

RATOWNIK MEDYCZNY I PIEŁĘGNIARKA SYSTEMU W ROLI KIERUJĄCEGO
POJAZDEM UPZYWILEJOWANYM W ZESPOLE WYJAZDOWYM RATOWNICTWA
MEDYCZNEGO – GŁOS W SPRAWIE

A PARAMEDIC AND A NURSE AS A PRIVILEGED VEHICLE DRIVER IN THE
EMERGENCY AMBULANCE SERVICES – AN OPINION ON THE ISSUE

MARCIN CYBULSKI

Zakład Psychologii Klinicznej
Katedra Nauk o Zdrowiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Ewa Mojs

Pracownia Psychologii Transportu – Marcin Cybulski
www.kierowcy.poznan.pl

Streszczenie

Głównym celem pracy jest nakreślenie aktualnej kondycji transportowej części systemu państwowego ratownictwa medycznego. Według obowiązującego prawa kierowcą pojazdu uprzywilejowanego w opiece zdrowotnej może zostać osoba spełniająca szereg wymogów dotyczących predyspozycji i uprawnień. Funkcje kierowcy ambulansu powierzane są coraz częściej, głównie z pobudek ekonomicznych, członkom zespołów ratowniczych – najczęściej ratownikom medycznym. Celem dodatkowym jest próba nakreślenia ograniczeń i możliwych rozwiązań w omawianej tematyce.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, kierowca karetki, psychologia transportu, bezpieczeństwo ruchu drogowego

Summary

The main purpose of this study is to describe the current situation of the public emergency ambulance services. According to the Polish law only a person who possesses a number of qualities, thus meets the requirements for obtaining necessary permits, may be a privileged vehicle driver within the health care system. Due to the economic reasons paramedics' additional duties include nowadays driving the ambulance. The second objective of this analysis is to describe constraints and outline possible solutions in discussed area.

Key words: nursery, emergency medical services, ambulance driver, traffic and transportation psychology, road safety

Zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego wciąż stanowią, w polskich realiach, *novum*. Element zaskoczenia składa się z dwóch filarów – pierwszym z nich jest zmiana nomenklatury – określenie „pogotowie ratunkowe” zdaje się funkcjonować coraz bardziej w sferze nazewnictwa nieoficjalnego, zastępowane przez poprawne systemowo określenie „ratownictwo medyczne”. Drugi filar „zaskoczenia” definiowany jest przez Ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym [1], wprowadzającą terminy „podstawowego i specjalistycznego zespołu wyjazdowego”, funkcjonujące w oparciu o specjalistów medycyny ratunkowej, to jest co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania ratunkowych czynności medycznych, a w przypadku zespołu specjalistycznego również lekarza systemu. Osobami uprawnionymi do wykonywania czynności ratunkowych są również pielęgniarki systemu. Wzywając więc dziś „pogotowie ratunkowe” uzyskujemy usługę medyczną często realizowaną przez zespół podstawowy, a więc bez lekarza w obsadzie. Polskie społeczeństwo, nawykłe do odwiedzin lekarskich w ramach pomocy uzyskiwanej w oparciu o pogotowie ratunkowe, wciąż okazywać się może ograniczonym zaufaniem do instytucji ratownika medycznego.

Pojawiło się też wiele kontrowersji dotyczących uprawnień do prowadzenia funkcjonujących w systemie pojazdów uprzywilejowanych. Stanowisko twórców ustawy jest stanowiskiem otwartym – nie dookreśla się, czy kierowca ma być członkiem zespołu ratowniczego i wchodzić w skład ustawowego zespołu [2], praktyka dnia codziennego pokazuje jednak, że przyznawane środki finansowe utrudniają rozbudowę zespołów o specjalistów z zakresu prowadzenia medycznych pojazdów uprzywilejowanych. Tak rozumiane założenia systemu ratownictwa prowadzą do wycofywania z zespołów kierowców – ze względu na czynniki ekonomiczne koniecznym staje się zatrudnianie na tych stanowiskach osób posiadających uprawnienia do wykonywania czynności ratunkowych. Odchodzi więc w zapomnienie instytucja kierowcy-sanitariusza, często pełniącego funkcje nieformalnego lidera zespołu, a jeszcze częściej bardziej doświadczonego w procedurach udzielania pomocy od początkującego lekarza, podejmującego często w zespołach wyjazdowych pierwsze kroki w zawodzie tuż po studiach. Zamiennie rozszerza się uprawnienia zawodowe zatrudnionych kierowców (w oparciu o podnoszenie kwalifikacji przez pracowników już pracujących w opiece zdrowotnej), bądź też nadaje się uprawnienia do prowadzenia karetki ratownikom medycznym. Nadawanie uprawnień polega na oddelegowaniu przez pracodawcę członka zespołu wyjazdowego do pełnienia równoległej funkcji kierującego pojazdem uprzywilejowanym po uprzednim spełnieniu wymogów, o których mówi nam aktualna Ustawa – prawo o ruchu drogowym [3], a także ogłoszona już Ustawa o kierujących pojazdami [4]. W chwili obecnej jedynymi z kryteriami kwalifikacyjnymi są: zatrudnienie w instytucji wykorzystującej pojazdy uprzywilejowane, wiek (ukończony 21 rok życia), spełnienie wymagań w zakresie badań lekarskich i psychologicznych oraz posiadanie stosownego zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę. Rok 2013, przynoszący zmiany w tej materii, uszczegóławia te wytyczne, dodając element posiadania prawa jazdy stosownej kategorii oraz ukończenia kursu dla kierujących pojazdami uprzywilejowanymi.

Uregulowania w obrębie systemu ratownictwa medycznego zakładają, że członkowie zespołu posiadający prawo jazdy kategorii B oraz spełniający wymogi z poziomu Ustawy – Prawo o ruchu drogowym mogą prowadzić pojazdy uprzywilejowane. Z takiego zestawienia aktów prawnym wywnioskować wstępnie można, iż zarówno lekarz, jak i pielęgniarka systemu mogą pełnić funkcję kierowcy w zespole wyjazdowym. Nie jest to jednak rozwiązanie często praktykowane. Szczegółowa analiza prawna tej możliwości zostanie przeprowadzona w dziale prawnym czasopisma i zaprezentowana na łamach Pielęgniarstwa Polskiego. Dużo wątpliwości budzi również kurs dla kierujących pojazdami uprzywilejowanymi. Konieczność

jego wprowadzenia (głównie dla ratowników medycznych) była już postulowana przez środowiska medyczne i zajmujące się bezpieczeństwem ruchu drogowego [2,5]. Niezależnie od unormowań prawnych, bazując na dostępnej literaturze tematu [6,7] założyć można, iż osoba prowadząca pojazd uprzywilejowany winna dysponować określonymi cechami krytycznymi, niezbędnymi w sprawnym operowaniu pojazdem w trudnych warunkach drogowych, żeby wspomnieć tylko sprawność sensomotoryczną, poznawczą, a także osobowość bez oznak nieprzystosowania. Cechy te weryfikowane są w trakcie psychologicznych badań profilaktycznych w oparciu o istniejące akty prawne [3] i wytyczne metodyczne [8,9,10]. W analizie Gałązkowskiego [11] opisano (niezależne od płci) predyspozycje psychofizyczne członków zespołu ratowniczego: dobrą koordynację wzrokowo-ruchowo-słuchową, bardzo dobrą sprawność fizyczną, zdolności manualne, decyzyjne, organizacyjne z jednoczesną odpornością psychiczną, zrównoważeniem emocjonalnym i sprawnością mechanizmów intelektualno-poznawczych. Obydwa zestawy cech mają wiele punktów stykowych – wszystkie umożliwiają radzenie sobie z sytuacjami krytycznymi w czasie wykonywania obowiązków służbowych. Niemniej jednak, ze względu na specyfikę poruszania się pojazdami uprzywilejowanymi, równie istotnym elementem uzupełniającym profil zawodowy członka zespołu ratowniczego jest praktyczne szkolenie i budowa zasobów opartych na nawykach i doświadczeniu. Podążając dalej tym tropem założyć więc można, że zarówno ratownik medyczny, lekarz (lekarka?), czy pielęgniarka (pielęgniarz?) systemu mogą (po spełnieniu wymogów ustawowych) zapewnić podstawowe bezpieczeństwo sobie, pozostałym członkom zespołu, pacjentowi oraz innym uczestnikom ruchu drogowego. Patrząc na metaanalizy z zakresu bezpieczeństwa w ruchu drogowym zwrócić uwagę należy, że płeć i wykształcenie nie różnicują nam do końca grupy kierowców na uczestników „bezpiecznych” i „niebezpiecznych”. Na ten przykład według danych ITS kobieta za kierownicą jest sprawcą wypadku raz na 6,7 miliona przejechanych kilometrów, mężczyzna zaś raz na 4,7 miliona kilometrów [12], zaś dane policyjne wskazują, iż sprawcami ponad 80% wypadków są mężczyźni, zaś niespełna 20% – kobiety [13]. Z drugiej strony warty podkreślenia jest jednak fakt, że zauważalna w ostatnich latach stała się jednak unifikacja stylów uczestnictwa w ruchu drogowym – ze względu na coraz częstsze pełnienie przez kobiety funkcji zarezerwowanych dotychczas dla mężczyzn zaczynają zanikać różnice w zachowaniach drogowych [14].

Niezależnie od płci, stanowiska i wykształcenia kluczowym elementem zdaje się więc być przede wszystkim celowy dobór na stanowisko kierowcy lub ratownika-kierowcy, polegający na określaniu profilu osobowościowego i analizie sprawności psychomotorycznej, inteligencji ogólnej i sprawności poznawczej już na poziomie szkolenia kadr – nawet na poziomie policealnym i akademickim. Tak precyzyjnie wyselekcjonowane kadry, również na tym samym poziomie edukacji, powinny być szkolone w kierunku efektywnego i bezpiecznego poruszania się pojazdami uprzywilejowanymi. Chcąc więc wpisywać w zakres obowiązków pracowników opieki medycznej prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych powinniśmy dać tej grupie zawodowej możliwość właściwego przygotowania się do pełnienia tych obowiązków. Postulować zatem należy wprowadzenie do programów nauczania z zakresu szeroko rozumianej medycyny ratunkowej podstawowych elementów wiedzy i praktyki z zakresu technik kierowania pojazdami. Analizując też nadchodzące zmiany prawne zauważymy, iż wymogiem posiadania omawianych uprawnień będzie ukończenie specjalistycznego kursu – należy jednak wyrazić obawy odnośnie skuteczności tych kursów – w chwili obecnej branżowa rzeczywistość nie jest gotowa na ich prowadzenie, mimo iż za kilkanaście miesięcy nowe przepisy zaczną obowiązywać. Brakuje również aktów wykonawczych uściślających i standaryzujących działania szkoleniowe. Póki co wiązanie funkcji ratunkowych i kierowcy jest, według niepublikowanych opinii zbieranych przez

autora w środowiskach ratowniczych, jednym z czynników o charakterze stresogennym – nie wiąże się z wymiernymi korzyściami, wymaga dodatkowego wysiłku fizycznego i psychicznego, a także powiązane jest z dodatkową odpowiedzialnością, również tą prawną.

Niezależnie od poziomu wykształcenia, a także cech i predyspozycji indywidualnych do wykonywania tytułowego zawodu trudnego i niebezpiecznego, wymagającego szczególnej sprawności psychofizycznej, kolejną zmienną wpływającą na efektywność operowania pojazdem będzie aktualny, w momencie podejmowania akcji ratunkowej, stan psychoemocjonalny pracownika opieki zdrowotnej. Wykonywanie przez członka zespołu ratunkowego czynności kierowania ambulansem wymaga pełnego zaangażowania i ukierunkowania procesów poznawczych (m.in. uwagi) na procedurę uczestnictwa w ruchu drogowym. W sytuacjach skrajnych członek zespołu w krótkim odstępie czasu musi zmienić tryb funkcjonowania – przejść od czynności ratunkowych do wykonywania zadań kierowcy. Dotyczy to nie tylko funkcjonowania stricte z poziomu sprawności fizycznej, ale też i emocjonalnego. Niezależnie od poziomu reaktywności emocjonalnej i żwawości (z poziomu temperamentalnego) pracownika sytuacja nagłej zmiany zakresu wykonywanych czynności wiąże się z koniecznością skutecznej „dysocjacji” – emocjonalnego oddzielenia się od stanu pacjenta, złożoności procedur diagnostycznych i ratunkowych, ale też i od wpływu pozostałych członków zespołu, czy też analizy swoich własnych odczuć. Tak popularny w naukach psychologicznych model podatności-stresu ukazuje nam, iż czynnikiem spustowym nieadaptacyjnej reakcji może być zarówno cecha lub stan jednostki, ale w powiązaniu z czynnikami zewnętrznymi – m.in. cechami okołotraumatycznymi. Założyć jednak należy, iż nie istnieje jednostka całkowicie niepodatna na oddziaływania czynników stresogennych – istnienie takiej osoby rozpatrywać możemy jedynie na poziomie konstruktów teoretycznych – wszak każdy z nas ma swoje „demony”.

Rozpatrywana powyżej „rozdzielność” zadań i brak „rozdzielności” emocjonalnej wzmacniana jest także poprzez zmęczenie i przemęczenie. Jak wynika z badań przeprowadzonych na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przedstawiciele zespołu ratunkowego pełniący równocześnie funkcje kierowców zdecydowanie częściej od kierowców etatowych w transporcie medycznym prowadzą pojazdy w stanie zmęczenia [5]. Wynika to między innymi z nakładania się obowiązków służbowych ratownika i kierowcy, ale często również z pobudek finansowych, to jest konieczności pracy na dwóch (lub więcej) etatach. Zmęczenie może prowadzić do zjawiska fatigue-related accident (w wolnym tłumaczeniu zwiększonej wypadkowości z powodu zmęczenia) [15], wynikającego z obniżenia sprawności poznawczej, m.in. poprzez zaburzenie funkcjonowania podsystemów uwagi – podsystemu orientacyjnego, detekcyjno-egzekucyjnego i czuwaniowo-wzbudzeniowego [16] o blisko 40% po 20 godzinach deprywacji snu, aż do 60% strat wyjściowej sprawności po 40 godzinach niedoboru snu [17].

Podsumowując powyższe rozważania krótką konkluzją stwierdzić wypada, iż niezależnie od pełnionej w zespole funkcji i kierunkowego wykształcenia łączenie stanowiska kierowcy z prowadzeniem czynności ratunkowych (zarówno z poziomu pielęgniarzkiego, ratowniczego, ale i lekarskiego) teoretycznie może być możliwe pod warunkiem właściwego doboru osób do pełnienia danych funkcji oraz profesjonalnego i wszechstronnego ich przeszkolenia. Działania takie mogą, ze względu na różnice w opisach stanowisk kierowcy i członka zespołu ratunkowego, a także wymaganych cechach krytycznych zatrudnianego personelu, jedynie zmniejszyć skalę zagrożenia drogowego trakcie prowadzonej akcji ratunkowej lub transportu chorego. Ryzyko to jest też stosownie większe, jeśli członek zespołu ratowniczego nie ma możliwości doprowadzenia organizmu do stanu homeostazy i psychicznej równowagi.

Stosowniejszym, jeśli już można pozwolić sobie na opiniowanie aktualnego stanu prawnego i stosowanych procedur, rozwiązaniem jest dychotomiczne ujęcie problemu – umożliwiające rozwój, kształcenie i zatrudnianie w systemie państwowego ratownictwa medycznego zarówno specjalistów z zakresu medycyny ratunkowej, pielęgniarstwa i ratownictwa, jak i specjalistów w dziedzinie kierowania pojazdami uprzywilejowanymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U.06.191.1410 z dnia 20 października 2006 roku
2. Ratownictwo medyczne. Miejsce i rola lekarza, pielęgniarki systemu i ratownika medycznego, ratownika oraz dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora. Informator Gazety i Portalu Pielęgniarek i Położnych. Źródło: publikacja on-line z dnia 6 grudnia 2008 roku, serwis internetowy www.pielengniarki.info.pl, data dostępu 15 lutego 2012
3. Ustawa Prawo o ruchu drogowym z dnia 20 czerwca 1997 roku. Dz.U. z 2005 nr 108 poz. 908
4. Ustawa o kierujących pojazdami z dnia 5 stycznia 2011 roku. Dz.U. z 2011 nr 30 poz. 151
5. Cybulski M., Wybrane uwarunkowania zachowań ryzykownych dla zdrowia u kierowców na przykładzie transportu sanitarnego w województwie wielkopolskim. Niepublikowana rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2011, promotor: dr hab. Maria Danuta Głowacka
6. Łuczak A., Najmiec A., Badania sprawności psychofizycznej kierowców wypadkowych i bezwypadkowych w aspekcie prewencji wypadkowej i zwiększania kultury bezpieczeństwa w transporcie drogowym. Praca naukowo-badawcza z zakresu prewencji wypadkowej. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2009
7. Łuczak A., Wymagania psychologiczne w doborze osób do zawodów trudnych i niebezpiecznych, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa 1998, 23-146.
8. Metodyka psychologicznych badań kierowców. Wersja znowelizowana. Instytut Transportu Samochodowego, Warszawa 2003, 44-151
9. Łuczak A., Tarnowski A., Badania psychologiczne kierowców. Charakterystyka psychometryczna wybranych testów sprawności psychomotorycznej i procesów poznawczych. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2011, 19-76
10. Łuczak A., Sobolewski A., Charakterystyka psychometryczna testów psychologicznych. Podręcznik do testów Wiedeńskiego Systemu Testów, przydatnych w doborze osób do zawodów trudnych i niebezpiecznych. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2007, 17-66
11. Gałazkowski R., Ratownik medyczny w Polsce – system kształcenia i doskonalenia zawodowego [w:] J. Konieczny (red.) Edukacja w ratownictwie medycznym. Oficyna Wydawnicza Garmond, Inowrocław – Poznań 2007, 24-45
12. Zielińska A., Kobieta w ruchu drogowym. Materiały z Konferencji Rzecznika Ubezpieczonych „Być kobietą ubezpieczoną”, Instytut Transportu Samochodowego – Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Warszawa 2006
13. Dane Biura Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji za rok 2010. Źródło: publikacja on-line, serwis www.policja.pl, data dostępu: 27 czerwca 2011 roku
14. Nallet N., Bernard M., Gadegbeku B., Supernant K., Chiron M., Who takes driving licence point recovery courses in France? Comparison between course-takers and ordinary drivers. Transportation Research Part F 2010; 13:92-105
15. Ogińska H., Pokorski J., Chronoergonomiczne uwarunkowania bezpieczeństwa w transporcie [w:] T. Marek, H. Ogińska, J. Pokorski (red.) Ergonomia transportu. Katedra Psychologii, Zarządzania i Ergonomii, Instytut Zarządzania, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, 17-26

16. Fąfrowicz M., Marek T., Mechanizmy funkcjonowania uwagi wzrokowej a błąd w procesie kierowania pojazdem [w:] T. Marek, H. Ogińska, J. Pokorski (red.) Ergonomia transportu. Katedra Psychologii, Zarządzania i Ergonomii, Instytut Zarządzania, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, 11-16
17. Łuczak A., Zużewicz K., Zmęczenie kierowców a bezpieczeństwo pracy. Bezpieczeństwo Pracy 2006; 4:20-23