



Oryginalna praca badawcza

Stosowanie przymusu bezpośredniego w zawodzie ratownika medycznego w postępowaniu przedszpitalnym.

Autor: Tomasz Adam Mazur

Promotor: dr Marcin Mikos

INFORMACJE O ARTYKULE:

Historia:

Data akceptacji Promotora:

Data recenzji:

Data publikacji:

Słowa kluczowe:

Medycyna ratunkowa

Przymus bezpośredni

Ratownik medyczny

STRESZCZENIE:

Cel: Przybliżenie obecnie obowiązujących przepisów odnoszących się do stosowania przymusu bezpośredniego, określenie poziomu wiedzy ratowników medycznych na jego temat, wskazanie problemów i propozycji zmian postulowanych przez powyższą grupę zawodową oraz sposobów realizacji pomocy przedszpitalnej w sytuacji problemu, jakim jest wzrost liczby pacjentów cierpiących na choroby z grupy schorzeń psychiatrycznych.

Metoda: Ankieta badawcza przeprowadzona wśród 139 czynnych zawodowo ratowników medycznych na terenie Polski.

Wyniki: Niemal co 3 badany nie zna przepisów stanowiących o stosowaniu przymusu bezpośredniego. 33% respondentów jest przekonanych o możliwości przymusowej podaży leków bez nadzoru lekarza. Jedynie 9,4% ankietowanych ma świadomość, że wykonywany przez nich przymus bezpośredni był weryfikowany, a zaledwie 6% otrzymało informację zwrotną o ocenie uzasadnienia zastosowania przymusu. Przepisy o przymusie bezpośrednim jako dobre ocenia zaledwie 12,2% ratowników medycznych.

Dyskusja: Przeprowadzone badania wskazują na niewystarczający poziom wiedzy ratowników medycznych dotyczący stosowania przymusu bezpośredniego. Wielu ratowników stosuje przymus farmakologiczny w zespołach podstawowych (bez nadzoru lekarza) i postuluje o jego prawne usankcjonowanie, uzasadniając powyższe troską o dobro i zdrowie pacjenta. Ankietowani apelują także o wprowadzenie środków obrony własnej w związku z rosnącą liczbą pacjentów agresywnych oraz opracowanie stosownych procedur ich stosowania.

Wnioski: Wyniki badań świadczą o potrzebie edukacji ratowników medycznych pod kątem stosowania przymusu bezpośredniego. Należy rozważyć możliwość upoważnienia powyższej grupy zawodowej do samodzielnego stosowania przymusu farmakologicznego. Konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań naukowych dotyczących stosowania przymusu w fazie przedszpitalnej.

1. Wstęp

Dane epidemiologiczne wskazują na znaczący wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego. Na terenie Unii Europejskiej w 2011 roku zostały przeprowadzone badania, którymi objęto obywateli z 30 krajów w tym z Polski. Ich wyniki jednoznacznie wskazują na rosnącą liczbę zaburzeń psychicznych, ukazując powagę problemu, jakimi są choroby psychiczne [1]. Co roku 164,7 miliona osób w krajach Unii Europejskiej cierpi na schorzenia wymagające leczenia psychiatrycznego. Jest to ponad 38% całkowitej populacji Unii Europejskiej. W stosunku do lat poprzednich liczba ta wzrosła o 82 miliony w przeciągu 6 lat (82,7 mln. w 2005 roku). Liczba osób cierpiących na schorzenia psychiatryczne podwoiła się. Należy jednak mieć na uwadze, że w tym okresie do Unii przystąpiły dwa nowe państwa członkowskie (Bułgaria i Rumunia). Mogło to wpłynąć na wyniki badań, co podkreślają sami autorzy raportu. Najczęściej występującymi schorzeniami w tej grupie chorych były zaburzenia lękowe – 69,1 miliona, depresja – 30,3 miliona, bezsenność – 29,1 miliona, choroby psychosomatyczne – 20,4 miliona, otępienie – 6,3 miliona oraz uzależnienia, takie jak: alkoholizm – 14,6 miliona, opiatyzm – 1 milion czy uzależnienie od THC (Tetrahydrokannabinol – substancja psychoaktywna znajdująca się między innymi w marihuanie, haszyszu oraz oleju konopnym [2]) – 1,4 miliona osób [1].

Na terenie Polski również zanotowano wzrost liczby osób wymagających leczenia psychiatrycznego. Liczba ta systematycznie rosła na przestrzeni ostatnich lat. W roku 1995 ilość osób zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego na terenie Rzeczypospolitej Polski wynosiła 694 494. Dwadzieścia lat później w roku 2015 liczba ta zwiększyła się do 1 593 125, w tym zarejestrowanych po raz pierwszy 335 246 [3][4].

Polacy wśród jednostek chorobowych których obawiają się najbardziej, choroby psychiczne stawiają na 4. miejscu zaraz za chorobami nowotworowymi, chorobami układu krążenia czy AIDS. Liczba osób cierpiących na schorzenia psychiatryczne rośnie w całej Europie, a Polska nie jest od tego faktu wyjątkiem [5].

Dane te pokazują, przed jakim wyzwaniem znajduje się ochrona zdrowia w Polsce, w tym także system Państwowego Ratownictwa Medycznego, który odgrywa kluczową rolę w postępowaniu w nagłych stanach psychiatrycznych. Ratownicy medyczni jako element systemu często są pierwszymi mającymi kontakt z osobami mogącymi przejawiać zaburzenia psychiczne. W codziennej pracy zawodowej stawia to przed nimi szereg problemów do rozwiązania i wymaga wielu decyzji do podjęcia.

Ratownik medyczny jest jednym z najmłodszych wśród zawodów medycznych w Polsce. Wyodrębnił się on dopiero w latach 90. XX wieku, kiedy to w Polsce dostrzeżono potrzebę istnienia specjalistycznej kadry medycznej, której zadaniem byłoby ratowanie ludzkiego życia w sytuacjach szczególnych i nagłych dziejących się poza szpitalami. Istnienie takiego rozwiązania dostrzeżono dzięki doświadczeniom krajów zachodniej Europy i USA, gdzie zawód taki już istniał i spełniał bardzo ważną rolę, będąc głównym ogniwem łańcucha przeżycia. Polski system ratownictwa medycznego opiera się właśnie na sprawdzonych wzorcach pochodzących z tych właśnie krajów.

Mimo tego, że próby utworzenia zawodu ratownika medycznego w Polsce rozpoczęły się już w latach 90. ubiegłego wieku, a pierwsi absolwenci uzyskali ten tytuł już w roku 1994, to pierwsza ustawa precyzyjnie regulująca kompetencje zawodowe tej grupy została wydana dopiero 8 września 2006 roku [6].

Należy zaznaczyć, że przez 12 lat w Polsce istniał zawód, którego zakres pracy był nieuregulowany. Do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2006 roku wydane zostało rozporządzenie Ministra zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, jakie może podejmować ratownik medyczny oraz zakres jego uprawnień i obowiązków, które następnie w 2016 roku uległo gruntownym zmianom [7][8].

Ustawa o PRM (Państwowe Ratownictwo Medyczne) zdefiniowała medyczne czynności ratunkowe, do których uprawniony został ratownik medyczny. Ustawa scharakteryzowała je jako świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Szczegółowy zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, został określony w rozporządzeniu ministra zdrowia [8].

Rozporządzenie to umożliwiała wykonywanie przez ratownika medycznego między innymi czynności takich jak:

- prowadzenie resuscytacji krążeniowo oddechowej,
- bezprzrządowe i przrządowe udrażnianie dróg oddechowych,
- podjęcie tlenoterapii czynnej i biernej, w tym z wykorzystaniem respiratora,
- intubacja dotchawicza w nagłym zatrzymaniu krążenia – dalej NZK,
- wykonywanie EKG,

- wykonywanie defibrylacji,
- podaż 24 leków wymienionych w załączonej do rozporządzenia tabeli.

Zakres czynności wykonywanych przez ratownika medycznego został poszerzony i wymagał od niego specjalistycznej wiedzy i nienagannego przygotowania do pełnienia swoich obowiązków.

W dniu 20 kwietnia 2016 roku wydane zostało przez Ministra Zdrowia nowe rozporządzenie dotyczące medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. Rozporządzenie to znacząco poszerzyło zakres możliwych czynności, jakie ratownik medyczny może wykonać samodzielnie, w tym w szczególności leków, których lista do samodzielnego stosowania została poszerzona z 24 do 47 substancji. Rozporządzenie zniósło obowiązek ratownika medycznego na uzyskanie zgody lekarza na podanie takich leków, jak Midazolam i Metyloprednizolon. Usunięcie tej adnotacji i dodanie do listy leków do samodzielnego stosowania produktów leczniczych, takich jak Clonazepam i Hydroksyzyna, zostanie omówione w dalszej części pracy [9].

Rozszerzenie uprawnień ratowników medycznych zwiększyło jednocześnie ich ryzyko zawodowe i znacząco poszerzyło szeroko rozumianą odpowiedzialność, ale także znacząco zwiększyło możliwości postępowania z pacjentami w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne.

Zawód ratownika medycznego, ma niewątpliwie, obok pielęgniarki i lekarza, fundamentalne znaczenie dla współczesnego systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Do jego zadań należy stabilizacja funkcji życiowych, szybka ocena i identyfikacja nagłego zagrożenia życia, uśmierzanie bólu i cierpienia oraz szeroko rozumiana pomoc, która coraz częściej niesiona jest wbrew woli pacjenta.

Wraz z nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku zostały wprowadzone istotne zmiany w odniesieniu do stosowania przymusu bezpośredniego. Nowelizacja ta upoważniła ratowników medycznych do stosowania przytrzymania oraz unieruchomienia jako form przymusu bezpośredniego wobec pacjentów. Prawo to zostało wprowadzone nieprzypadkowo, ponieważ na przestrzeni lat można zauważyć znaczący wzrost ilości pacjentów psychiatrycznych [10]. Wprowadzenie nowych przepisów miało na celu pomóc pacjentowi, który często nie chce współpracować, zagraża sobie bądź otoczeniu, a jednocześnie często jest uprzedzony do oferowanej mu pomocy. W celu usprawnienia działania medycznego ustawodawca w Polsce dał ratownikom medycznym szereg ułatwień prawnych, które mogą zastosować w takiej sytuacji.

Ponieważ działanie wbrew woli pacjenta jest sytuacją nadzwyczajną, niezwykle istotna jest tutaj kwestia prawnej ochrony jednostki i zabezpieczenie jej interesów.

W kwestii stosowania przymusu bezpośredniego szczególną uwagę należy zwrócić na Konstytucję Rzeczypospolitej Polski, która to gwarantuje swoim obywatelom prawo do niepodważalnego poszanowania godności i wolności osobistej [11].

Stosowanie przymusu bezpośredniego na terenie Rzeczypospolitej Polski jest regulowane przez następujące akty prawne [12]:

- Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – zwana dalej ustawą,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania – zwane dalej rozporządzeniem.

Jak już wspomniano, uprawnienia do stosowania przymusu bezpośredniego przez ratowników medycznych zostały im nadane wraz z nowelizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku. Wcześniej do stosowania przymusu bezpośredniego byli uprawnieni jedynie lekarze oraz w niektórych sytuacjach pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej i szpitalach psychiatrycznych. Prowadziło to do sytuacji, w których ratownicy w zespołach podstawowych, nie mając prawa do podjęcia decyzji i zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, byli zmuszeni do wezwania zespołu specjalistycznego z lekarzem. Konsekwencją stawało się nieuzasadnione dysponowanie kolejnych sił i środków, blokowanie dostępu do pomocy innym potrzebującym oraz generowanie niepotrzebnych kosztów.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa 3 kategorie, do których odnosi się pojęcie *osoby z zaburzeniami psychicznymi*:

- osoby chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychiczne),
- osoby upośledzone umysłowo,
- osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych [13].

Ustawa ta określa także 4 rodzaje przymusu bezpośredniego którymi są:

- przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody,

- unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
- izolację – umieszczenie osoby pojedynczo w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu [13].

Przymus bezpośredni zgodnie z ustawą można zastosować wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które:

- dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby oraz zagrażają bezpieczeństwu powszechnemu,
- w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,
- poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Ratownik medyczny zgodnie z ustawą może samodzielnie zastosować przymus bezpośredni w powyższych przypadkach. Ustawa upoważnia ratowników w postępowaniu przedszpitalnym do dwóch rodzajów przymusu bezpośredniego. Są to przytrzymanie oraz unieruchomienie. Ustawodawca nie przewidział możliwości stosowania przez ratowników medycznych przymusowego podania leków – mogą to zrobić jedynie w zespole specjalistycznym na zlecenie lekarza – oraz izolacji z racji braku fizycznej możliwości jej wykonania w warunkach przedszpitalnych [12].

O zastosowaniu przymusu bezpośredniego przez ZRM (Zespół Ratownictwa Medycznego) decyduje i nadzoruje bezpośrednio kierujący akcją medycznych czynności ratunkowych. Jest on także zobowiązany do niezwłocznego zawiadomienia dyspozytora medycznego o zastosowanym przymusie oraz odnotowania jego użycia w dokumentacji medycznej.

O sposobie dokumentowania przymusu bezpośredniego stanowi Rozporządzenie Ministra Zdrowia [14], które obliguje ratowników medycznych do wypełnienia odpowiedniego zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i czasie jego trwania (załącznik nr 4 do rozporządzenia) w dwóch kopiach. Jedna kopia zostaje przekazana lekarzowi przyjmującemu pacjenta w podmiocie leczniczym, do którego została przewieziona osoba z zaburzeniami psychicznymi i umieszczona w historii choroby. Przymus bezpośredni może być stosowany nie dłużej niż do czasu uzyskania niezbędnej pomocy lekarskiej. Jeżeli jednak uzyskanie pomocy lekarskiej jest utrudnione, to stosowanie przymusu może zostać przedłużone na czas niezbędny do przewiezienia poszkodowanego do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie

psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego wymaga dokonania oceny zasadności jego zastosowania. W przypadku ratowników medycznych dokonuje go, w terminie nie dłuższym niż 3 dni, upoważniony do tego przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

Ratownicy medyczni są zobligowani przed zastosowaniem przymusu do uprzedzenia i poinformowania osoby, wobec której środek ten ma być podjęty. Sposób zastosowania przymusu ma być możliwie jak najmniej uciążliwy dla tej osoby, a przy jego stosowaniu należy zachować szczególną troskę i dbałość o dobro pacjenta [14].

2. Materiały i metody

Tematem niniejszej pracy jest stosowanie przymusu bezpośredniego w zawodzie ratownika medycznego w postępowaniu przedszpitalnym. W celu analizy powyższego tematu zastosowano metodę badawczą polegającą na badaniu ankietowym. Szczegółowym celem badania było wykazanie poziomu wiedzy ratowników na temat przymusu bezpośredniego, najczęściej używanych jego form, problemów i propozycji zmian postulowanych przez powyższą grupę zawodową oraz sposób realizacji pomocy przedszpitalnej w sytuacji wzrostu liczby pacjentów cierpiących na choroby z grupy schorzeń psychiatrycznych. Formularz składał się z pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, wielokrotnego wyboru oraz pytań otwartych. Grupą badawczą byli czynni zawodowo ratownicy medyczni z terenu całej Polski w liczbie 139 osób.

W badaniu udział wzięło 113 mężczyzn oraz 26 kobiet, co stanowi kolejno 81,3% oraz 18,7% respondentów.

Wśród badanych 65,5% osób posiada wykształcenie policealne, a 34,5% ankietowanych ukończyło studia wyższe. Większość ankietowanych (53,2%) jako miejsce wykonywania zawodu wskazało miasto między 100 a 300 tysięcy mieszkańców. Drugim najczęściej wskazywanym miejscem wykonywania zawodu ratownika medycznego jest ośrodek miejski poniżej 100 tysięcy mieszkańców – 23,7%, następnie miasto powyżej 750 tysięcy osób – 15,8%. Najmniejszą grupę w badaniu stanowią pracownicy pogotowia ratunkowego w ośrodku miejskim między 300 a 750 tysięcy mieszkańców. Staż pracy respondentów przedstawiono w Tabeli nr 1. Największą grupę stanowią osoby o czasie pracy w zawodzie powyżej 21 lat, natomiast najmniejszą grupą są pracownicy o stażu pracy krótszym niż 5 lat.

Tab. nr 1 Staż pracy	
0-5 lat	18,7 %
6-10 lat	20,9 %
11-20 lat	26,6 %
Powyżej 21 lat	33,8 %

Ponieważ w badaniu wykazano zależność udzielonych odpowiedzi od wykształcenia badanych, przeprowadzono ocenę uzyskanych informacji przez dodatkową zmienną jaką jest wykształcenie.

3. Wyniki

W grupie zawodowej ratowników medycznych występuje zróżnicowana świadomość możliwości stosowania przymusu bezpośredniego w zespole podstawowym – 82,7% ankietowanych było świadomych możliwości stosowania, a 17,3% nie posiadało wiedzy o możliwości jego stosowania.

Znajomość przepisów stanowiących o przymusie bezpośrednim została sprawdzona w pytaniu otwartym. Ankietowani proszeni byli o wskazanie aktów prawnych regulujących kwestie stosowania przymusu bezpośredniego. Blisko 32% respondentów nie potrafiło wymienić żadnego aktu prawnego odnoszącego się do stosowania przymusu. 57% badanych wskazało Ustawę z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jako jedyną normę prawną obowiązującą ratowników medycznych do używania przymusu bezpośredniego. Znajomością Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. wykazało się jedynie 5% badanych – taki sam procent respondentów wskazał jednocześnie Ustawę jak i Rozporządzenie jako przepisy ich obowiązujące.

W związku z wynikami odpowiedzi na powyższe pytanie postanowiono poszerzyć interpretację odpowiedzi o dodatkową analizę pod kątem wykształcenia ankietowanych. Graficzne zobrazowanie jej wyników przedstawiono na Wykresie nr 1.

Ratowników medycznych zapytano o dopuszczalne przez prawo formy przymusu bezpośredniego stosowane w zespole podstawowym. Uzyskane wyniki ilustruje wykres nr 2. Najczęściej wskazywaną formą było przytrzymanie oraz unieruchomienie. Co 3 ankietowany wskazał przymusową podaż leków, a co 10 „Inne” formy przymusu. Izolację jako dopuszczalną formę stosowania w zespole podstawowym, wskazało 8,6% respondentów.

W przeciągu ostatnich 12 miesięcy procedurę przymusu bezpośredniego wykonywało 49% ankietowanych, którzy średnio zastosowali go minimum 6 krotnie. Jako najczęstszy powód stosowania przymusu bezpośredniego zdecydowana większość respondentów wskazywała agresję pacjenta, zaburzenia psychiczne oraz stosowanie środków odurzających, takich jak alkohol bądź narkotyki.

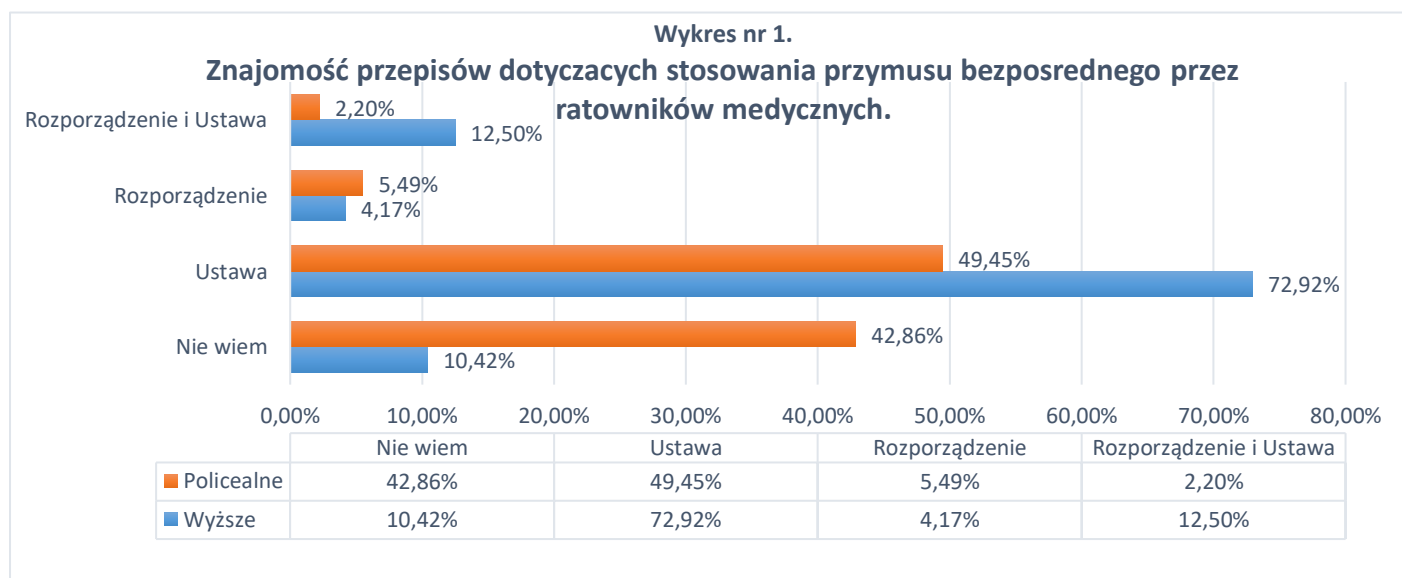
Wśród pacjentów agresywnych najczęściej wskazywanymi były agresja wobec osób postronnych lub mienia oraz autoagresje związane z samookaleczaniem.

Wśród zaburzeń psychicznych najczęściej opisywanymi były:

- próby samobójcze,
- pacjenci chorzy na Alzheimera,
- demencja starcza.

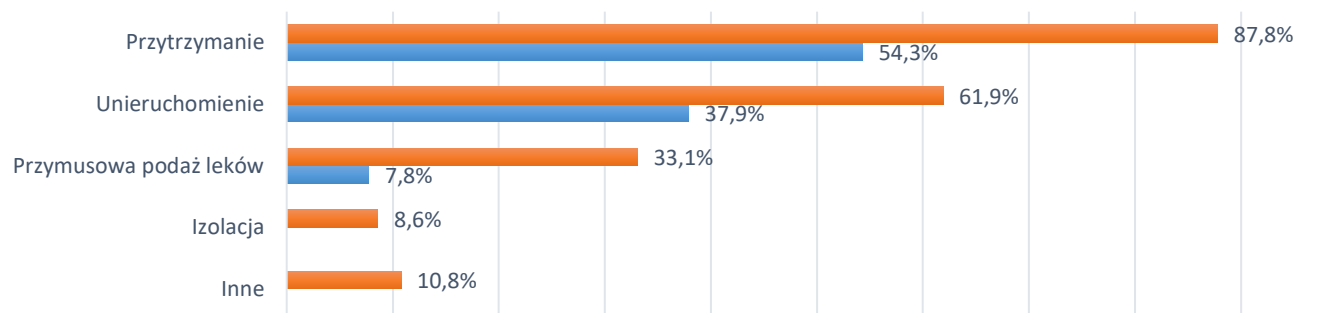
Najczęściej wskazywaną formą stosowania przymusu przez ratowników medycznych w zespołach podstawowych jest przytrzymanie. Równie często stosowano unieruchomienie. Respondenci jako sposób unieruchomienia, wskazywali najczęściej użycie pasów lub kaftana bezpieczeństwa. 7,8% ankietowanych wskazało konieczność podaży leków jako najczęściej stosowaną formę przymusu. Nikt nie wymienił izolacji bądź innych metod. Szczegółowe dane prezentuje wykres nr 2.

W badaniu dokonano oceny przygotowania zawodowego ratowników medycznych do stosowania przymusu bezpośredniego. Jako dobre lub bardzo dobre określa je ponad 46% respondentów.



Wykres nr 2.

Formy przymusu bezpośredniego dozwolone prawnie w zespole podstawowym według ratowników medycznych oraz najczęściej stosowane przez nich jego formy.



	Inne	Izolacja	Przymusowa podaż leków	Unieruchomienie	Przytrzymanie
Formy przymusu bezpośredniego dozwolone prawnie w zespole podstawowym według ratowników medycznych.	10,8%	8,6%	33,1%	61,9%	87,8%
Najczęściej stosowane formy przymusu bezpośredniego przez ratowników.			7,8%	37,9%	54,3%

Swoje przygotowanie zawodowe jako słabe ocenia 19,4% badanych. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli nr 2.

Tab. nr 2 Ocena przygotowania zawodowego.				
Ocena	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Słabo
Wyższe	14,6%	33,3%	31,3%	20,8%
Policealne	11,0%	31,9%	38,5%	18,7%
Łącznie	12,2%	32,4%	36%	19,4%

W badaniu zweryfikowano także kwestię realizacji obowiązku zgłaszania zastosowania przymusu bezpośredniego w postępowaniu przedszpitalnym.

Pytanie o treści *Czy jako kierownik zespołu podstawowego wypełniał/a Pan/Pani lub był/a świadkiem wypełniania zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego?* charakteryzuje się następującym stosunkiem odpowiedzi: Tak – 35,3%, Nie – 64,7%

Po dokonaniu analizy biorącej pod uwagę wykształcenie ankietowanych jako dodatkowy czynnik w tym pytaniu wskazać należy, iż procent wypełnianych zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, zgodnie z załącznikiem nr 4 dołączonym do rozporządzenia wśród respondentów z wyższym wykształceniem, wynosił 56,3%. Jednocześnie jedynie 24,2% ratowników posiadających

wykształcenie policealne wypełniało bądź było świadkiem uzupełniania wskazanego wyżej zawiadomienia. Wyniki te przedstawione zostały na Wykresie nr 3.

39,6% respondentów nie wie czy zastosowany przymus bezpośredni był weryfikowany przez lekarza psychiatrę upoważnionego przez marszałka, a 51,1% ankietowanych jest zdania, że nie dokonywał on takiej oceny. Jedynie 9,4% ratowników wskazało w badaniu, że zastosowany przez nich przymus był weryfikowany.

Zdecydowana większość ratowników medycznych nie posiada wiedzy o ocenie trafności zastosowanego przymusu, jakiej dokonał upoważniony lekarz psychiatra. Wśród 139 ankietowanych jedynie 8 otrzymało informacje zwrotną i posiadało wiedzę o wystawionej ocenie. Odsetek ten stanowi mniej niż 6% respondentów.

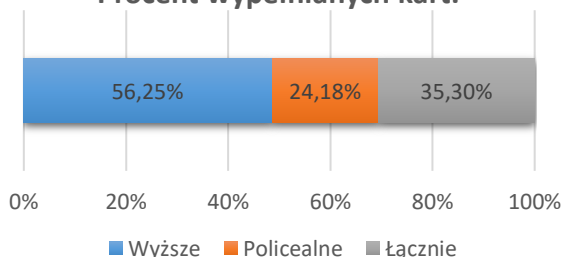
Przepisy o przymusie bezpośrednim pozytywnie ocenia zaledwie 12,2% ratowników medycznych. Pozostałe 44,6% przebadanych uważa je za złe, a 43,2% nie ma o nich zdania.

Wśród odpowiedzi na pytanie o propozycje zmian, jakie mogłyby poprawić działanie ratowników medycznych w przypadku stosowania przymusu bezpośredniego, najczęściej padającymi sugestiami były:

- możliwość stosowania przymusu farmakologicznego – ratownicy postulat ten uzasadniali najczęściej troską o dobro pacjenta, niemożnością stosowania innych form przymusu w zespole 2-osobowym oraz posiadaniem leków uspokajających do samodzielnego podania,
- wprowadzenie szkoleń z samoobrony, komunikacji, prawa oraz metod stosowania przymusu,

Wykres nr 3.

Procent wypełnianych kart.



- zwiększenie kompetencji ratowników w zespołach bez lekarzy oraz uproszczenie procedur z jakimi związane jest stosowanie przymusu bezpośredniego,
- wyposażenie zespołów ratownictwa medycznego w środki obrony własnej, takie jak: gaz pieprzowy, paralizator oraz opracowanie odpowiednich procedur ich stosowania.

4. Dyskusja

Przeprowadzone badania jednoznacznie wskazują na kilka problemów dotyczących sposobu stosowania przymusu bezpośredniego w systemie ratownictwa medycznego na terenie Polski.

Blisko $\frac{1}{3}$ ratowników medycznych uczestniczących w badaniu nie wie jakie akty prawne upoważniają ich do wykonywania przymusu bezpośredniego. Prawie 90% badanych nie posiada wiedzy o istnieniu aktu prawnego, którym jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, który to obliguje ich do rodzajów przymusu bezpośredniego, jaki mogą zastosować oraz sposobu sporządzania jego dokumentacji. Jedynie 5% ogółu respondentów wskazało oba akty prawne jako obowiązujące. Należy zauważyć, że aż 43% respondentów posiadających wykształcenie policealne nie potrafiło wskazać żadnego aktu prawnego, gdy jednocześnie ratowników z wyższym wykształceniem, nieznających norm prawnych odnoszących się do stosowania przymusu, było zaledwie 10%.

Nieznajomość tych przepisów wpływa pośrednio na dalsze wyniki badań, w których to 33% ankietowanych wskazało podaż leków jako formę przymusu, jaką stosować może ratownik medyczny w zespole podstawowym. W zespole tym nie ma lekarza, na którego zlecenie ratownik medyczny może wykonać przymus farmakologiczny wobec osoby spełniającej warunki ustawy i rozporządzenia. Ratownicy, stosując tę formę przymusu, przekraczają swoje uprawnienia – być może robią to po części świadomie. Zaskakującym jest też wskazanie przez ponad 10% ankietowanych „innych” sposobów przymusu jako form, które może zastosować ratownik medyczny.

Pomimo średnio 3,3 interwencji rocznie wymagających stosowania przymusu bezpośredniego na jednego ratownika medycznego, wiedza ankietowanych o wytycznych jego stosowania jest bardzo niska. Mimo tego 44,6% respondentów ocenia swoje przygotowanie zawodowe do wykonywania przymusu jako minimum dobre. Jedynie co 5 ratownik

medyczny ocenia je jako słabe. Prawdopodobnie z powodu niezajomości przepisów, głównie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r., procent badanych wypełniających lub będących świadkiem wypełniania karty o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wynosi zaledwie 35,3%. Należy zaznaczyć, że statystyka ta jest znacznie lepsza wśród respondentów, którzy ukończyli studia wyższe i wynosi 56,25%, w porównaniu z ankietowanymi posiadającymi wykształcenie policealne, gdzie dokument ten wypełniało zaledwie 24,2% badanych. Wskazuje to na możliwe błędy w toku nauczania szkół policealnych i braki w przygotowaniu ich absolwentów do stosowania przymusu bezpośredniego w przyszłym zawodzie. Słuszną staje się w takim razie zastosowana zmiana przepisów kształcenia stanowiąca o tym, że tytuł ratownika medycznego może zostać uzyskany wyłącznie dzięki dyplomowi uczelni wyższej – po ukończeniu studiów I stopnia.

Używany obecnie system oceny stosowania przymusu bezpośredniego nie działa tak, jak z założenia ustawodawcy miał funkcjonować. Świadczy o tym nie tylko niski odsetek ratowników wypełniających kartę zastosowania przymusu bezpośredniego, ale także to, że świadomość oceny powyższego zlecenia przez upoważnionego lekarza psychiatrę posiada zaledwie 9,4% respondentów. Jedynie 6% ankietowanych otrzymało informację zwrotną na temat wystawionej oceny. Oznaczać może to problemy o podłożu komunikacyjnym pomiędzy dysponentami a ratownikami medycznymi.

Ankietowani nie są przekonani do obecnych przepisów odnoszących się do stosowania przymusu bezpośredniego. Jako dobre ocenił je jedynie co 10 badany. Może być to spowodowane niezajomością przepisów, o czym respondenci wydają się mieć świadomość, proponując jako zmiany większą ilość szkoleń z prawa, komunikacji z pacjentem oraz metod stosowania przymusu. Wśród innych proponowanych zmian znalazła się bardzo ważna, z punktu widzenia pacjenta, inicjatywa upoważnienia ratowników medycznych do stosowania przymusu farmakologicznego. Ratownicy posiadają bowiem zezwolenie na samodzielne stosowanie leków uspokajających z grupy benzodiazepin, takich jak: Diazepam, Clonazepam, Midazolam oraz pochodnej piperazyny – Hydroksyzyny – wykazującej działanie uspokajające i przeciwlękowe. Leki z rodziny beznodiazepin posiadają silniejsze działanie od wspomnianej wcześniej hydroksyzyny i z powodzeniem używane są w zespołach specjalistycznych do opanowania u pacjentów silnych stanów lękowych przebiegających z pobudzeniem i agresją oraz lęków o podłożu psychotycznym. Ratownicy medyczni stosują te leki rutynowo więc posiadają wiedzę na temat ich wskazań, przeciwwskazań oraz mechanizmów działania.

Z powodzeniem stosują je nawet do sedacji i analgezji pacjentów na zlecenie lekarza.

Powyższe leki oraz umożliwienie ratownikom medycznym stosowania przymusu bezpośredniego w formie farmakoterapii jest więc zrozumiałym postulatem ankietowanych. Co więcej z badań wynika, że $\frac{1}{3}$ ankietowanych jest przekonana o możliwości stosowania przez nich przymusu farmakologicznego, a dla co 13. ratownika medycznego jest to najczęściej używana forma przymusu.

Ankietowani jako uzasadnienie propozycji powyższych zmian, wskazywali na troskę o dobro i zdrowie pacjenta oraz zwiększenie bezpieczeństwa ich samych. Według badanych podaż leków uspokajających byłaby mniej traumatyzująca dla pacjentów, gdyż nie wymagałaby użycia siły fizycznej, która potrzebna jest do zastosowania przytrzymania i unieruchomienia. Kolejnym uzasadnieniem jest problem opisywany przez ratowników podczas próby unieruchomienia pacjenta w zespole 2-osobowym. Często było to niemożliwe i wymagało wezwania ponadrutynowych sił i środków w postaci dodatkowego zespołu ratownictwa medycznego – co powodowało dodatkowe koszty dla podatnika oraz niepotrzebnie absorbowało kolejny ambulans hipotetycznie wydłużając czas przybycia do innego potrzebującego. Wynika to zapewne z problemu, jakim jest zastosowanie w zespole 2-osobowym unieruchomienia za pomocą kaftana. Do sprawnego założenia go bowiem wymagany jest co najmniej 5-osobowy, odpowiednio wyszkolony zespół, gdzie 4 członków personelu odpowiada za kończyny, a jeden za głowę pacjenta. Problem ten mógłby zostać rozwiązany zezwoleniem na przymus farmakologiczny, jednak Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi w chwili obecnej działań dotyczących rozszerzenia uprawnień podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Niewątpliwie byłoby to ułatwieniem w pracy podstawowych zespołów 2-osobowych, których notabene udział wśród pozostałych ZRM jest coraz większy [15].

Kolejnym często podkreślanym problemem przez ratowników medycznych jest brak środków do obrony własnej w przypadku pacjentów agresywnych. Obecnie w sytuacji takiej muszą oni oczekiwać na przyjazd jednostek policji lub straży miejskiej, które zajęłyby się obezwładnieniem niebezpiecznego pacjenta. W związku z powyższym problemem badani postulują o wprowadzenie takich środków pod postacią paralizatorów bądź gazu pieprzowego. Propozycja ta wydaje się być słuszna, jeśli weźmiemy pod uwagę rosnącą ilość pacjentów po użyciu środków psychoaktywnych oraz dopalaczy, mogących przejawiać zachowania destrukcyjne oraz agresywne.

Należy pamiętać, że bezpieczeństwo ratowników jest jednym z najważniejszych elementów ich pracy, a ustawodawca powinien pomóc w jego zapewnieniu.

5. Wnioski

1. Przeprowadzone badania wykazują niewystarczającą wiedzę ratowników medycznych na temat przymusu bezpośredniego, szczególnie pod kątem przepisów stanowiących o jego stosowaniu oraz realizacji dokumentacji z jego przebiegu. Wskazuje to na pilną potrzebę edukacji ratowników medycznych ze względu na systematyczny wzrost zaburzeń psychicznych w Europie, w tym na terenie Rzeczypospolitej Polski.
2. Wykazano, iż mimo ograniczeń prawnych ratownicy medyczni stosują farmakoterapię jako formę przymusu bezpośredniego bez nadzoru lekarza. Ponadto ratownicy postulują o zezwolenie na stosowanie farmakoterapii. Zachodzi więc konieczność debaty nad ewentualnym zwiększeniem kompetencji powyższej grupy zawodowej w zakresie stosowania form przymusu bezpośredniego.
3. Ankietowani postulują o poprawę ich bezpieczeństwa własnego, wskazując na coraz większy problem, jakim jest zagrożenie w trakcie wykonywania medycznych czynności ratunkowych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.
4. Przeprowadzone badania powinno się uznać za pilotażowe. Należy rozważyć kontynuowanie badań na większej grupie badawczej.

6. Piśmiennictwo

1. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., Van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.-C., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, ECNP/EBC REPORT 2011, s. 272 – 6. Conclusion, s. 668.
2. Sulewska M., *Zjawisko uzależnienia od narkotyków a przestępczość wśród młodzieży na terenie aglomeracji wielkomiejskich*, Wyd. Promotor, 2015, s. 26, ISBN 9788360095683
3. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2005 XII. Ochrona zdrowia i opieka społeczna*.
4. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2017 XIII. Ochrona zdrowia i pomoc społeczna*.
5. Wciórka B., Wciórka J., *Sondaż opinii publicznej czy Polacy niepokoją się o swoje zdrowie psychiczne? - Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005, 14 (4), 305-317.

6. Rębak D., *Ratownik medyczny – kontrowersje na temat przygotowania zawodowego* [w:] *Studia Medyczne*, 2011, nr 21, s. 80.
7. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006, nr 191, poz. 1410).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. 2007, nr 4, poz. 33).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. 2016 poz. 587).
10. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2011, nr 6, poz19)
11. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483).
12. *Psychiatria w zawodzie ratownika medycznego*, pod red. Jaracz J., Patrzala A., wyd. 1, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015, s.212-221, ISBN 978-83-200-4742-4.
13. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. nr 111, poz. 535).
14. 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. 2012, poz. 740).
15. Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do Ministra Zdrowia w sprawie dookreślenia uprawnień podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w zakresie podejmowania przymusowych procedur wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi z dnia 7 grudnia 2016 r. [RzPP-WZP.420.156.2016.BOL.1].

Direct physical constraint in the profession of a paramedics in the prehospital help service.

ABSTRACT:

Objectives: Presenting the current regulations regarding the use of direct coercion by paramedics, defining their knowledge in that topic. Indicating problems, their proposals of changing the law and ways of implementing pre-hospital care in a situation where the number of mentally ill patients increases.

Method: A survey conducted in electronic and paper form among 139 professionally active paramedics in Poland, lasting from 16/04/2018 until 25/05/2018.

Results: Many respondents do not know the regulations of direct coercion usage. 33% of respondents are convinced of the possibility of compulsory supply of medicines without medical supervision. 9.4% of respondents indicated the verification of direct coercion. Only 6% received feedback about the assessment of the justification for using coercion. 12.2% of paramedics assess current coercive regulations as good.

Discussion: Research indicates insufficient knowledge of paramedics regarding the use of direct coercion. It is related to their education. Many paramedics use pharmacological compulsion in basic teams, postulate for its approval, require the introduction of self-defense measures and the determination of procedures for their use.

Conclusions: The results of the research indicate the need of educating paramedics in direct coercion topic. It is necessary to consider empowering them to apply pharmacological constraints themselves and conduct research on a larger group.