipca 2013 r. Kp 1/13. OTK-A 2013/6/83.
17. Ciechorski J. Dezynwoltura ustawodawcy – refleksje nad nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Przegląd Prawa Publicznego*. 2019;2:9–22.
18. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji. DzU z 2020 r., poz 360 ze zm, t.j.
19. Art. 36. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. DzU z 2019 r., poz 993, t.j.
20. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. DzU z 1997 r. Nr 78, poz 483.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. DzU z 2012 r., poz 740.
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. DzU z 2019 r., poz 1285 ze zm.
23. Balicki M. Przymus w psychiatrii – regulacje i praktyka. *Prawo i Medycyna*. 1999;1:54.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. DzU z 2018 r., poz 2459.
25. Gardocka T. Efektywność sądowej kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi, przebywających w domach pomocy społecznej i zakładach leczenia psychiatrycznego. *Prawo w Działaniu – Sprawy Karne*. 2013;13:7–31. <https://iws.gov.pl/wp-content/uploads/2018/09/Teresa-Gardocka-Efektywno%C5%9B%C4%87-s%C4%85dowej-kontroli-przestrzegania-praw-os%C3%B3b-z-zaburzeniami-psychicznymi-przebywaj%C4%85cych-w-domach-pomocy-spo%C5%82ecznej-i-zak%C5%82adach-leczenia-psychiatrycznego-7.pdf>. Dostęp 24.06.2020.
26. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli. DzU z 2019 r., poz 489 ze zm, t.j.
27. Najwyższa Izba Kontroli. *Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym – informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 19/2012/P/11/093/KZD*. Warszawa, Polska: Najwyższa Izba Kontroli; 2012:23–24. <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/11/093/LKA/>. Dostęp 23.06.2012.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. DzU z 2006 r. Nr 16, poz 126 ze zm.
29. Art. 58. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. DzU z 2019 r., poz 1127 ze zm.
30. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – obejmuje okres od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r. <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/8CE64879865DDE4BC125846600304803/%24File/3790.pdf>. Dostęp 16.02.2020.
31. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmujące okres od dnia 1 stycznia 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/B1CD2577BFF7EE93C12582FA00296FC5/%24File/2806.pdf>. Dostęp 20.02.2020.
32. Rezolucja 2291 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy. Ending coercion in mental health: The need for a human rights-based approach. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?fileid=28038&lang=EN&search=Y2F0ZWdvcnlf3c3RyX2V2U0iJBZG9wdGVkiHRleHQifHB1Ymxpc2hkYXRiOT1c1vREFZLTfZRUFSUyBUTyAqXQ>. Dostęp 1.03.2020.
33. Mental Health Europe. Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe. <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/Coercion-Report.pdf>. Dostęp 1.03.2020.

O autorach

dr Izabela Witczak

**Zakład Ekonomiki i Jakości w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Doktor nauk ekonomicznych w zakresie ekonomiki ochrony zdrowia, magister prawa. Adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz pełniąca obowiązki kierownik Zakładu Ekonomiki i Jakości w Ochronie Zdrowia. Ukończyła studia podyplomowe na kierunku menedżer ochrony zdrowia na Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz na kierunku zarządzanie jakością, środowiskiem i ryzykiem na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu.

Uczestniczka międzynarodowych staży naukowych związanych z jakością oraz bezpieczeństwem pacjenta i personelu medycznego m.in. w Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente – The Clinical Risk Management and Patient Safety Centre of Tuscany (Włochy), Sentara Leigh Hospital i Sentara Virginia Beach Hospital (Stany Zjednoczone). Ekspertka w zakresie ochrony zdrowia w polskich i międzynarodowych projektach naukowych: PPP SAXPOL „Badanie partnerstw publiczno-prywatnych jako instrumentów do realizacji projektu infrastrukturalnego na obszarze granicznym Saksonii i Polski”, „Portrety szpitali – mapy możliwości”, „Mapy potrzeb zdrowotnych”. Autorka i współautorka wielu publikacji z zakresu ergonomii oraz jakości w ochronie zdrowia, a także bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego.

dr Łukasz Rypicz

**Zakład Ekonomiki i Jakości w Ochronie Zdrowia, Katedra Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Doktor nauk o zdrowiu, absolwent kierunków: zdrowie publiczne na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu oraz biologia na Uniwersytecie Wrocławskim. Ukończył studia podyplomowe w Wyższej Szkole Bankowej we Wrocławiu z zakresu zarządzania podmiotami leczniczymi. Asystent w Zakładzie Ekonomiki i Jakości w Ochronie Zdrowia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz główny analityk danych medycznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.

Główne zainteresowania badawcze: bezpieczeństwo pacjenta, ergonomia w ochronie zdrowia, zarządzanie jakością i ryzykiem klinicznym.

mgr Olga Fedorowicz

**Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej, Wydział Farmaceutyczny,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

**Zespół Farmacji Klinicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-
-Radeckiego we Wrocławiu**

Magister farmacji, absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Specjalista farmacji aptecznej, klinicznej i szpitalnej. Konsultant wojewódzki dla województwa dolnośląskiego z zakresu farmacji szpitalnej. Ukończyła studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i marketing w służbie zdrowia na Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu oraz szkolenia krajowe z zarządzania opieką zdrowotną dla kadry kierowniczej średniego szczebla na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Wieloletnia kierownik apteki szpitalnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, obecnie kierownik Zespołu Farmacji Klinicznej w tymże szpitalu oraz asystent w Katedrze i Zakładzie Farmakologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Aktywna działaczka samorządu aptekarskiego. Autorka publikacji podkreślających rolę farmaceutów szpitalnych i klinicznych w ochronie zdrowia oraz poprawy bezpieczeństwa farmakoterapii.

dr Ewa Jaźwińska-Tarnawska

**Zespół Farmacji Klinicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-
-Radeckiego we Wrocławiu**

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu i studiów magisterskich w Instytucie Biochemii i Żywienia na Virginia Polytechnic Institute and State University w Blacksburg (Virginia, Stany Zjednoczone). Stopień doktora nauk medycznych uzyskała w 1998 r. na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Posiada specjalizację I i II stopnia z zakresu chorób wewnętrznych oraz specjalizację z zakresu farmakologii klinicznej. Od 1990 r. jest pracownikiem Katedry i Zakładu Farmakologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zatrudnionym na stanowisku adiunkta.

Jest członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Polskiego Towarzystwa Farmakologii Klinicznej i Terapii. Konsultant wojewódzki w dziedzinie farmakologii klinicznej dla województwa dolnośląskiego.

dr Piotr Karniej

**Zakład Organizacji i Zarządzania, Katedra Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Doktor nauk ekonomicznych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu; Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, członek Rady Uczelni. Menedżer zarządzający w podmiotach leczniczych, ekspert w zakresie oceny i ewaluacji projektów finansowanych ze środków europejskich, absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Université Paris 13 w Paryżu (Francja), Université du Littoral Côte d'Opale w Dunkierce (Francja) i Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Właściciel firmy konsultingowej działającej w ochronie zdrowia. Członek Zarządu Głównego i Zarządu Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ oraz Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, członek Towarzystwa Ekonomistów Polskich. Autor licznych publikacji dotyczących organizacji w ochronie zdrowia, zarządzania i zdrowia publicznego. Zajmuje się zarządzaniem podmiotami leczniczymi i systemem szkolnictwa medycznego, przekształceniami i zarządzaniem procesowym w ochronie zdrowia, aspektami zarządzania opieką senioralną i wykluczeniem w zakresie zdrowia, pielęgniarstwem w systemie ochrony zdrowia.

dr Anna Kołcz

**Zakład Rehabilitacji w Dysfunkcjach Narządu Ruchu, Katedra Fizjoterapii,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Adiunkt w Zakładzie Rehabilitacji w Dysfunkcjach Narządu Ruchu Katedry Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Fizjoterapeutka, uczestniczka licznych szkoleń i kursów na temat kontroli motorycznej oraz zasad bezpieczeństwa pracy osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia, trenerka ergonomii, instruktorka tenisa ziemnego i pilatesu (ze specjalizacją *core*, trening medyczny).

Propagatorka założeń fizjoprofilaktyki, ergonomii, medycyny stylu życia, przekonana o skuteczności szeroko rozumianego monitorowania zdrowia poprzez wdrażanie rozwiązań praktycznych – opartych na treningu medycznym i funkcjonalnym wspomaganiem technikami oddechowymi w celu eliminowania skutków długotrwałe utrzymującego się stresu i budowania świadomości funkcjonalnej ciała. Autorka programu przygotowanego na potrzeby kształcenia pracowników sektora ochrony zdrowia w zakresie bezpieczeństwa pracy realizowanego we współpracy Sekcji Prewencji i Ryzyka Zawodowego w Ochronie Zdrowia oraz Międzynarodowego Stowarzyszenia Bezpieczeństwa Socjalnego (International Social Security Association – ISSA) z siedzibą w Hamburgu (Niemcy) i certyfikowanego przez te instytucje. Założycielka i opiekunka Pracowni Ergonomii i Monitoringu Biomedycznego. Członek Polskiego Towarzystwa Ergonomii.

dr Ewa Kuriata-Kościelniak, prof. UMW

**Zakład Organizacji i Zarządzania, Katedra Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Doktor nauk medycznych, profesor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Nauczyciel akademicki w Zakładzie Organizacji i Zarządzania Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Jej zainteresowaniami naukowymi oraz obszarem realizacji działalności dydaktycznej, zarówno w kształceniu przed-, jak i podyplomowym, są szeroko rozumiane zagadnienia zdrowia publicznego, w tym aspekty zarządzania zasobami ludzkimi oraz zarządzanie jakością w ochronie zdrowia.

Autorka ponad 70 publikacji na temat zdrowia publicznego. Członek Rady Naukowej kwartalnika „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Nursing and Public Health” oraz redaktor tematyczny kwartalnika „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”. Od 2015 r. członek Rady ds. Współpracy i Rozwoju Kadr przy Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny.

dr Katarzyna Piątkowska-Zagiczek

**Zakład Ekonomiki i Jakości w Ochronie Zdrowia,
Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Doktor nauk prawnych, adwokat. W maju 2019 r. obroniła z wyróżnieniem rozprawę doktorską pt. *Idealny zbieg czynów karalnych w prawie karnym skarbowym*. Jej zainteresowania naukowo-badawcze koncentrują się przede wszystkim wokół takich zagadnień z zakresu prawa medycznego oraz prawa karnego i prawa karnego skarbowego, jak: ochrona zdrowia psychicznego, prawa pacjenta, odpowiedzialność karna osób wykonujących zawody medyczne, przymus bezpośredni, przestępczość podatkowa.

Nauczyciel akademicki na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu, wykładowca na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego oraz w Wyższej Szkole Bankowej we Wrocławiu.

dr hab. Izabella Uchmanowicz

**Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Pielęgniarka, doktor habilitowana nauk o zdrowiu, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i geriatrycznego. Członek zarządu Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions działającego w ramach European Society of Cardiology.

Autorka ponad 300 prac naukowych opublikowanych w krajowym i światowym piśmiennictwie.



UNIwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu