

Dr hab. n. med. Cezary Pakulski

**Zabezpieczenie kadrowe części intensywnej terapii szpitali tymczasowych
i oddziałów intensywnej terapii – 19 konkretnych propozycji**

INFORMACJA

Dokument, który prezentujemy, powstał w październiku 2020 roku, po informacji o zamiarze tworzenia szpitali tymczasowych. W ciągu następnego kilku miesięcy nie spotkał się ze szczególnym zainteresowaniem. Przecież „trzeciej fali pandemii” miało nie być. Teraz ma nieco zmieniony wstęp, ale cały schemat propozycji zaprezentowano w wersji, która była w nim od początku. Pierwsze trzy punkty prezentowanego projektu będzie można wykorzystać, kiedy trzecia fala pandemii się skończy i będziemy czekać na kolejną.

I. WSTĘP

Najstabszym ogniwem łańcucha przeżycia w zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w Polsce nie jest brak tlenu, respiratorów czy innego sprzętu koniecznego do leczenia chorych w warunkach intensywnej terapii, ale brak kadr medycznych. Nie mamy żadnej rezerwy wśród lekarzy specjalistów anestezjologii intensywnej terapii i pielęgniarek ze specjalizacją lub po kursie z anestezjologii i intensywnej opieki oraz tych bez potwierdzenia kwalifikacji zawodowych, ale z doświadczeniem pracy w Oddziałach Intensywnej Terapii (OIT). Liczba specjalistek i specjalistów jest skończona. Zarówno lekarze jak i pielęgniarki anestezjologiczne pracują w dwóch lub nawet większej liczbie jednostek ochrony zdrowia jednocześnie. Decyzja o pracy wyłącznie w jednej jednostce ochrony zdrowia lub o delegowaniu każdego lekarza i każdej pielęgniarki anestezjologicznej do pracy w innej lokalizacji, np. w szpitalu tymczasowym, ograniczy możliwości realizacji świadczeń przez jednostki macierzyste. **Dawno już minął czas na prowadzenie jakichś sformalizowanych szkoleń dla pozyskania rezerwowych kadr medycznych. Przez ostatni rok w tej kwestii nie zrobiono kompletnie nic, żebyśmy teraz takimi kadrami dysponowali. Ani rząd, ani nadzór krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, ani konsultant krajowy pielęgniarstwa anestezjologicznego, ani towarzystwa naukowe w tych dziedzinach. Nikt spośród tych, którzy powinni.**

Uruchamianie kolejnych szpitali tymczasowych musi skutkować zubożeniem kadry medycznej aktualnie pracującej w OIT w publicznych i niepublicznych jednostkach systemu ochrony zdrowia. Podsumowując, wyspecjalizowanej kadry będzie nam brakować wszędzie: i w częściach OIT szpitali tymczasowych i w OIT funkcjonujących obecnie w szpitalach. Wielu z nas zadaje sobie pytanie, po co zostały zbudowane szpitale tymczasowe za sumę coraz bliższą 1 miliarda PLN? Czy miały być faktycznie miejscami, w których ratowane jest życie ludzkie, czy tylko populistyczną zasłoną dymną, bo przecież pandemia skończyła się w czerwcu i teraz „wychodzimy z pandemii poobijani, ale niepokonani”?

Mamy sytuację nadzwyczajną, nadzwyczajne powinny być zatem działania. Brak wolnych miejsc intensywnej terapii i czekanie niewydolnych oddechowo chorych w kolejce na możliwość przyjęcia do OIT skutkuje złymi wynikami leczenia. **Jedynym rozwiązaniem tej kadrowo patowej sytuacji jest racjonalne zagospodarowanie posiadanych kadr medycznych w taki sposób, żeby możliwe było zapewnienie optymalnej opieki medycznej jak największej liczbie chorych, i w szpitalach tymczasowych, i w jednostkach ochrony zdrowia, szpitalach dotychczas funkcjonujących.**

II. 19 KONKRETNÝCH PROPOZYCJI DOTYCZĄCYCH ORGANIZACJI PRACY CZĘŚCI INTENSYWNEJ TERAPII SZPITALA TYMCZASOWEGO ORAZ ODDZIAŁÓW INTENSYWNEJ TERAPII

ORGANIZACJA SZKOLENIA PERSONELU

- 1. Listy osób, które zgłosiły się do pracy w części OIT szpitali tymczasowych lub są planowane do oddelegowania do pracy w części OIT tych szpitali, muszą powstać już teraz** i możliwie najszybciej nowo powstający zespół lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych oraz osób wspierających powinien zostać oddelegowany do nowych zadań.
- 2. Czas do uruchomienia szpitala tymczasowego oraz jego pierwsze dni po uruchomieniu powinien zostać wykorzystany do prowadzenia intensywnych szkoleń przydzielonego personelu medycznego.** Lekarze specjaliści anestezjologii i intensywnej terapii powinni odpowiadać za szkolenie kadry lekarskiej, a pielęgniarki ze specjalizacją lub z kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki za szkolenie pielęgniarek, ratowników medycznych oraz osób wspierających (studentki i studenci kierunku pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, fizjoterapia, opiekunki medyczne).
- 3. Szkolenie musi obejmować naukę:** zasad bezpiecznego poruszania się w obszarze OIT, naukę zakładania i zdejmowania środków ochrony osobistej, fizjologicznych podstaw skutecznej tlenoterapii i bezpiecznej wentylacji zastępczej, zasad monitorowania podstawowych funkcji życiowych chorego z wykorzystaniem monitora funkcji życiowych oraz obsługi sprzętu obecnego na OIT, w tym strzykawk automatycznych, paneli respiratora, urządzenia do terapii nerkozastępczej i innych urządzeń intensywnej terapii. Szkolenie powinno również obejmować zasady wykonywania rozmaitych procedur pielęgnacyjno-medycznych (np. bezpieczna pielęgnacja chorego, zapobieganie nieoczekiwanemu rozszczelnieniu układu oddechowego chorego-respirator, stosowanie systemów zamkniętych do odsysania wydzieliny z drzewa oskrzelowego, nauka bezpiecznego obracania pacjenta intensywnej terapii do pozycji „na brzuchu”). Wszystko oczywiście w zakresie odpowiednim do funkcji, jaką dana osoba ma pełnić w części OIT. **Po ukończeniu szkolenia lekarze i pielęgniarki powinni potrafić zmienić nastawy respiratora, jeżeli takie będzie polecenie pracującego w części OIT lekarza specjalisty anestezjologii intensywnej terapii.** Szkolenie powinno być prowadzone z wykorzystaniem sprzętu, który będzie na wyposażeniu części intensywnej terapii szpitala tymczasowego.

PRACA LEKARZY

4. **Za proces diagnostyczno-terapeutyczny w części intensywnej terapii szpitala tymczasowego powinien odpowiadać i kierować nim lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.**
5. Lekarze ze specjalizacją anestezjologii i intensywnej terapii powinni odpowiadać za wentylację sztuczną respiratorem, w tym za modyfikacje nastawów respiratora. **Ze względu na niejednorodną morfologię zmian w płucach powodowanych przez wirusa SARS-CoV-2 oraz mnogość i ciężkość powikłań oddechowych niewłaściwie prowadzonej respiratoroterapii, pomysły obsługiwanie respiratorów przez osoby bez specjalizacyjnych uprawnień są niedorzeczne, a dla chorych śmiertelnie niebezpieczne.** Jeden lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii powinien pełnić nadzór nad 10, do maksymalnie 20 chorymi (w zależności od dostępności lekarzy specjalistów i stopnia rozwoju pandemii).
6. Lekarze w trakcie V i VI roku specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lekarze anestezjolodzy (historycznie z I stopniem specjalizacji) oraz ze specjalizacją medycyny ratunkowej ukończonej w trybie modułowym powinni odpowiadać za drogi oddechowe, stabilność hemodynamiczną chorego, żywienie, prowadzenie terapii nerkozastępczej (1 lekarz na 10 chorych). Przebieg prowadzonego leczenia powinni konsultować i referują lekarzowi specjaliście anestezjologii i intensywnej terapii.
7. Kierowani do pracy w szpitalu tymczasowym lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologia intensywna terapia (I-IV rok specjalizacji), w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych (również specjalizacje szczegółowe), medycyny ratunkowej, neurologii, chirurgii, ortopedii, oraz lekarze w trakcie stażu podyplomowego powinni realizować zadania wspierające lekarzy wymienionych w punktach 5 i 6 (1 lekarz na 5 pacjentów).
8. Wydzielony na każdym dyżurze dodatkowy lekarz w trakcie II-VI roku specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog powinien odpowiadać za konsultacyjne nadzorowanie wszystkich chorych leczonych w innych częściach szpitala tymczasowego (1 lekarz na 100 chorych).
9. Decyzję o kwalifikacji chorego do leczenia w części OIT szpitala tymczasowego powinien podejmować lekarz wymieniony w punkcie 8, po konsultacji z lekarzem specjalistą anestezjologii intensywnej terapii. **Decyzję o odmowie przyjęcia chorego do leczenia w części OIT i zakwalifikowania do leczenia zachowawczego powinien podejmować lekarz specjalista anestezjologii intensywnej terapii.** Obowiązującym dokumentem kwalifikującym są „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii” z roku 2012.

PRACA PIEŁĘGNIAREK

10. **Pielęgniarki ze specjalizacją / kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki oraz bez tych kwalifikacji, gdy zatrudnione są w OIT dłużej niż 1 rok powinny odpowiadać wyłącznie za pielęgnację dróg oddechowych i za nadzór nad układem oddechowym respirator-pacjent.** Powinny kierować również zespołem do obracania pacjenta do pozycji „na brzuchu” oraz prowadzą nadzór nad czynnościami higieniczno-pielęgnacyjnymi. Jedna pielęgniarka powinna sprawować wskazaną opiekę nad 5 chorymi, do maksymalnie 10 chorych (w zależności od dostępności pielęgniarek posiadających właściwe uprawnienia i stopnia rozwoju pandemii).
11. Pielęgniarki zatrudnione dotychczas w stacjach dializ oraz pielęgniarki wypełniające kwalifikacje z punktu 10 powinny odpowiadać za obsługę terapii nerkozastępczej ciągłej prowadzonej u chorych (1 pielęgniarka na 20 chorych części OIT).
12. Pielęgniarki nie spełniające kwalifikacji z punktu 10 powinny odpowiadać za pozostałe czynności przynależne pielęgniarce (obsługa strzykawk automatycznych, pomp infuzyjnych, godzinowa podaż leków, żywienie poza- i dojelitowe, ustalanie bilansu płynów), **Z WYŁĄCZENIEM** prowadzenia czynności higieniczno-pielęgnacyjnych. Jedna pielęgniarka powinna sprawować wskazaną opiekę nad 5 chorymi, do maksymalnie 10 chorych (w zależności od dostępności pielęgniarek posiadających właściwe uprawnienia i stopnia rozwoju pandemii).
13. Studenci i studentki roku 1 i 2 studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo oraz roku 2 i 3 studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo powinni odpowiadać za prowadzenie nadzoru higieniczno-pielęgnacyjnego chorych, według wskazań lekarskich i pod nadzorem pielęgniarki. W czynnościach tych powinny uczestniczyć również osoby zatrudnione jako opiekunki medyczne (4 osoby na 10 chorych).

PRACA FIZJOTERAPEUTÓW I RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

14. **Fizjoterapeuci powinni realizować swoje zadania w wymiarze 1 specjalista na 10 chorych na zmianę.** W zadaniach tych zalecane jest współdziałanie ze studentami roku 4 kierunku fizjoterapia (studia jednolite) oraz studentami roku 1 i 2 stopnia II kierunku fizjoterapia. Cel – 1 osoba usprawniająca ruchowo na 5 chorych na zmianę.
15. Studenci 2 i 3 roku kierunku fizjoterapia (studia jednolite) oraz 1 i 2 roku kierunku ratownictwo medyczne, w liczbie 4 na 20 chorych powinni pomagać w czynnościach terapeutyczno-pielęgnacyjnych (np. transport wewnątrzszpitalny, obracanie pacjenta do pozycji „na brzuchu” oraz do czynności higienicznych, wylewanie moczu pierwotnego chorych dializowanych techniką ciągłą itp)

16. Ratownicy medyczni, którzy zgłosili się do pracy w szpitalach tymczasowych oraz wszyscy inni, którzy aktualnie są zatrudnieni w jednostkach współpracujących z systemem ratownictwa medycznego (Państwowa Straż Pożarna, Ochotnicza Straż Pożarna, Policja, Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, GOPR, TOPR, wojsko, itd.), powinni zostać przekierowani do uzupełnienia sił systemowych zespołów ratownictwa medycznego i tzw. covidowych zespołów transportu medycznego.
17. Studenci III roku kierunku ratownictwo medyczne, powinni zostać przekierowani do uzupełnienia sił systemowych zespołów ratownictwa medycznego i tzw. covidowych zespołów transportu medycznego – np. drugi ratownik w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego czy trzeci ratownik w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego.

PRACA STUDENTÓW

18. Studenci roku IV i V roku kierunku analityka medyczna, a także roku I i II studiów II stopnia oraz roku III studiów I stopnia na kierunku biotechnologia medyczna powinni być kierowani do wsparcia laboratoriów medycznych jednostek ochrony zdrowia i punktów pobrań wymazów.
19. Studenci roku IV, V i VI kierunku lekarskiego oraz IV i V roku stomatologii powinni być kierowani do pomocy w innych niż intensywna terapia obszarach szpitali tymczasowych. Mogą zostać przekierowani do obszaru intensywnej terapii, jeśli pojawi się taka kadrowa potrzeba.

Należy pamiętać, że studenci uczelni medycznych niemal w całości zostali zaszczepieni.

III. WARUNKI PRACY I KORZYŚCI DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

- W przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji czas poświęcony opiece nad chorymi COVID-19 plus oraz COVID-19 minus w szpitalach tymczasowych oraz w szpitalach publicznych w ramach uzupełnienia niedoboru kadr powinien zostać uznany za tożsamy z odbyciem określonych programem specjalizacji godzin stażowych.
- W przypadku studentów uczelni medycznych czas poświęcony opiece nad chorymi COVID-19 plus oraz COVID-19 minus w szpitalach tymczasowych, w szpitalach publicznych, w jednostkach ratownictwa medycznego, laboratoriach diagnostycznych – w ramach uzupełnienia niedoboru kadr powinien zostać uznany za tożsamy z odbyciem określonych programem studiów obowiązkowych praktyk zawodowych.
- Lekarze ze specjalizacją inną niż anestezjologia i intensywna terapia, którzy podejmą pracę w części intensywnej terapii szpitala tymczasowego oraz w OIT szpitali publicznych w ramach uzupełnienia niedoboru kadr, powinni mieć ułatwienia w uruchomieniu i przebiegu specjalizacji w dziedzinie intensywna terapia.

- Pielęgniarki bez kwalifikacji w dziedzinie anestezjologia i intensywna opieka, które podejmą pracę w części IT szpitala tymczasowego oraz w OIT szpitali publicznych w ramach uzupełnienia niedoboru kadr, powinny mieć ułatwienia w uruchomieniu i przebiegu specjalizacji w dziedzinie anestezjologia i intensywna opieka.
- Każda pielęgniarka i każdy ratownik medyczny pracujący w OIT da sobie świetnie radę w każdym momencie i na każdym stanowisku pielęgniarki, w każdej klinice, czy oddziale, każdego szpitala. Ta zasada nie działa w drugą stronę. W krajach wysokorozwiniętych szczególna rola pielęgniarek anestezjologicznych, pielęgniarek intensywnej terapii, ale też instrumentariuszek jest dostrzegana i finansowo doceniana. **Ponowne przyznanie dodatku powinno spowodować, że część pielęgniarek anestezjologicznych powróci na swój oddział, być może pielęgniarki anestezjologiczne powrócą do pracy w szpitalu.**
- Ze względu na niezwykle ciężkie warunki pracy personelu medycznego leczącego chorych COVID-19, proponowane jest zatrudnienie w systemie zmianowym (dzień-noc-wolne-wolne) dla wszystkich zawodów medycznych. Dyżury 13-godzinne (30-minutowa zakładka przed i po dyżurze).
- Zaproponowany model pracy powinien zostać wykorzystany również przez szpitale publiczne w przypadku wyczerpywania się sił anestezjologii i intensywnej terapii.
- **Włączenie studentów uczelni i szkół medycznych w organizację pracy szpitali tymczasowych i wszystkich innych jednostek ochrony zdrowia w pełnym zakresie i nie na zasadzie jedynie wolontariatu będzie możliwe po wprowadzeniu stanu klęski żywiołowej.** Ustawa z dnia 28 października 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 nie jest narzędziem wystarczającym dla rozwiązania prawnej sytuacji studentów, doktorantów i osób kształcących się w zawodzie medycznym. Jeżeli w tej kwestii nie będzie ustępstwa, ratunkiem będą tylko umowy wolontariackie, ale w tym przypadku student przede wszystkim musi się sam zgodzić.

Dr hab. n. med. Cezary Pakulski

Kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej PUM

Ekspert medyczny Instytutu Strategie 2050