

Uwarunkowania wprowadzenia nowego zawodu medycznego (asystent lekarza) w polskim systemie ochrony zdrowia

Aleksandra Kita  <https://orcid.org/0000-0002-7999-6634>

Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze

Adres do korespondencji: Aleksandra Kita, Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o., ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra, aleksandrakita@interia.pl, strona internetowa: www.pep-zdrowie.pl

■ Abstract

Conditions for introducing a new medical profession (physician assistant) in the polish health care system

Shortage of medical staff is a growing problem in most countries, also in Poland. There is a growing demand for medical staff in connection with longer life expectancy and on a macro scale, the aging of society. An important idea for reducing this problem is to introduce new medical professions. However, this issue arouses controversy and opinions on it are divided. The paper presents data on the number of physicians in Poland compared to other European countries and discusses selected proposals related to attempts to improve the situation in this area. Reference has also been made to the example of the United States, where physician assistants have been functioning for many years. Moreover, the current outline of a proposal for the occupation of a physician assistant in Poland has been presented, with particular emphasis on specialization in “surgical physician assistance”. The paper also presents the results of the author’s study on the attitude of primary care physicians towards new medical professions and refers to the opinions of the medical community in this respect, mainly from websites. Finally, the paper presents conclusions and recommendations for further actions related to the introduction of new medical professions in the country.

Key words: new medical professions, physician assistant, surgical physician assistant, shortage of medical staff

Słowa kluczowe: asystent lekarza, chirurgiczna asysta lekarza, deficyt kadr medycznych, nowe zawody medyczne

■ Wstęp

Dyskusja na temat deficytów w systemie ochrony zdrowia toczy się w Polsce od lat. Sektor zdrowia walczy aktualnie z ogromną liczbą problemów, do których obok niewystarczającej ilości personelu zaliczyć można również bardzo trudną sytuację finansową szpitali i pogłębiającą się zapaść w możliwości leczenia wielu chorób, szczególnie onkologicznych i kardiologicznych, na co bezsprzeczny wpływ ma pandemia. Najbardziej istotnym problemem rozpatrywanym w różnych kontekstach jest niedobór kadr medycznych.

W związku z konsekwencjami starzenia się społeczeństwa oraz związanym z tym wydłużeniem przeciętnej długości życia stale wzrasta zapotrzebowanie na personel medyczny. Zachodzi także realokacja kosztów dotyczących

świadczeń medycznych w kierunku usług o charakterze prewencyjnym. Mimo stopniowego wdrażania zmian współwystępowanie niedoborów kadrowych i wzrostu zapotrzebowania na specjalistyczną opiekę wymusza szukanie rozwiązań uwzględniających liczne modyfikacje, zarówno w samym systemie ochrony zdrowia, jak i w jego otoczeniu. Nowe zawody medyczne mogą być uzasadnionym, racjonalnym uzupełnieniem niedoboru lekarzy czy pielęgniarek. Doświadczenia innych państw, przede wszystkim Stanów Zjednoczonych, pokazują, że wprowadzanie do systemu zdrowia nowych zawodów medycznych pozwala na bardziej racjonalne wykorzystanie kadry lekarskiej. Dlatego warto zastanowić się nad tym, czy również w Polsce nie przyjąć tego kierunku działania. Nie brakuje radykalnych w wymowie opinii, że sektor ochrony zdrowia przechodzi w Polsce kolejne rewolucje, a nie

ewolucje. Choć takie głosy uzupełniane są odmiennymi, które domagają się właśnie radykalnych, rewolucyjnych i przełomowych zmian. Uprzedzając kolejną zmianę (a taką byłoby upowszechnienie zatrudniania asystentów lekarzy), można założyć, że miałyby ona spory wpływ na politykę kadrową w sektorze zdrowia w Polsce.

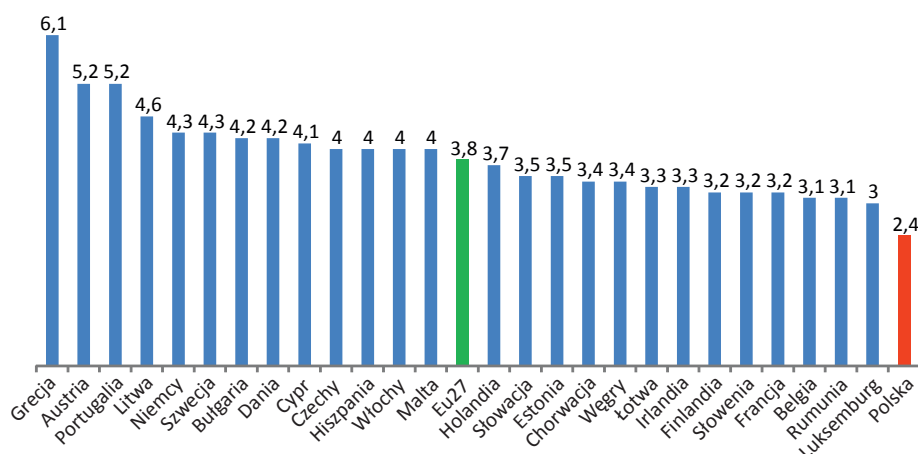
■ Cel pracy

Niniejsza praca odwołuje się do wybranych zagadnień podjętych w pracy dyplomowej stworzonej przez autorkę w latach 2020–2022 podczas studiów podyplomowych MBA w Sektorze Ochrony Zdrowia w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie. Głównym celem jest analiza procesu powstawania nowego zawodu medycznego – asystenta lekarza, jako potencjalnej możliwości niwelowania braków kadrowych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce. W pracy zaprezentowano dane dotyczące liczby lekarzy w Polsce na tle innych państw europejskich. Omówiono także wybrane propozycje związane z próbami poprawy sytuacji w tym zakresie. Odwołano się również do systemu lecznictwa w Stanach Zjednoczonych, gdzie asystenci lekarzy funkcjonują od wielu lat. Ponadto przedstawiono obecny zarys propozycji zawodu asystenta lekarza w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem specjalizacji w zakresie „chirurgicznej asysty lekarza”. W pracy zaprezentowano także wyniki autorskiego badania dotyczące nastawienia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do nowych zawodów medycznych oraz odniesiono się do pochodzących głównie ze stron internetowych opinii środowiska medycznego w tym zakresie. W końcowej części pracy przedstawiono wnioski i rekomendacje dotyczące dalszych działań związanych z wprowadzaniem nowych zawodów medycznych w kraju.

■ Deficyt lekarzy w Polsce i próby niwelowania skutków tego zjawiska

Z informacji dostępnych w Centralnym Rejestrze Lekarzy RP prowadzonym przez Naczelną Izbę Lekarską wynika, że na dzień 30 września 2021 r. zarejestrowanych i aktywnych zawodowo w Polsce było 145 666 lekarzy oraz 39 229 lekarzy dentyistów [1]. Znacznym utrudnieniem dla precyzyjnego określenia stanu faktycznego jest rozbieżność w publikowanych w kraju i za granicą statystykach. Wartości prezentowane przez Naczelną Izbę Lekarską znacznie różnią się od danych sprawozdanych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), która we współpracy z Komisją Europejską publikuje informacje na temat liczby lekarzy w krajach UE. Z informacji udostępnionych w raporcie OECD wynika, że w 2018 r. w Polsce na jeden tysiąc mieszkańców przypadało 2,4 lekarza [2] (rys. 1). Jest to najniższa wartość spośród wszystkich uwzględnionych w zestawieniu państw europejskich (nie tylko państw członkowskich Unii Europejskiej). Dla porównania: w Grecji w tym samym czasie współczynnik ten wynosił 6,1, w Austrii 5,2, a w Portugalii 5,0. Średnia dla wszystkich objętych analizą państw wyniosła 3,8. Raport zwraca też uwagę na fakt, że w innych krajach średnia ta w ciągu ostatnich dwóch dekad znacznie wzrosła, niestety tendencja ta nie dotyczyła Polski.

Istniejącą rozbieżność Ministerstwo Zdrowia tłumaczy faktem, że dane przekazywane do OECD są niepełne. Resort szacuje, że do międzynarodowego rejestru trafia około 70% danych dotyczących rzeczywistej liczby lekarzy w Polsce [3]. Gdyby nawet wziąć pod uwagę bardziej optymistyczne dla naszego kraju wartości, które wynikają z rejestru prowadzonego przez Okręgowe Izby Lekarskie w Polsce, liczba lekarzy przypadających na jednego mieszkańca nie byłaby wówczas najniższą w Europie, ale klasyfikowałaby nas w pobliżu średniej europejskiej. Nie dysponując jednak informacją co do kompletności danych przekazywanych przez inne kraje, dość ryzykownie jest twierdzić, że liczba lekarzy w Polsce oscyluje wokół



Rysunek 1. Liczba praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców w 2018 r. w krajach Unii Europejskiej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [2].

średniej europejskiej. Przy uszczelnieniu transferu danych ze wszystkich sprawozdających państw średnia europejska prawdopodobnie wzrosłaby znowu do poziomu, od którego Polska bardzo odbiega.

We wrześniu 2021 r. minister Adam Niedzielski poinformował o projekcie Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Edukacji i Nauki, który zakłada wprowadzenie możliwości kształcenia lekarzy w szkołach zawodowych [4]. Środowisko lekarskie w zdecydowanej większości nie poparło tego pomysłu. W oświadczeniu z dnia 4 października 2021 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśliło:

Wykształcenie lekarza to nie tylko wyposażenie go w kompetencje czysto zawodowe, ale także wychowanie w szerokim kontekście humanistycznym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na postawę etyczną, dlatego też ten rodzaj wykształcenia możliwy jest do uzyskania tylko w warunkach uniwersyteckich. Zapewnienie odpowiedniej liczby dobrze wykształconych lekarzy i lekarzy dentystów wymaga wielokierunkowej kadry akademickiej, zarówno teoretyków, jak i klinicystów. Kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów wymaga ponadto solidnego zaplecza klinicznego, pracowni, zakładów badawczych, laboratoriów, odpowiedniego sprzętu, które mogą być właściwie zapewnione jedynie w dużych ośrodkach miejskich [5].

W odpowiedzi na argumenty przeciwko nowelizacji ustawy jej zwolennicy tłumaczą, że proponowane zmiany wymuszone zostały przez braki kadrowe. W kraju według szacunków obu resortów brakuje nawet kilkadziesiąt tysięcy lekarzy. Nie ma innej możliwości uzupełnienia braku na rynku lekarskim jak poprzez zwiększenie liczby kształconych lekarzy, przy zachowaniu wszelkich najwyższych standardów – podkreślali w swoich licznych wypowiedziach zarówno szef MZ, jak i MEiN [6]. Minister Adam Niedzielski zaznaczył, że standard kształcenia lekarzy będzie utrzymany bez względu na to, gdzie ono będzie się odbywać. Innym rozwiązaniem mającym posłużyć poprawie sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia jest program stypendialny adresowany do studentów medycyny. Możliwość finansowania studiów medycznych z kredytów wprowadziła przyjęta w listopadzie 2021 r. nowelizacja ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz zmianie niektórych innych ustaw*. Według szacunków wiceministra zdrowia Piotra Brombera w pierwszym roku obowiązywania przepisów z kredytów skorzystać może nawet około 7 tysięcy studentów medycyny [7]. Koszt kształcenia na kierunku lekarskim to wydatek od 200 do 250 tys. złotych [8]. Wielu lekarzy po odbyciu studiów nie podejmuje pracy w Polsce, chociaż według ministra Brombera liczba lekarzy, którzy decydują się na pracę za granicą, w ostatnich latach spada [8]. Ministerstwo Zdrowia podaje, że lekarze, którzy ukończyli nieodpłatne studia, a także pobrali zaświadczenie z Centralnego Rejestru Lekarzy i Dentystów oraz wyjechali do pracy w UE, w latach 2004–2019 kosztowali budżet państwa, a więc również polskiego podatnika, ok. 4 miliardy złotych [9]. Ustawodawca proponuje, aby wszyscy lekarze, którzy skończyli nieodpłatne studia w Polsce, mieli obowiązek ich późniejszego odpracowania w publicznej

służbie zdrowia. Przewiduje się, że to działanie ograniczy wyjazdy młodych lekarzy wykształconych w Polsce do pracy w innych państwach.

■ Nowe zawody medyczne jako antidotum na brak lekarzy

Biorąc pod uwagę utrwalanie się niekorzystnych zmian społeczno-demograficznych, można spodziewać się, że zapotrzebowanie na kadrę medyczną będzie stale rosło. Zmiany demograficzne polegające na stałym wzroście liczby osób będących w wieku senioralnym są olbrzymim problemem, wobec którego stoją wszystkie kraje wysoko rozwinięte. Na całym świecie dostrzeżono konieczność budowania kompetencji zdrowotnych wśród społeczeństwa i przekierowano na ten cel znaczne sumy pieniędzy i zasobów kadrowych. Podkreślane przez wszystkich zbyt duże obciążenie lekarzy pracą administracyjną oraz koniecznością wykonywania prostych procedur medycznych jest zwyczajnym marnotrawieniem potencjału tej grupy zawodowej. W wielu krajach dostrzeżono konieczność przeniesienia części obowiązków lekarzy na przedstawicieli innych zawodów medycznych, np. na asystentów lekarzy.

■ Asystent lekarza w Stanach Zjednoczonych

Mówiąc o początkach tego zawodu, eksperci nawiązują do przełomu lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Jak podają polscy eksperci, którzy od lat przyglądają się procesowi powstawania tego zawodu w Stanach Zjednoczonych, pierwszymi asystentami chirurgów byli sanitariusze powracający do domów po wojnie w Wietnamie. Były to osoby dobrze wyszkolone, doświadczone, sprawne manualnie. Na bazie ich umiejętności wprowadzono w USA nowy zawód – asystent lekarza (PA, ang. *Physician Assistant*) [10]. Zawód ten bardzo szybko sprawdził się w tamtejszych szpitalach. Początkowo z usług asystentów korzystali głównie chirurdzy. Dziś asystenci lekarzy pracują w przeważającej większości dziedzin. Wielu asystentów jest wsparciem dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie zawód asystenta lekarza przeżywa rozkwit w takich krajach jak: Niemcy, Holandia, Wielka Brytania, Argentyna, Brazylia, Chile, Ghana, Indie, Izrael, od niedawna również w Gruzji [11]. Od wielu lat asystenci lekarzy praktykują w Kanadzie, Australii i w różnych krajach Europy [12].

Osoby chcące wykonywać zawód asystenta lekarza w Stanach Zjednoczonych muszą przebyć wieloletni proces nauczania. Część kursów i szkoleń można realizować już podczas pierwszej fazy kształcenia, czyli podczas studiów. Etap zdobywania doświadczenia w placówce medycznej jest niezbędnym warunkiem umożliwiającym wykonywanie zawodu. Szkolenia przeznaczone dla przyszłych asystentów lekarzy obejmują część przedkliniczną i kliniczną. Osoba dotychczas niezwiązana z medycyną musi zatem liczyć się z około ośmioletnim okresem potrzebnym na wykształcenie się w tym kierunku. W przypadku osób wykonujących już wcześniej zawody medyczne (np.

pielęgniarek) ze względu na posiadane już wykształcenie oraz przebyte kursy i szkolenia proces ten ulega znacznemu skróceniu i określany jest w granicach 26 miesięcy [12]. Również osoby z medycznym wykształceniem, żeby móc wykonywać zawód asystenta lekarza, powinny ukończyć akredytowany program PA oraz zdać egzamin certyfikujący. Praktykować mogą jedynie osoby posiadające licencję w stanie, w którym zamierzają pracować. Szkolenie przyszłych asystentów lekarzy dotyczy m.in. biochemii, mikrobiologii, fizjologii, patologii anatomii człowieka, farmakologii klinicznej, diagnostyki laboratoryjnej, nauki wywiadu lekarskiego, etyki, elementów medycyny rodzinnej, interny, chirurgii czy pediatrii. Dopiero po przepracowaniu około 2 tys. godzin w szpitalach i poradniach szkolenie to zakończone jest państwowym egzaminem kwalifikacyjnym [13].

Sektorowa Rada ds. Kompetencji wyjaśnia, że asystenci lekarzy definiowani są w USA jako samodzielni pracownicy systemu ochrony zdrowia, ich prawa i obowiązki regulowane są przez prawo stanowe, a praca nadzorowana jest przez lekarzy nadzorujących. Między lekarzami a asystentami medycznymi zawierane są indywidualne umowy, uwzględniające posiadane przez asystentów kwalifikacje i umiejętności [12]. Umowy te są bardzo precyzyjne i dotyczą wykonywania konkretnych procedur medycznych. Wszystkie porozumienia są rejestrowane. Ten sam dokument przygotowany przez Radę odnosi się również do liczby asystentów. W 2018 r. w Stanach Zjednoczonych liczba praktykujących asystentów medycznych przekroczyła 100 tys. i nadal rośnie [12]. Jeśli chodzi o perspektywy zatrudnienia w tym zawodzie w ciągu najbliższej dekady, to prognozy wyglądają bardzo optymistycznie. Na stronie internetowej rządu Stanów Zjednoczonych zamieszczono informację, że w 2030 r. przewidywane zatrudnienie asystentów lekarzy w USA wzrośnie względem roku 2020 aż o 31% [14] (rys. 2).

Określający perspektywy zatrudnienia amerykańscy eksperci podają, że zwiększające się zapotrzebowanie na asystentów lekarzy w Stanach Zjednoczonych związane jest z rosnącą liczebnie i starzejącą się populacją, co generuje ogólny wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne. Wraz ze wzrostem liczby zachorowań na choroby przewlekłe pacjenci poszukują wysokiego poziomu opieki

z wykorzystaniem najnowszych technologii i terapii. Przewiduje się także, że zespołowe modele opieki będą nadal ewoluować, a ich formuła będzie się upowszechniać. Stany Zjednoczone są na etapie rozszerzania procedur dopuszczalnych do wykonywania przez asystentów, także firmy ubezpieczeniowe rozszerzają zakres świadczeń dla tej grupy zawodowej [15].

Konceptualizacja zawodu asystenta lekarza w Polsce

Inspiracją dla pomysłu wprowadzenia asystentów lekarzy do polskiego systemu ochrony zdrowia są głównie doświadczenia odnotowane w Stanach Zjednoczonych. W Polsce pozytywne opinie w zakresie utworzenia tego zawodu wyrażają przede wszystkim lekarze, którzy mieli możliwość zapoznania się z pracą asystentów za granicą, zwłaszcza w USA, i to głównie od nich środowisko medyczne dowiadyuje się zarówno o specyfice, przydatności, jak i możliwościach „zagospodarowania” tego zawodu.

Pierwsza oficjalna, zrealizowana na szerszą skalę dyskusja na temat celowości i prawomocności ustanowienia zawodu asystenta lekarza w Polsce miała miejsce w maju 2008 r. Kolejny raz (w skali kraju) do pomysłu powrócono jednak dopiero w 2017 r. Od tego momentu temat znalazł miejsce wśród aktualnych w sektorze ochrony zdrowia zagadnień. Eksperti ze Śląskiego Centrum Chorób Serca przy współpracy z doświadczonymi partnerami, głównie ze Stanów Zjednoczonych, opracowali już w tamtym okresie projekt nowej profesji – asystenta lekarza [12]. W grudniu 2018 r. podczas posiedzenia Sektorowej Rady ds. Kompetencji w Warszawie zespół prof. Zembali zaprezentował wstępny, jednocześnie dość mocno skonkretyzowany projekt nowego zawodu medycznego w Polsce. W ślad za zainicjowanymi przez samo środowisko lekarskie działaniami minister Adam Niedzielski zlecił członkom Polskiej Grupy Roboczej do spraw Asystentów Lekarzy (ang. Polish Working Group in PA) opracowanie programu szkolenia asystentów. W skład Grupy wchodzi m.in. prof. Grzegorz Wallner, prof. Piotr Knapik i dr Małgorzata Sobotka-Gałązka. W zaproponowanym programie dotyczącym tylko „chirurgicznej asysty lekarza” przewidziano 2,5-letnie szkolenia dla pielęgniarek, ratowników



Rysunek 2. Prognozowany wzrost zatrudnienia w wybranych zawodach medycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie [14].

medycznych i fizjoterapeutów. W ramach szkolenia przewidziano, że 60% zajęć dotyczyć będzie chirurgii, a 40% intensywnej terapii [10]. W koncepcji, która nabrała coraz bardziej realnych kształtów, na obecnym etapie nie powstał jeszcze nowy zawód. Specjalizacja „chirurgiczna asysta lekarza” została zaszeregowana do kategorii dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia. W wywiadzie dla „Pulsu Medycyny” w sierpniu 2021 r. minister Adam Niedzielski zaznaczył, że aktualnie mamy do czynienia z propozycją „podniesienia kwalifikacji świetnie już wyszkolonych i doświadczonych ratowników medycznych i pielęgniarek” [16]. Minister wyjaśnił, że asystent lekarza to raczej stanowisko pracy, a nie nowy zawód. Osoby chcące uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie „chirurgiczna asysta lekarza” muszą zdać państwowy egzamin specjalizacyjny. Co do zasady, aby do niego przystąpić, należy ukończyć specjalizacyjne szkolenie podyplomowe. Zgodnie z rozporządzeniem do szkolenia specjalizacyjnego mogą przystąpić osoby, które mają tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera albo równorzędny uzyskany na kierunkach: pielęgniarstwo, fizjoterapia lub ratownictwo medyczne. Absolwenci dietetyki, technologii żywności i żywienia człowieka, zarządzania, zdrowia publicznego – pod warunkiem ukończenia studiów I stopnia i uzyskania tytułu zawodowego licencjata na kierunku studiów z zakresu ratownictwa medycznego lub pielęgniarstwa [17]. Obecnie realizowany jest pilotaż edukacji asystentów chirurgicznych. W tym miejscu warto przypomnieć, że jednostką, która pierwsza zdecydowała się na utworzenie stanowiska przeznaczonego do pomocy lekarzom, jest Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu. W placówce tej lekarze wykonujący zabiegi kardiochirurgiczne mogą liczyć na wsparcie ratowników medycznych pełniących funkcję typowo asystencką. Asystenci pojawili się także w Klinicznym Oddziale Ratunkowym w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Ich pracę pozytywnie oceniają lekarze, którzy z nimi współpracują. Satisfakcję z pracy odczuwają też sami asystenci. Natomiast otwarty na współpracę szpital deklaruje gotowość do dzielenia się swoimi doświadczeniami [18].

Badania własne

W tej części pracy przedstawiono wyniki badań dotyczących przekonań środowiska medycznego względem planów wprowadzenia nowych zawodów medycznych.

Pierwsze z przedstawionych badań zostało przeprowadzone w środowisku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z południowej części województwa lubuskiego. Faza empiryczna, polegająca na zgromadzeniu materiałów pochodzących z ankiet, została zrealizowana na przełomie października i listopada 2021 r. Biorących udział w badaniu lekarzy poproszono o ustosunkowanie się do planów wprowadzenia nowych zawodów medycznych. Drugie z badań zrealizowane zostało w grudniu 2021 r. i dotyczyło poznania dostępnych w przestrzeni publicznej opinii związanych z nową specjalizacją „chirurgiczna asysta lekarza”.

Badanie 1: badanie pilotażowe „Postawy lekarzy wobec planów wprowadzenia do polskiego systemu ochrony zdrowia nowych zawodów medycznych i okofomedycznych ze szczególnym uwzględnieniem zawodu – asystent lekarza”

Zanim asystenci lekarzy zostaną wprowadzeni do polskich szpitali (a wszystko wskazuje, że jest to kwestią czasu), warto przeprowadzić eksplorację systemu krajowej opieki medycznej, aby poznać zarówno oczekiwania wobec tego zawodu, jak i możliwości racjonalnego wykorzystania potencjału tej grupy zawodowej.

Zastosowana metoda i technika badawcza

Część empiryczna analizy wykorzystuje metodę sondażową (ang. *survey*). Zastosowano ankietę internetową. Jest ona relatywnie prostym sposobem prowadzenia badań, daje możliwość samodzielnego wypełnienia ankiety w wybranym przez uczestnika czasie, pozwala na dotarcie do wielu respondentów oraz znacząco skraca czas realizacji badania. Wadą ankiety internetowej jest przede wszystkim niski poziom zwrotów, brak możliwości zweryfikowania tożsamości osób badanych, problemy wynikające z niewystarczających kompetencji informatycznych osób ankietowanych. Innym mankamentem jest prawidłowość, zgodnie z którą badacz nie ma zasadniczo wpływu na zwiększenie odsetka uzyskiwanych rozesłanych kwestionariuszy. Pewnym sposobem na zmotywowanie badanych do wypełnienia i odesłania ankiet jest stosowanie bonusów w postaci upominków lub (w badaniach marketingowych) gratyfikacji pieniężnych. Niestety ze względu na charakter badania wykorzystanie tej opcji nie było możliwe. Jednakże zdecydowano się na wybór tej metody, ponieważ jest prosta w zastosowaniu, zakłada stosunkowo łatwy dostęp do badanych osób, które są zróżnicowane przestrzennie, oraz gwarantuje szybkość opracowania wyników.

Ze względu na niewielki odsetek zwróconego materiału badawczego uzyskane wyniki przedstawione będą jedynie w postaci uogólnionej (w tym proporcje poszczególnych odpowiedzi bez cytowania szczegółowych danych procentowych). Zaleca to literatura metodologiczna [19].

Cel badania

Celem badania było poznanie przekonań lekarzy wobec planów wprowadzenia nowych zawodów medycznych i niemedyycznych ze szczególnym uwzględnieniem zawodu asystenta lekarza. Założono, że uzyskane odpowiedzi będą pomocne przy wyznaczeniu kierunków dla dalszych działań w obszarze wzmacniania kadr medycznych. Przedmiotowe badanie przeprowadzone zostało przede wszystkim w celach poznawczych, miało umożliwić poznanie przekonań przedstawicieli środowiska medycznego w obszarze wyznaczonym założeniami badania. Na obecnym etapie wiadomo, że w celu postawienia pełnej diagnozy oraz przygotowania kompleksowych rekomendacji w przedmiotowym zakresie

niezbędna jest dogłębna analiza całego środowiska i zachodzących w jego obrębie zmian.

Cele szczegółowe:

1. Zbadanie poziomu zapotrzebowania na wprowadzenie nowych zawodów medycznych w opinii lekarzy.
2. Poznanie przekonań specjalistów wobec planów wprowadzenia nowego zawodu medycznego – asystenta lekarza.
3. Stworzenie inwentarza potrzeb i oczekiwań sygnalizowanych przez lekarzy, które mogłyby zaspokoić asystenci lekarzy.
4. Identyfikacja obszarów działalności, które lekarze są skłonni przekazać innym profesjonalistom medycznym (asystentom lekarzy).
5. Poznanie nastawienia lekarzy wobec finansowania pracy asystentów lekarzy.

Tezy badania

1. Lekarze oczekują wsparcia ze strony systemu opieki zdrowotnej, głównie w zakresie czynności administracyjno-biurowych.
2. Specjalistami, którzy najprawdopodobniej będą najbardziej zainteresowani możliwością współpracy z asystentami, są specjaliści medycyny rodzinnej.
3. Medycy są zorientowani w planach utworzenia zawodu asystenta lekarza w Polsce, ale nie orientują się w realiach funkcjonowania tego zawodu w innych krajach.
4. Znaczna część lekarzy obawia się, że asystenci przyczynią się do „felczeryzacji” medycyny.
5. Środowisko lekarskie obawia się odpowiedzialności za pracę asystentów, których lekarze będą nadzorować.
6. Środowisko medyczne nie chce partycypować w kosztach opłacania pracy grupy zawodowej asystent lekarza.

Realizacja badania

Zaproszenie do udziału w badaniu skierowane zostało do wszystkich lekarzy POZ z południowej części województwa lubuskiego. W celu ustalenia liczby oraz danych ośrodków POZ skorzystano z bazy udostępnionej przez Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia [20]. Do przychodni, których adresy mailowe ustalono na podstawie dostępnych w internecie danych (128 placówek), wysłane zostały kwestionariusze ankiety w formie elektronicznej. Do pozostałych 37 ośrodków kwestionariusz ankiety wysłano tradycyjną pocztą. Łącznie na potrzeby badania rozesłanych zostało 165 egzemplarzy ankiet, co w założeniu badania pozwalało uzyskać wiarygodny i licznie wystarczający materiał empiryczny. Osoby zarządzające placówkami poproszono o przekazanie kwestionariusza ankiety wszystkim lekarzom zatrudnionym w placówce. Korespondencja wysłana w formie papierowej zawierała list przewodni, kopertę zwrotną wraz ze znaczkiem oraz kilka egzemplarzy kwestionariusza. Ankiety w wersji papierowej odesłało 10 spośród 37 placówek. Biorąc pod uwagę liczne doświadczenia badaczy społecznych, wartość ta jest wartością przewidywaną, ujawnioną we

wcześniej realizowanych badaniach [21, 22]. Natomiast ankieta w formie elektronicznej nie została zwrócona przez żadnego świadczeniodawcę. Wobec braku zwrotnych maili z wypełnionymi ankietami w celu wyjaśnienia sytuacji zatelefonowano do kilku wybranych placówek. Niestety w żadnej z nich nie uzyskano informacji na temat otrzymania lub nieotrzymania ankiety. Osoby odbierające telefon nie potrafiły lub nie chciały podać adresu mailowego, pod który ewentualnie można byłoby wysłać raz jeszcze kwestionariusz. Nie były także skłonne do połączenia z praktykującymi w ośrodku lekarzami, co uniemożliwiło ponowne zwrócenie się z prośbą o wypełnienie ankiet. Z przeprowadzonego badania wynikają też pewne, niebędące przedmiotem badania, ale dość istotne konkluzje: 1) podstawowa opieka zdrowotna jest w małym stopniu z informatyzowana, 2) pracownicy „pierwszej linii” (osoby rejestrujące) nie są skłonni do pracy w środowisku komputerowym, a przynajmniej nie wyrażają chęci kooperacji z osobami „z zewnątrz”, 3) lekarze potrzebują wsparcia w zakresie czynności administracyjno-biurowych, na które – jak wskazuje nawet personel pomocniczy – nie mają czasu.

Omówienie wyników badania

Pierwsze, inicjujące pytanie dotyczyło przekonań lekarzy na temat konieczności wprowadzenia nowych zawodów medycznych i okołomedycznych do polskiego systemu ochrony zdrowia. Na to pytanie twierdząco odpowiedziało blisko trzy czwarte ankietowanych. Odpowiedzi negatywnej, tj. „raczej nie” i „zdecydowanie nie”, udzielił co siódmy z respondentów. Znikoma liczba lekarzy nie miała na ten temat zdania. Uzyskane w tym pytaniu odpowiedzi wskazują na to, że przeważająca część lekarzy jest zdecydowanie za wprowadzeniem zawodu asystent lekarza, co oznacza, że dostrzegają w tym szansę na odciążenie od części obowiązków służbowych. Osoby, które odpowiedziały na pytanie twierdząco, zostały poproszone o wskazanie zawodów, które według nich powinny zostać wprowadzone do polskiego systemu ochrony zdrowia. Respondenci mogli wskazać na wszystkie cztery wymienione w ankiecie zawody (asystent lekarza, asystent pielęgniarki, koordynator, koder medyczny), a także zaproponować inny, nieujęty w ankiecie zawód. Z tej ostatniej możliwości nie skorzystał żaden z ankietowanych. Nikt nie zaznaczył też zawodu: koder medyczny. Natomiast co piąty z lekarzy przy pozycji koder medyczny naniósł zapytanie: „kim jest koder medyczny”? Wskazuje to na brak wiedzy w zakresie stanowiska pracy, które funkcjonuje obecnie głównie w szpitalach. Spośród zaproponowanych zawodów najczęściej lekarzy wybrało zawód: asystent lekarza. Blisko cztery piąte ankietowanych uważa, że warto wprowadzić ten zawód. Za wprowadzeniem zawodu: koordynator pacjenta opowiedział się co trzeci z biorących udział w badaniu lekarzy. Natomiast tylko co trzynasty lekarz uznał, że warto rozważyć wprowadzenie zawodu: asystent pielęgniarki. Odpowiedzi udzielone w tym pytaniu pokazują, że biorący udział w badaniu lekarze upatrują największą potrzebę wsparcia wykonywanego przez nich zawodu

oraz właściwie nie widzą takiej potrzeby w przypadku pielęgniarek. Respondenci zostali zapytani także o to, czy spotkali się z pracą asystentów lekarzy w innych krajach. W zakresie bezpośredniego kontaktu z zawodem asystent lekarza tylko niewiele ponad jedna dziesiąta biorących udział w badaniu lekarzy zetknęła się dotychczas z tym zawodem. Z uzyskanych wypowiedzi wynika, że miało to miejsce we Francji i w Wielkiej Brytanii. Lekarze, którzy odpowiedzieli na to pytanie twierdząco, wskazują na głównie administracyjny charakter pracy tej grupy zawodowej, wypowiadając się jednocześnie bardzo pozytywnie o swoich doświadczeniach w tym zakresie. Odpowiedź na to pytanie wskazuje, że niewielu polskich lekarzy spotkało się z pracą asystentów, a ci, którzy mieli ku temu okazję, zdecydowanie popierają tę profesję. Biorący udział w badaniu to specjaliści z zakresu medycyny rodzinnej i/lub pediatrii. Jeden z lekarzy wskazał na posiadanie specjalizacji z zakresu medycyny pracy. Ankietowani lekarze zostali zapytani o opinię na temat wprowadzenia zawodu asystent lekarza do reprezentowanej przez nich dziedziny. Blisko cztery piąte respondentów popiera tę inicjatywę. Nie popiera lub raczej nie popiera mniej niż jedna piąta. Można zatem wnioskować, że lekarze POZ w znacznej mierze opowiadają się za wprowadzeniem tego zawodu do przychodni podstawowej opieki zdrowotnej.

Pierwsze z pytań otwartych umieszczonych w ankiecie dotyczyło czynności, które według lekarzy mógłby wykonywać asystent w reprezentowanej przez nich dziedzinie. Ankietowani poproszeni zostali o wymienienie przynajmniej trzech czynności – ich zdaniem najważniejszych. Czynności, które wskazali lekarze, to kolejno:

- prowadzenie dokumentacji medycznej,
- wypisywanie powtórzeń leków, wystawianie skierowań na badania i do specjalistów,
- wystawianie zwolnień lekarskich na zlecenie lekarza,
- przeprowadzanie wstępnego wywiadu z pacjentem,
- wypisywanie leków,
- wypisywanie wniosków na wyroby medyczne,
- wystawianie skierowań na testy COVID-19,
- obsługa szczepień na COVID-19 i grype,
- koordynacja leczenia,
- uzyskiwanie formalnie wymaganych zgód i podpisów pacjenta,
- podnoszenie kwalifikacji w zakresie znajomości kwalifikacji procedur medycznych,
- prowadzenie obsługi administracyjnej ośrodka.

W tej części badania lekarze poproszeni zostali także o podanie przynajmniej trzech kursów/szkoleń w zakresie kształcenia asystentów lekarzy. Wskazano następujące propozycje:

- szkolenie z zakresu obsługi komputera i programów przeznaczonych dla jednostek ochrony zdrowia,
- szkolenie z zasad prowadzenia dokumentacji medycznej,
- kurs z zakresu zasad prawidłowego żywienia i prowadzenia pacjentów z otyłością,
- kurs z zakresu wywiadu medycznego,
- kurs z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- szkolenie z RODO,
- kurs pierwszej pomocy,
- kurs asertywności,

- przeszkolenie z zakresu wypisywania leków,
- przeszkolenie z zasad refundacji leków.

Na pytanie o stosunek do finansowania pracy asystentów jedna piąta ankietowanych wskazała, że ich stosunek jest „dobry”. Być może tak sformułowana odpowiedź oznacza akceptację dla ponoszenia kosztów wynagradzania asystentów lekarzy. Taki sam odsetek respondentów sformułował odpowiedź na pytanie o finansowanie asystentów poprzez wybór wariantu „umowa o pracę”, co również pozwala na postawienie wniosku o możliwej do zaakceptowania przez lekarzy partycypacji w kosztach zatrudnienia asystentów. Natomiast dokładnie połowa lekarzy wskazuje, że finansowanie pracy asystentów pozostawać powinno w gestii NFZ lub MZ, określając to finansowanie jako „dodatkowe”. Nieliczna grupa ankietowanych nie miała zdania w tej kwestii. Lekarze zaproszeni do udziału w badaniu poproszeni zostali też o podzielenie się swoimi spostrzeżeniami lub uwagami dotyczącymi przedmiotu badania, na co zareagowały tylko dwie lekarki biorące udział w badaniu. Poniżej uzyskane w tym pytaniu odpowiedzi:

Lekarze są emerytami. Więcej zadań nie udźwigną, nawet gdyby za to płacono. Ten system jest już o krok od załamania. (Lekarka, przedział wiekowy 51–65 lat, POZ, Lubusko, woj. lubuskie)

Cieszę się z powodu zajęcia się tą sprawą. Mam obawy, że dodatkowy pracownik będzie usprawiedliwieniem do wzrostu biurokracji. (Lekarka, przedział wiekowy: powyżej 65 lat, POZ, Świebodzin, woj. lubuskie)

Wnioski z badania

Lekarze medycyny rodzinnej w zdecydowanej większości wyrażają aprobatę dla pomysłu wprowadzenia nowych zawodów medycznych. Od przedstawicieli tego zawodu oczekują przede wszystkim wsparcia w zakresie czynności administracyjno-biurowych. Lekarze rodzinni są skłonni sędować na swoich asystentów także część zadań związanych z prostymi procedurami medycznymi, takimi jak przeprowadzanie wywiadu lekarskiego, pomiar ciśnienia krwi czy określenie poziomu cukru we krwi. Od asystentów lekarze POZ oczekują również wsparcia w zakresie prowadzenia profilaktyki, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Być może, biorąc pod uwagę pozytywne nastawienie ankietowanych lekarzy, wprowadzanie asystentów do polskiego systemu ochrony zdrowia należałoby zacząć właśnie od tej specjalizacji.

Badanie 2: „Opinie środowiska medycznego na temat nowej specjalizacji mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, tj. chirurgicznej asysty lekarza”

Badanie, którego wyniki zaprezentowane zostały w tej części pracy, dotyczy nowej specjalizacji: chirurgicznej asysty lekarza (ChAL). Warto wyjaśnić, że wbrew powszechnemu rozumieniu tej kwestii specjalizacja ta nie jest tożsama z zawodem asystent lekarza. Ponieważ jednak w obu

profesjach upatruje się wielu cech wspólnych, z których najważniejszą jest wsparcie lekarzy, analiza dostępnych w opinii publicznej wypowiedzi w zakresie ChAL może być ważnym uzupełnieniem omówionego wcześniej badania oraz nadać tematowi szerszy kontekst poznawczy.

Cel badania

Postawiony w tym badaniu cel jest w znacznym stopniu zbieżny z celem badania omówionego wcześniej. W obu analizach chodzi zasadniczo o określenie postaw środowiska medycznego wobec planu wprowadzenia nowych zawodów medycznych.

Analiza wypowiedzi zebranych z prasy i internetu stanowi istotne źródło informacji na temat nastawienia środowiska do nowej specjalizacji, ale jednocześnie może posłużyć jako głos (przede wszystkim) chirurgów w sprawie „asystentów lekarzy” w ogóle. Omawiane badanie zrealizowane zostało metodą *desk research* polegającą na przeglądzie i usystematyzowaniu w jednym zbiorze różnego rodzaju danych zebranych najczęściej na stronach internetowych. Zaletą tej metody jest możliwość dotarcia do maksymalnie zróżnicowanej grupy źródeł, co zapewnia wielowątkowy obraz analizowanego zjawiska, ponadto szybkość dotarcia do źródeł. Konsekwencją wyboru tej metody jest konieczność analizy zebranego materiału: ze względu na przyjęte założenia może ona mieć charakter ilościowy lub jakościowy. W niniejszym badaniu skupiono się na aspekcie treściowym, umożliwiając zebranie w pięciu blokach tematycznych najbardziej interesujących wypowiedzi lekarzy.

Na użytek przedmiotowej pracy wybrano kilkanaście spośród kilkudziesięciu ogólnodostępnych opinii. Po analizie zebranego materiału dokonano kategoryzacji opinii pod kątem budzących najczęściej wątpliwości zagadnień. Wytypowano pięć kategorii problemowych:

- 1) sens wprowadzenia nowej specjalizacji,
- 2) odpowiedzialność za pracę i ewentualne błędy asystentów lekarzy,
- 3) obawy o „felczeryzację” medycyny,
- 4) aprobata dla pomysłu kształcenia (tylko) chirurgów,
- 5) uprawnienia do „stania za stołem operacyjnym”.

W następnym etapie zestawiono zaobserwowane w danej kategorii najbardziej przeciwstawne (tab. 1) sądy.

Wnioski z badania

Uzyskany materiał ujawnia, iż w zdecydowanej większości postawy lekarzy chirurgów wobec planów wprowadzenia nowego zawodu: asystent lekarza – nie są przychylnie. Mimo iż obecnie zdecydowano się jedynie na utworzenie nowej specjalizacji (nie zawodu), zarezerwowanej dla ściśle określonej grupy zawodowej, środowisko chirurgów nie akceptuje propozycji Ministerstwa Zdrowia i raczej trudno oczekiwać, że zaplanowany na 2022 r. pilotaż kształcenia ChAL przyniesie w tej kwestii zmianę nastawienia. W powszechnym odbiorze lekarze chirurgowie obawiają się, że asystent będzie w jakimś sensie mógł wyręczać lekarza

podczas jego pracy, a nie jedynie stanowić jego pomoc. Zagadnieniem, które budzi wśród lekarzy chirurgów największe obawy, jest kwestia odpowiedzialności za pracę asystentów. Być może jednak specjalizacje zabiegowe, od których zaczęto zmiany, nie są akurat tymi, w których to rozwiązanie znajdzie zastosowanie.

Ze względu na inicjacyjny charakter projektu trudno rozstrzygać bardziej szczegółowe kwestie związane z nastawieniem środowiska chirurgów do zawodu ChAL, niemniej przedstawiony materiał wyznacza główne obszary dyskusji, które warto będzie uwzględnić w dalszych pracach nad wprowadzeniem zawodu.

Wnioski końcowe i rekomendacje

1. Wysokie **kompetencje zawodowe** nie mogą leżeć tylko po stronie lekarzy. Posiadanie współczesnych, specjalistycznych kompetencji staje się w coraz większym stopniu wymogiem systemowym dotyczącym pracowników wszystkich szczebli i profesji. Z tego względu zorientowanie całości personelu medycznego na konieczność uzupełniania swych kwalifikacji o nowe uprawnienia i kompetencje uznać można za współczesny, systemowy wymóg zwiększający efektywność służby zdrowia.
2. Jednym z głównych powodów, dla których zawód asystenta budzi aktualne dyskusje zwłaszcza wśród lekarzy, jest kwestia odpowiedzialności. W przypadku profesji medycznych i proponowanej ściślejszej współpracy między lekarzem a jego asystentem **odpowiedzialność** ta skutkuje bezpieczeństwem, zdrowiem i życiem chorych. Precyzyjny **podział ról i kompetencji zawodowych** jest w tej sytuacji bezsporny. Kwestia odpowiedzialności wymaga zatem stworzenia bardzo konkretnych regulacji w tym zakresie. Wszyscy uczestnicy procesu leczenia, w tym pacjenci, powinni znać zasady odpowiedzialności pomiędzy realizującymi świadczenia medyczne pracownikami.
3. Asystenci lekarzy i inni wspomagający pracownicy powinni mieć świadomość, że posiadane przez nich **kwalifikacje i umiejętności są ograniczone**. Nie należy oczekiwać, że będą posiadali wiedzę umożliwiającą im samodzielne leczenie pacjentów. Należy jednak zachęcać ich do korzystania ze swoich zdolności obserwacji, analizy i rozwiązywania problemów w celu pożądanego wsparcia lekarzy. Asystenci powinni przy tym wiedzieć, że mogą, a nawet powinni prosić o pomoc lekarza. Natomiast lekarz nadzorujący powinien być zawsze gotowy do kontaktu ze swoim asystentem. Bardzo istotne jest, aby **„wzajemnie dopasować” lekarza i asystenta**. W celu wyeliminowania pomyłek spowodowanych błędami w przepływie informacji należy na samym początku ustalić kanały komunikacji w każdym tandemie. Tylko zrozumienie i wspólna akceptacja zasad współpracy przez obie zainteresowane strony stanowi gwarancję efektywnej współpracy.
4. Dyskusja dotycząca konieczności zmian w obszarze kadr medycznych już się rozpoczęła. Dość niekorzystnym stanem jest nadmierne, nieuzasadnione

Tabela 1. Wybrane dostępne w przestrzeni publicznej wypowiedzi dotyczące nowej specjalizacji „chirurgiczna asysta lekarza” oraz planów wprowadzania nowego zawodu medycznego: asystent lekarza

1. Sens wprowadzenia nowej specjalizacji (dublowanie specjalizacji)	
<p>„W Polsce istnieje już taka specjalizacja jak pielęgniarstwo chirurgiczne i pielęgniarstwo operacyjne. Ale tak to wychodzi, gdy rząd chce zabłysnąć, a jednocześnie ignoruje głos środowiska lekarskiego. (...) Braki kadrowe można rozwiązać w chirurgii w o wiele prostszy i niewymagający dodatkowych nakładów sposób – zatrudniając sekretarki medyczne, które uwolniłyby nas od tzw. papierologii. W tym czasie my moglibyśmy spokojnie realizować plan operacyjny”. (Stowarzyszenie Porozumienie Chirurgów SKALPER) Źródło: [23].</p>	<p>„Asystenci lekarzy są kształceni inaczej niż pielęgniarki czy ratownicy. Na sali operacyjnej pielęgniarka chirurgiczna jest instrumentariuszką, nie będzie trzymać haków. To robią często chirurdzy lub lekarze rezydenci. Ale wbrew temu, co twierdzą niektórzy chirurdzy, gdy pojawiają się asystenci, nie zagrażą chirurgom. Obecnie rezydent, trzymając haki, może tylko obserwować, gdy odda haki asystentowi, będzie bardziej aktywnie uczestniczył w operacjach i szybko stanie się samodzielny”. (Jarosław Fedorowski – lekarz, Prezes Polskiej Federacji Szpitali) Źródło: [10].</p>
2. Odpowiedzialność za pracę i ew. błędy asystentów lekarzy	
<p>„Proponowane zmiany nie tylko nie odciążają chirurgów w pracy, ale dodatkowo będą wymagać od nich sprawowania nadzoru i ponoszenia odpowiedzialności za pracę asystentów”. (Paweł Czekalski – lekarz, Prezes OIL w Łodzi) Źródło: [24].</p>	<p>„To jest zawód samodzielny, ale asystent lekarza pracuje pod nadzorem i na odpowiedzialność lekarza (<i>supervising physician</i>), a jego obowiązki i prawa są ściśle regulowane przez prawo stanowe (State Law), odrębne dla każdego ze stanów Ameryki Północnej”. UWAGI: wypowiedź dot. zawodu asystenta lekarza w USA, ale odnosząca się do pytań dotyczących odpowiedzialności za pracę asystentów w Polsce. (Marian Zembala – kardiochirurg, Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze) Źródło: [10].</p>
3. Obawy o „felczerizację” medycyny	
<p>„Konieczne jest przede wszystkim zabieganie o zwiększenie liczby lekarzy oraz pielęgniarek i poprzez to wzmocnienie zasobów medycznych, nie zaś wprowadzanie kolejnych specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia o bliżej nieokreślonym programie i trybie kształcenia, co może doprowadzić do swego rodzaju „felczerizacji” medycyny”. (Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej) Źródło: [25].</p>	<p>„To jest szkolenie specjalizacyjne, czyli wprowadzona zostaje możliwość specjalizacji przez osoby z wykształceniem medycznym magisterskim. Specjalizacja będzie prowadzona w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (...). Nie ma mowy o felczerizacji medycyny! Mówimy natomiast o wzmocnieniu kompetencji już istniejących profesjonalistów medycznych, którzy poprzez współdzielenie kompetencji i ról mogą podnosić wydajność opieki zdrowotnej”. (Małgorzata Sobotka-Gałązka – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelnia Łazarskiego w Warszawie) Źródło: [26].</p>
4. Aprobata dla pomysłu kształcenia (tylko) chirurgów	
<p>„Jeśli chirurgów robiących specjalizację będzie więcej, to tym bardziej więcej będzie asysty w postaci właśnie uczących się chirurgów, którzy wykształcą się na tych właśnie samodzielnych, którym z kolei będą asystować kolejni uczący się chirurdzy. W tej sytuacji każda asysta, która nie będzie przekształcać się i uczyć na samodzielnego chirurga, to potencjalnie zmarnowane miejsce przy stole...” (Łukasz R. – lekarz medycyny estetycznej z Warszawy) Źródło: [23].</p>	<p>„Sami lekarze ten pomysł zarekomendowali i prosili o wdrożenie”. Adam Niedzielski – minister zdrowia Źródło: [16].</p>
5. Uprawnienia do „stania za stołem operacyjnym”	
<p>„Kompletny idiotyzm. Chirurg stojący przy stole ma mieć asystę młodszego kolegi, którego uczy podczas zabiegu. Bo czy gdy odejdzie na zasłużoną emeryturę, pielęgniarka z ratownikiem staną do zabiegu w roli głównego operatora. Jprd. Czy ktoś tam jeszcze myśli głową?” (Katarzyna W. z Częstochowy) Źródło: [23].</p>	<p>„Jestem instrumentariuszką w UK. Bardzo dobrze tutaj funkcjonuje zawód asystenta operacyjnego do przykładowo zabiegów laparoskopowych czy planowego cięcia cesarskiego. Tytuł taki można uzyskać po ok. rocznym kursie na uniwersytecie plus godziny praktyki. Istnieje również pozycja <i>ortho tech</i>, czyli asystenta wyspecjalizowanego w ortopedii i traumatologii. Wspomnę również, że USG planowe w szpitalu nie wykonują lekarze, a wyszkolone w tym kierunku osoby, również pielęgniarki i położne. Bez pomocy pielęgniarskich (czyt. <i>nursing assistant</i> bądź <i>healthcare assistant</i>) pracujących na każdym oddziale angielska służba zdrowia pewnie by nie była w stanie funkcjonować. Dobrze wyszkolone pomoce pielęgniarskie zastępują tzw. brudną pielęgniarkę na bloku, są również w stanie przygotować samodzielnie skomplikowany sprzęt do zabiegów planowych lub nagłych (...). (Anna Danuta, Horley England) Źródło: [23].</p>

Źródło: opracowanie własne.

przedłużanie debaty nad poszczególnymi kwestiami w tym zakresie. Efektywniejsze wydaje się **znalezienie kompromisu i rozpoczęcie działań** niż ich zaniechanie ze względu na możliwość niepowodzenia. Skoro część środowiska lekarskiego jednoznacznie optuje za pomysłem wprowadzenia zawodu asystenta, to być może warto skorzystać z towarzyszącego jej entuzjazmu, gdyż wynika on przede wszystkim z pozytywnych doświadczeń w tym względzie. Najprawdopodobniej doświadczenia te są na tyle solidne, by móc zbudować na ich podstawie obraz nowego zawodu medycznego, który w naturalny sposób z biegiem lat ulegać będzie odpowiadającym na potrzeby czasów przekształceń. Już **pierwsze doświadczenia w tym zakresie pozwalają na identyfikację pewnych problemów**, a tym samym mogą dostarczyć wiedzy, która będzie bardzo przydatna podczas wprowadzania asystentów w kolejne dziedziny.

5. W Polsce wciąż istnieją **bariery mentalne**, wynikające z braku doświadczeń środowiska medycznego ze współpracy z zawodem asystenta lekarza. Owe uprzedzenia powodują powstawanie nieuzasadnionych obaw o to, aby nowy zawód nie stawał się konkurencyjny wobec zawodu lekarza. Sektorowa Rada ds. Kompetencji, która od lat zajmuje się tym zagadnieniem, wyjaśnia, że obawy takie redukują się, a wręcz zanikają u osób, które zetknęły się z funkcjonowaniem tego zawodu, np. podczas odbytych w Stanach Zjednoczonych staży zawodowych. Ten wniosek potwierdzają także wyniki badania przeprowadzonego wśród lekarzy POZ. Warto podkreślić, że biorący udział w badaniu lekarze wyłącznie pozytywnie opisywali swoje doświadczenia związane z pracą asystentów, z którymi spotkali się, odbywając staż np. w Wielkiej Brytanii czy we Francji. Rozpowszechnienie **zwyczaju dzielenia się** swoimi, zwłaszcza unikatowymi, **doświadczeniami** daje innym szansę na zapoznanie i oswojenie się z nowym zjawiskiem, a co za tym idzie, również na rewizję własnych poglądów na jego temat.
6. Pracownicy zwłaszcza publicznej części sektora ochrony zdrowia nie są w większości zwolennikami zmian, choć jednocześnie bardzo często mówią o ich konieczności. Można wskazać wiele przykładów dokumentujących początkową niechęć, a następnie stopniową zmianę nastawienia do wprowadzanych, często kontrowersyjnych rozwiązań. **Blokada przed zmianami prowadzi do braku działania**. Przyczyną rozwoju przedsięwzięcia oraz wzrostu jakości świadczonych przez nie usług jest gotowość do zmian, o co z różnych powodów w sektorze ochrony zdrowia jest jednak bardzo trudno.
7. Kolejną kwestią, która ogranicza ludzi w nauce i akceptacji nowych sytuacji, jest przekonanie, że już „coś”, a najczęściej „wszystko” wiedzą. Czasami **doświadczenie czegoś nowego**, przed czym się wzbrania, **otwiera możliwości** najpierw percepcji, potem

konstruktywnego kwestionowania, w dalszym etapie bardzo często zaakceptowania zmian, a finalnie nawet dynamicznego dążenia do ich wprowadzenia. Przydatnym narzędziem służącym wypróbowaniu proponowanych zmian są pilotaże nowych rozwiązań organizacyjnych dość powszechnie stosowane w ostatnim czasie w krajowej opiece zdrowotnej. Personel, który wziął udział w pilotażu, potrafi wykazać się lepszą znajomością tematu, łatwiej mu przewidzieć i podzielić się opinią, w jaki sposób zmiana wpłynie zarówno na pacjentów, jak i na funkcjonowanie placówki. **Warto korzystać z doświadczeń innych**. Nieskorzystanie z doświadczeń placówek w Gdańsku i Zabrze byłoby marnotrawieniem szans na niskokosztowe pozyskanie wiedzy w tym zakresie.

8. W 2022 r. przewidziany jest pilotaż w zakresie kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych, którzy będą chcieli uzyskać specjalizację „chirurgiczna asysta lekarza”. Należy dołożyć wszelkich starań, by **maksymalnie wykorzystać ten czas**. Po jego zakończeniu powinny powstać rekomendacje dotyczące dalszej ewaluacji w kształceniu w tym zawodzie. Oszacowanie zapotrzebowania na nowe zawody medyczne, dookreślenie profili kompetencyjnych, opracowanie ścieżek kształcenia, ale także próba określenia wpływu proponowanych zmian na politykę kadrową w Polsce może pozwolić na racjonalne, efektywne i bezpieczne wprowadzenie nowych profesji do systemu ochrony zdrowia

■ Zakończenie

Deficyt kadr medycznych dotyczy nie tylko Polski. Pandemia dodatkowo obnażyła braki personelu w systemie ochrony zdrowia. Brakuje medyków, którzy są w stanie zaspokoić potrzeby zdrowotne społeczeństw. Ogromna część personelu przesunięta została na front walki z pandemią, która w bardzo dużym stopniu ograniczyła możliwości dotychczasowego schematu diagnostyki i leczenia w innych dziedzinach. Spodziewane dalsze mutacje wirusa oraz sytuacja krajowej służby zdrowia wymagają wdrożenia systemowych rozwiązań służących poprawie jego efektywności. Aktualnie brakuje personelu, który mógłby choć po części przejąć na siebie zadania, z którymi lekarze po prostu nie są w stanie poradzić już sobie sami. Obserwacje z innych państw pokazują, że wprowadzanie do systemu zdrowia nowych kategorii profesjonalistów medycznych pozwala na racjonalne wykorzystanie wysoko wykwalifikowanej kadry, co w dobie trwającej epidemii wirusa nabiera jeszcze większego znaczenia. Mimo iż leczenie zarezerwowane jest dla lekarzy, nie wyklucza możliwości współzastępowania kompetencji lekarskich z kompetencjami innych profesjonalistów medycznych.

1. Naczelna Izba Lekarska, informacje statystyczne, zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego, 2021, Centralny Rejestr Lekarzy, https://nil.org.pl/uploaded_files/1633418981_zawrzescien-zestawienie-nr-01.pdf (dostęp: 27.10.2021).
2. OECD, *Health at a Glance: Europe 2020*, 2020, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en (dostęp: 29.10.2021).
3. Majewska M., *Polska ma najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej*, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230> (dostęp: 30.10.2021).
4. Majewska M., *MZ potwierdza: będzie kształcenie lekarzy w szkołach zawodowych. Ostra reakcja środowiska*, <https://pulsmedycyny.pl/mz-potwierdza-bedzie-ksztalcenie-lekarzy-w-szkolach-zawodowych-ostra-reakcja-srodowiska-1128355> (dostęp: 3.10.2021).
5. *Stanowisko Nr 103/21/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 października 2021 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw*, <https://nil.org.pl/aktualnosci/5686-standowisko-pnrl-ws-zawodowek-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow> (dostęp: 5.10.2021).
6. *Nie ma innej możliwości uzupełnienia braku lekarzy niż zwiększenie liczby studentów*, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/8260729,czarnek-nie-ma-innejmozliwosci-uzupelnienia-braku-lekarzy-niz-zwiekszenie-liczby-studentow.html> (dostęp: 28.10.2021).
7. Zawada A., *Wiceminister zdrowia: Ponad 7 tys. studentów medycyny będzie mogło ubiegać się o kredyt na studia*, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/8305724,studenci-medycyny-kredyt-na-studia-piotr-bromber-wywiad-mz.html> (dostęp: 2.01.2022).
8. Kurzyńska E., *Ile kosztują studia medyczne? Sprawdziliśmy czesne na uczelniach*, <https://pulsmedycyny.pl/ile-kosztuja-studia-medyczne-sprawdzilismy-czesne-na-uczelniach-934622> (dostęp: 20.12.2021).
9. *Rząd przyjął projekt ustawy o kredytach na studia medyczne*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzad-przyjal-projekt-ustawy-o-kredytach-na-studia-medyczne> (dostęp: 24.10.2021).
10. Ojczyk J., *Lekarze potrzebują asystentów, najpilniej – chirurdzy*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/asystent-lekarza-dlaczego-potrzebuja-ich-chirurgzy-kiedy-i-gdzie,509731.html> (dostęp: 15.12.2021).
11. World Scholarship Forum, <https://worldscholarshipforum.com/pl/accredited-physician-assistant-pa-schools-in-georgia/> (dostęp: 17.12.2021).
12. Rada Pracodawców RP, http://rada.pracodawcyrp.pl/wp-content/uploads/2017/03/Newsletter_opieka_zdrowotna_marzec_2019-r.pdf (dostęp: 5.11.2021).
13. Zembala M., *Pielęgniarka asystentem lekarza?*, <https://www.pielengniarki.info.pl/files/98dd10d220bb79bd82dd8728df5a8064544.pdf> (dostęp: 6.11.2021).
14. U.S. Bureau of Labor Statistics, <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physician-assistants.htm> (dostęp: 20.10.2021).
15. U.S. Bureau of Labor Statistics, <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physician-assistants.htm#tab-6> (dostęp: 25.10.2021).
16. *Niedzielski: to lekarze chcieli wprowadzenia asystenta chirurg. Chirurdzy: nie było szerszych konsultacji*, <https://pulsmedycyny.pl/niedzielski-to-lekarze-chcieli-wprowadzenia-zawodu-asystenta-chirurga-1125036> (dostęp: 8.11.2021).
17. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia* (Dz.U. 2021 r., poz. 2131).
18. *Asystent lekarza oddziału ratunkowego: w gdańskim UCK to już rzeczywistość*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Asystent-lekarza-oddzialu-ratunkowego-w-gdanskim-UCK-to-juz-rzeczywistosc,222038,1.html> (dostęp: 3.12.2021).
19. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2019.
20. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Gdzie się leczyć?*, 2021, Lubuski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, https://www.nfz-zielonagora.pl/PL/490/Gdzie_sie_leczyc/ (dostęp: 15.10.2021).
21. Gorbaniuk O., *Stopień zwrotu ankiet pocztowych w badaniach marketingowych w świetle doświadczeń nauczycieli akademickich polskich uczelni*, „Rocznik Nauk Społecznych” 1999; 27: 12.
22. Gorbaniuk O., *Uwarunkowania stopnia zwrotu ankiet pocztowych w świetle badań eksperymentalnych*, „Rocznik Nauk Społecznych” 2000–2001, 28–29: 12.
23. <https://www.facebook.com/PCh.Skalpel/posts/364480848355040> (dostęp: 22.10.2021).
24. *Chirurgiczna asysta lekarza recepta na brak chirurgów? Lekarze są innego zdania*, <https://pulsmedycyny.pl/chirurgiczna-asysta-lekarza-recepta-na-brak-chirurgow-lekarze-sa-innego-zdania-1123732> (dostęp: 2.12.2021).
25. *Nowy zawód medyczny. NRL ostro: to doprowadzi do felczeryzacji medycyny*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Nowy-zawod-medyczny-NRL-ostro-to-doprowadzi-do-felczeryzacji-medycyny,223622,14.html> (dostęp: 29.10.2021).
26. *Nowy zawód medyczny budzi kontrowersje. Ekspert uspokaja „Nie doprowadzi to do felczeryzacji medycyny”*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Nowy-zawod-medyczny-budzi-kontrowersje-Ekspert-uspokaja-Nie-doprowadzi-do-felczeryzacji-medycyny,224066,14.html> (dostęp: 29.10.2021).