

©Borgis

*Joanna Sowizdraniuk¹, Małgorzata Popławska¹, Jerzy Robert Ładny², Marzena Wojewódzka-Żeleznikowicz², Krystyn Sosada³

Podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w obliczu pacjenta z nieodwracalnym zatrzymaniem krążenia

Basic EMS teams facing patient with irreversible cardiac arrest

¹Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

Dyrektor Pogotowia: dr med. Małgorzata Popławska

²Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Uniwersytet Medyczny, Białystok

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Jerzy Robert Ładny

³Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej, Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Kierownik Katedry: prof. zw. dr hab. med. Krystyn Sosada

Słowa kluczowe

zespół ratownictwa medycznego, odstąpienie od resuscytacji, zgon, coroner

Key words

emergency medical system team, emergency medical rescue team, withdrawal from resuscitation, death, coroner

Adres/address:

*Joanna Sowizdraniuk
Krakowskie Pogotowie Ratunkowe
ul. Św. Łazarza 14, 31-530 Kraków
tel. +48 (12) 424-42-72
jsowizdraniuk@op.pl

Streszczenie

Wstęp. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym powołała do życia podstawowe zespoły ratownictwa medycznego pracujące bez lekarza w składzie. Bywają one dysponowane także do pacjentów z nieodwracalnym zatrzymaniem krążenia albo do zgonu.

Cel pracy. Celem pracy jest sprawdzenie, jakie działania w obliczu takiej sytuacji podejmują ZRM P Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, jak dysponowanie ZRM S jako wsparcia lub do stwierdzenia zgonu wpływa na bezpieczeństwo zapewnienia ciągłości zabezpieczenia ratunkowego lokalnych społeczności oraz analiza obowiązujących w tym zakresie aktów prawnych wraz z propozycją ich zmian.

Materiał i metody. Badaniem retrospektywnym objęto dokumentację medyczną 16 ZRM P i 14 ZRM S utworzoną w roku 2012 przez kierowników ZRM. Poddano analizie 346 kart medycznych czynności ratunkowych dotyczących 173 pacjentów z cechami śmierci klinicznej bądź ostatecznej. Z tej grupy wyselekcjonowano 94 chorych, w stosunku do których ZRM P odstąpił od resuscytacji i przeanalizowano jego działania. Opisano łączny czas realizacji zleceń świadczonych przez ZRM S wyjeżdżających w celu stwierdzenia zgonu i liczbę przejechanych kilometrów.

Wyniki. Na podstawie otrzymanych wyników ustalono, że ZRM P prawidłowo przeprowadzają ocenę stanu pacjenta i wdrażają adekwatne do sytuacji postępowanie. Okazuje się jednak, że problematycznym może być dysponowanie ZRM S do stwierdzenia zgonu, zwłaszcza w małych miejscowościach, gdzie takich zespołów stacjonuje niewiele. Niezbędne są również uaktualnienia obowiązującego w tym zakresie prawa, rozważenie rozszerzenia wachlarza medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez personel ZRM P między innymi o możliwość stwierdzania zgonu oraz określenie kwalifikacji niezbędnych do pełnienia funkcji coronera w Polsce, wobec znacznego braku lekarzy specjalistów medycyny sądowej.

Wnioski. W kontekście planowanej nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym powyższe rozważania mogą być głosem pomocnym w kształtowaniu sprawno i niezawodnego systemu ratowniczego w Polsce.

Summary

Introduction. Emergency Medical System Enactment created Basic EMS teams, which do not have a physician as their member. Such teams are being dispatched also to patients with irreversible cardiac arrest, or those already dead.

Aim. Aim of the thesis is to find out, how do basic EMS teams deal with such situations, and how does the use of specialized EMS teams as backup units influence local citizens' safety and availability of the EMS. Analysis of legal regulations considering abovementioned procedures has been done, and proposal of changes has been submitted.

Material and methods. Retrospective research is based upon medical documentation created by 16 basic and 14 specialized EMS teams of Kraków Ambulance Service in 2012. 356 medical cards considering clinical or confirmed death of 173 individual patients have been researched. This led to selection of 94 cases in which basic EMS team has withdrawn from resuscitation. Procedures undertaken by these teams have been examined. Accumulative time of work done by specialized EMS teams in order to issue death certificate has been described, along with amount of distance travelled.

Results. Result has shown, that basic teams assess their patients correctly, and undertake appropriate steps. It is however a problem to make use of specialized team only to issue death certificate, especially in areas where few such teams are based. Legal regulations need to be updated. Allowing basic team to perform wider range of procedures, including issuing death certificate, is worth considering. Since there are few forensic medicine specialists in Poland, there is a need to establish qualifications necessary to become a coroner.

Conclusions. There are plans to update Emergency Medical System Enactment soon. Findings of the thesis may contribute to creation of efficient and reliable Emergency Medical System in Poland.

WSTĘP

Co pewien czas, także w kontekście tzw. „dużej nowelizacji” ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM) z dnia 8 września 2006 roku, podnoszona jest kwestia udziału podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) w zdarzeniach skutkujących koniecznością odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych i następczym stwierdzeniem zgonu. Powyższe staje się powodem do podejmowania dyskusji nad koniecznością modyfikacji obowiązujących w tym zakresie rozwiązań prawnych, także w kontekście powołania w Polsce instytucji koronera. Problem wstępnego określenia i ewentualnie wyjaśnienia przyczyn śmierci, szczególnie gdy następuje ona w sposób nagły i niespodziewany, dotyczy zarówno osób najbliższych pograżonych w żałobie po nieodwracalnej stracie, lekarzy pierwszego kontaktu (rodzinnych), którzy w ramach swoich obowiązków wzywani są do dokonania ostatniej dla ich pacjenta czynności cywilno-prawnej, jaką jest stwierdzenie zgonu i wystawienie odpowiedniej dokumentacji, jak również dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, którzy stykają się z koniecznością zadysponowania karetki systemowej nie w celu ratowania zdrowia lub życia, do czego zostały powołana, ale właśnie dokonania stwierdzenia zgonu. Poniższa praca jest próbą odpowiedzi na pytania dotyczące ostatniego z wymienionych ogniw. Autorzy opracowania swoją uwagę skupili wyłącznie na sytuacjach, w których doszło do podwójnego zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego (typu S na prośbę zespołów typu P) do jednego pacjenta, przy założeniu, że powodem wezwania „na pomoc” było stwierdzenie zgonu. W celu dokonania wielopłaszczyznowej oceny tego zjawiska przeprowadzili szczegółową analizę dokumentacji medycznej prowadzonej w 2012 roku w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym (KPR).

CEL PRACY

Celem głównym niniejszego opracowania jest przeprowadzenie analizy zagadnień organizacyjno-prawnych dotyczących postępowania podstawowego zespołu ratownictwa medycznego w trakcie realizacji zlecenia wyjazdu związanego z nieodwracalnym zatrzymaniem krążenia oraz stwierdzeniem zgonu. Cel

główny osiągnięty został poprzez realizację szeregu celów szczegółowych, wśród których znalazły się:

1. Ocena skali zjawiska dysponowania ZRM typu S na miejsce działań zespołów P w celu stwierdzenia zgonu i próba oceny wpływu powyższych zdarzeń na zdolność zasobów systemu PRM do realizacji ustawowych zadań.
2. Analiza prawa w zakresie możliwości odstąpienia od prowadzenia medycznych czynności ratunkowych i stwierdzenia zgonu przez kierującego akcją medycznych czynności ratunkowych w ZRM typu P, bez udziału ZRM typu S.
3. Dyskusja nad alternatywnymi rozwiązaniami systemowymi, w tym wprowadzeniem instytucji koronera, umożliwiającymi optymalizację organizacji ratownictwa medycznego w Polsce w zakresie postępowania ZRM typu P na miejscu zdarzenia, w trakcie którego nastąpił zgon pacjenta.

MATERIAŁ I METODY

Badanie dotyczyło okresu od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 roku. Miało zarówno charakter ilościowy, jak i jakościowy, zakładało uzyskanie wiedzy na temat przyczyn wezwań ZRM typu S jako wsparcie zespołów P, określenie skali zjawiska podwójnego dysponowania wynikającego z potrzeby stwierdzenia zgonu oraz zbadanie wpływu powyższego zjawiska na zdolność do reagowania zespołów typu S na kolejne wezwania do osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Praktyczny wymiar przeprowadzonego badania dotyczy merytorycznego wsparcia inicjatyw podejmowanych w celu zmian w obrębie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz innych aktów prawnych regulujących zagadnienia dotyczące stwierdzania zgonu.

Badanie retrospektywne przeprowadzono na podstawie wyselekcjonowanych z całości 346 kart medycznych czynności ratunkowych ZRM S i P stanowiących archiwalną dokumentację dotyczącą postępowania wobec 173 pacjentów w stanie nagłego zatrzymania krążenia lub oddechu, do których w pierwszej kolejności zadysponowany został ZRM typu P, a następnie na jego prośbę zespół S.

Następnie, w zależności od rodzaju podjętych przez ZRM działań, karty medycznych czynności ratunkowych podzielono na cztery grupy.

Do pierwszej z nich zakwalifikowano sytuacje, w których kierownik zespołu podstawowego, po dokonaniu oceny stanu pacjenta i stwierdzeniu obecności pewnych oznak śmierci lub braku wskazań do podjęcia resuscytacji ze względu na charakter schorzenia podstawowego podjął decyzję o odstąpieniu od wykonywania medycznych czynności ratunkowych. W drugiej grupie znalazły się wyjazdy, w czasie których wobec osoby z nagłym zatrzymaniem krążenia podjęta została resuscytacja krążeniowo-oddechowa przez ZRM typu P, ale ze względu na brak spontanicznego powrotu krążenia kierujący akcją medyczną odstąpił od dalszych czynności ratunkowych, a przybyły na miejsce wezwania wraz z zespołem typu S lekarz systemu stwierdził zgon. Kolejną grupę utworzyli pacjenci, u których zabiegi resuscytacyjne przyniosły powrót co najmniej tętna na dużych naczyniach i zostali oni przewiezieni do szpitalnych oddziałów ratunkowych lub innych wyspecjalizowanych jednostek ochrony zdrowia. Czwarta grupa objęła chorych, u których ZRM P wdrożył resuscytację, ZRM typu S kontynuował ją, ale w efekcie końcowym nie udało się przywrócić czynności życiowych i stwierdzono zgon chorego.

Odnosząc się do głównego celu pracy, ostatecznie zdecydowano o przeprowadzeniu szczegółowej analizy dokumentów znajdujących się w dwóch z przedstawionych wyżej grupach (pierwszej i drugiej), gdy interwencja zespołu P zakończyła się ostatecznie odstąpieniem od wykonywania medycznych czynności ratunkowych przed przybyciem zespołu S. Sytuacja taka dotyczyła łącznie dokumentacji 94 pacjentów. Na jej podstawie przeliczono liczbę przejechanych przez zespoły S kilometrów i przeprowadzono analizę czasu trwania interwencji określonego na podstawie statusów oznaczających wyjazd do czasu powrotu ZRM S do miejsca stacjonowania lub potwierdzenia przyjęcia kolejnego wyjazdu. Wyodrębnienie powyższych parametrów miało na celu ukazanie zarówno skali ograniczenia gotowości jednostek systemu PRM do reagowania na występujące w tym samym czasie stany zagrożenia zdrowotnego, jak i przedstawienie waloru ekonomicznego takiego rozwiązania.

WYNIKI

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe jest dysponentem 14 specjalistycznych i 16 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. W roku 2012 zespoły te zrealizowały w sumie 72 942 zlecenia wyjazdów, z czego 35 462 razy interweniowały ZRM S, a 37 480 – ZRM typu P. W przedstawionym okresie odnotowano 1831 zgonów, więc badana grupa dotycząca 94 takich przypadków stanowi ok. 5,1%.

Analizowana dokumentacja 173 pacjentów dotyczyła 0,47% wszystkich zdarzeń, w których interweniowały ZRM typu S. Po zakończeniu medycznych działań ratunkowych u 151 z nich stwierdzono zgon, u pozostałych 22 chorych zabiegi reanimacyjne okazały się skuteczne i pacjenci zostali odwiezieni do szpitali. W 71 przypadkach kierownik podstawowego zespołu ratownictwa medycznego uznał okoliczności zastane na miejscu zdarzenia za uprawniające go do odstąpienia od podejmowania medycznych czynności ratunkowych. U 102 chorych zespół podstawowy podjął reanimację, która nie przyniosła zamierzonego efektu u 23 chorych, wobec czego również odstąpił od kontynuacji medycznych czynności ratunkowych przed przybyciem ZRM S. Przybyły na miejsce wezwania ZRM typu S kontynuował resuscytację u 79 pacjentów, z czego, po wyczerpaniu możliwości terapeutycznych w trakcie prowadzonych medycznych czynności ratunkowych, w 57 przypadkach lekarz systemu stwierdził zgon. Dla pełniejszego zobrazowania problemu powyższe dane umieszczone zostały w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Postępowanie ZRM P na miejscu zdarzenia.

Lp.	Efekt resuscytacji ZRM P lub S	Liczba chorych
1.	Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych	71
2.	Resuscytacja prowadzona przez ZRM P nieskuteczna, stwierdzenie zgonu przez lekarza S	23
3.	Resuscytacja przekazana ZRM S przez ZRM P, nieskuteczna, odstąpienie od dalszych działań, stwierdzenie zgonu przez lekarza S	57
4.	Resuscytacja przekazana ZRM S, skuteczna, przewiezienie chorego do SOR/innej specjalistycznej jednostki	22

Tabela 2. Powody odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych przez ZRM P.

Lp.	Powód odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych przez ZRM P	Liczba przypadków
1.	Pewne oznaki śmierci – stężenie pośmiertne, oziębienie ciała, plamy opadowe	48
2.	Pewne oznaki śmierci – rozkład ciała	6
3.	Terminalna choroba nowotworowa	8
4.	Inne niż nowotworowe poważne schorzenia przewlekłe	4
5.	Wypadki komunikacyjne z obrażeniami ciała świadczącymi o pewnej śmierci	4
6.	Wiek pacjenta	1

Analizując 94 wyjazdy ZRM typu S wynikające *stricto* z potrzeby stwierdzenia zgonu pacjenta wstępnie zaopatrywanego przez ZRM typu P, na podstawie kart medycznych czynności ratunkowych sporządzono zestawienie liczby przejechanych w celu realizacji powyższych zleceń kilometrów i sumaryczny czas takich interwencji (tab. 3). Średnio ZRM S przejechał 13,9 km (najmniejsza liczba to 1 km, największa to 56 km), a średni czas realizacji jednego zlecenia wyniósł 46 minut (najkrótszy wyjazd trwał 14 minut, najdłuższy 152 minuty). Łączny czas trwania analizowanych zleceń wyjazdów to ponad 73 h, co daje nieco więcej niż 3 doby.

Tabela 3. Zestawienie sumarycznej liczby godzin realizacji zleceń i przejechanych kilometrów w trakcie wyjazdów ZRM S w celu stwierdzenia zgonu.

Lp.	Powody wyjazdów ZRM S na wezwanie ZRM P	Liczba godzin realizacji zleceń	Liczba przejechanych kilometrów
1.	Odstąpienie od reanimacji przez ZRM P	57,6 h	1020 km
2.	Resuscytacja prowadzona przez ZRM P nieskuteczna, odstąpienie od dalszych działań, stwierdzenie zgonu przez lekarza S	15,4 h	285 km
3.	Suma	73 h	1305 km

DISKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Obowiązujące obecnie w Polsce przepisy regulujące zagadnienia związane ze stwierdzeniem zgonu pochodzą z początku drugiej połowy ubiegłego wieku, w wielu fragmentach mają charakter anachroniczny i przedstawiają jedynie wartość historyczną. Dzieje się tak głównie ze względu na brak realnego odniesienia do aktualnie obowiązujących aktów prawnych, a także współczesnych zasad organizacji ochrony zdrowia i rozwoju myśli technicznej, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości szybkiego przemieszczania się nawet na stosunkowo duże odległości. Do wspomnianych aktów normatywnych należą w szczególności: ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (1). Zgodnie z powyższymi aktami prawnymi zgon i jego przyczynę stwierdza się w karcie zgonu, zaś osobą obowiązującą do jego stwierdzenia jest lekarz leczący chorego w ostatniej chorobie (2), co rozumie się jako udzielanie choremu świadczeń lekarskich w okresie 30 dni przed dniem zgonu (3), który dokonuje tej czynności na podstawie przeprowadzonych osobiście badań. Od tej reguły występują jednak wyjątki. Dotyczą one sytuacji, w której w razie niemożności dopełnienia powyższego obowiązku stwierdzenie zgonu może nastąpić, także w drodze oględzin dokonywanych przez innego lekarza, a w razie jego braku, przez osobę powołaną do tej czynności przez właściwego starostę. Według tych przepisów uprawnienie do stwierdzenia zgonu oprócz lekarza posiada także starszy felczer albo felczer zatrudniony w przychodni bądź ośrodku zdrowia lub jego placówce terenowej – wiejski felczerski punkt zdrowia i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki. Uprawnienie takie ma również położna wiejska, jeżeli nastąpił na terenie gromady zgon pozostającego pod jej opieką noworodka przed upływem 7 dni życia, a najbliższa przychodnia lub ośrodek zdrowia jest oddalony o więcej niż 4 km. W szczególnych przypadkach znajdują się wśród nich trudności komunikacyjne, zgon może stwierdzić pielęgniarka, która przeszła odpowiednie przeszkolenie w tym zakresie i uzyskała odpowiednie uprawnienie. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż obo-

wiążące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (4) nie uprawnia pielęgniarek do formalnego stwierdzenia zgonu i wystawienia kart zgonu.

Konkludując, należy przyjąć, że w obecnej sytuacji prawnej kartę zgonu pacjenta powinien wystawić lekarz, do którego zmarły złożył deklarację wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności, gdy ten ostatni miał zawodowy kontakt w ciągu ostatnich 30 dni z osobą zmarłą. Natomiast w sytuacji, gdy wystąpienie zgonu spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem lub jest konsekwencją wystąpienia innego nagłego stanu zagrożenia zdrowotnego, kartę zgonu powinien wystawić lekarz wezwany do tego zdarzenia, najczęściej postrzegany jako kierownik specjalistycznego ZRM. Nie można jednak zapominać o tym, że od 1 stycznia 2007 roku na podstawie zapisów ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (5) w systemie ratownictwa medycznego funkcjonują także podstawowe ZRM (P), w składzie których nie znajduje się lekarz oraz że one również są dysponowane do stanów związanych z nagłym zatrzymaniem krążenia. Obecnie w naszym kraju proporcja ZRM P do S wynosi ok. 60 ÷ 40%, co oznacza, iż w pewnej części zdarzeń, w których kierujący akcją medycznych czynności ratunkowych ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, na podstawie posiadanego uprawnienia do odstąpienia od wykonywania medycznych czynności ratunkowych (6), nie podejmuje działań ratunkowych, a nie posiadając prawnych narzędzi do stwierdzania zgonu, prosi dyspozytora medycznego o zadysponowanie karetki S w celu zakończenia realizacji zlecenia. W praktyce oznacza to, że do jednego zdarzenia udają się dwa ZRM, doprowadzając tym samym do osłabienia zabezpieczenia rejonu chronionego na czas niezbędny do formalnego stwierdzenia zgonu oraz zwiększając tym samym koszty realizacji pojedynczego zlecenia. W ten sposób system powołany ustawowo do niesienia pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego swoje siły i środki angażuje w czynności związane ze stwierdzeniem zgonu. Między innymi z tego powodu istotnym jest kontynuowanie starań środowisk medycznych, organizacji i stowarzyszeń – także o charakterze naukowym, zmierzających do spełnienia przez ministra właściwego do spraw zdrowia ciążącego na nim, na mocy art. 43 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, obowiązku wydania w drodze obwieszczenia standardów postępowania ZRM i kierującego akcją medyczną, w tym także w kwestii odstąpienia od resuscytacji lub stwierdzenia zgonu. Na dzień dzisiejszy pracownicy ratownictwa medycznego posiadają się obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia (7) wydanego

na potrzeby ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (8).

W Polsce według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2011 roku odnotowano 375 501 zgonów, z czego 29 727 dotyczyło mieszkańców województwa małopolskiego, w tym 6995 miasta Krakowa (9). w powyższym okresie ZRM w Polsce odnotowały 65 140 zgonów, co stanowi 2,17% z wszystkich (2 992 021) podjętych interwencji (10). W dokumentacji medycznej zleceń wyjazdów zgromadzonej w KPR wykazano w 2012 roku wystąpienie 1831 zgonów. Co ciekawe, wszystkie wezwania zakwalifikowane przez dyspozytorów medycznych jako „stwierdzenie zgonu” dotyczyły informacji pozyskiwanych od będących pierwotnie zadysponowanych na miejscu zdarzenia podstawowych ZRM. Powyższa sytuacja jest wynikiem braku technicznych możliwości odróżnienia przez dyspozytora medycznego wezwania dotyczącego nagłego zatrzymania krążenia lub innego nagłego stanu zagrożenia zdrowotnego dającego szansę na skuteczne podjęcie medycznych czynności ratunkowych od wezwania podyktowanego wyłącznie chęcią uzyskania przez rodzinę odpowiedniej do zaistniałej sytuacji dokumentacji medycznej. Nawet wówczas, gdy wezwanie zawiera informacje mogące świadczyć o upływie długiego czasu od wystąpienia śmierci, takie jak oziębienie ciała, stężenie pośmiertne, wystąpienie plam opadowych i rozkład zwłok, dyspozytor medyczny kwalifikuje wezwanie jako pilne i dysponuje najbliższym pod względem czasu dotarcia ZRM.

Wydaje się, iż liczba 94 wynikających z potrzeby stwierdzenia zgonu zleceń wyjazdów ZRM typu S nie jest istotna z punktu widzenia całościowej działalności dysponenta, jakim jest KPR, gdyż stanowi zaledwie 0,13% ogółu wyjazdów odnotowanych w 2012 roku. Nie można zapominać jednak, iż całkowity czas realizacji powyższych zleceń wyniósł ponad 3 doby (73 godziny) i że na tyle czasu wyłączony zostaje jeden zespół specjalistyczny z możliwości reagowania na rzeczywisty stan zagrożenia życia innego człowieka. Z całą pewnością w dużych aglomeracjach miejskich, gdzie zespołów specjalistycznych jest kilka lub kilkanaście, zadysponowanie jednego z nich do stwierdzenia zgonu nie osłabia znacznie systemu ratunkowego. Inaczej jest jednak w mniejszych miejscowościach, gdzie stacjonuje jeden specjalistyczny ZRM zabezpieczający kilkadziesiąt tysięcy mieszkańców, tam zaangażowanie dwóch ZRM do jednego zdarzenia niedającego szansy na uratowanie ludzkiego życia, szczególnie w skrajnie oddalonym obszarze rejonu chronionego, stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pozostałych osób.

Prowadzone coraz szerzej nad systemem ratownictwa medycznego badania naukowe wskazują, iż zespoły P spotykające się z sytuacją wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia nie mają problemów z prawidłowym postawieniem rozpoznania i wdoro-

żeniem adekwatnych do stanu medycznych czynności ratunkowych – często dających powrót spontanicznego krążenia bez udziału zespołów S (11). Jednocześnie podnoszona jest kwestia rozszerzenia wachlarza możliwych do podjęcia przez ratownika medycznego i pielęgniarkę systemu medycznych czynności ratunkowych oraz listy stosowanych leków. Jednym z częściej wskazywanych braków formalnych jest nieuregulowana prawnie możliwość stwierdzenia zgonu przez średni personel medyczny, coraz częściej w związku z wygasaniem kształcenia policealnego i pomaturalnego w zakresie ratownictwa medycznego i pielęgniarstwa, a posiadające wyższe wykształcenie medyczne. Ponad 95% pielęgniarek studiów magisterskich i 90% studiów pierwszego stopnia postuluje zwiększenie swoich uprawnień w zakresie medycznych czynności ratunkowych, nie domagając się jednak prawa do stwierdzenia zgonu, potrzebę taką zauważa natomiast aż 40% ratowników medycznych w przypadku ewidentnych oznak śmierci (38%) oraz przerwania czynności resuscytacyjnych w przypadku braku pożądanego efektu (12). Nie można jednak zapominać że zgodnie z zapisami rzeczowych aktów prawnych ratownikiem medycznym jest zarówno absolwent dwuletniej szkoły policealnej, jak i studiów i stopnia, a ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8 września 2006 roku i wydane na jej podstawie rozporządzenia nie różnicują zakresu uprawnień ratowników obu poziomów kształcenia w zakresie medycznych czynności ratunkowych. Największe więc wątpliwości dotyczą nie tyle stwierdzenia samego faktu ustania życia, bowiem personel ZRM takiej oceny dokonuje za każdym razem, gdy rozpoczyna resuscytację krążeniowo-oddechową, co aspektu określenia przyczyny śmierci, decyzji dotyczącej tego, czy zgon wystąpił z przyczyn naturalnych lub z udziałem osób trzecich, lub postępowania w sytuacjach skrajnie trudnych, np. gdy trudno jednoznacznie określić nieodwracalność śmierci w hipotermii.

Nie można zapominać, że potencjalna możliwość stwierdzenia zgonu przez ratowników medycznych lub pielęgniarki systemu to nie tylko działalność czysto medyczno-prawna. Już dziś u progu proponowanych zmian i wprowadzania nowych rozwiązań należy zastanowić się nad tym, w jaki sposób rozwiązanie problemu odstąpienia od wykonywania medycznych czynności ratunkowych w obliczu śmierci wpływać będzie na psychiczne i emocjonalne reakcje ratowników sytuacji, gdy obarczeni zostaną obowiązkiem stwierdzenia zgonów.

Nawet bez tego uprawnienia znaczna grupa ankietowanych ratowników medycznych – aż 40%, zgłaszała rozkojarzenie w wyniku śmierci ratowanego przez nich pacjenta, a u 20% respondentów występuje obecność silnego smutku. Zaledwie 17% badanych wskazuje na brak reakcji na śmierć ratowanego (13).

Wobec tak wielu różnych aspektów problemu stwierdzenia zgonu i jego przyczyn nie może zabraknąć

dyskusji nad istniejącą w wielu krajach instytucją koronera. Jego rola została szczegółowo wyjaśniona między innymi w poradniku dla ofiar i przewodniku po systemie sprawiedliwości karnej wydanym przez władze Irlandii. Według przytoczonego opracowania koroner to osoba, która bada przyczyny nagłej, niewyjaśnionej lub gwałtownej śmierci, a wśród obowiązków koronera znajdują się następujące obszary działania: identyfikacja ciała zmarłej osoby, sekcja zwłok, wydanie ciała do pogrzebu oraz prowadzenie dochodzenia w celu ustalenia przyczyny zgonu w możliwie jak najkrótszym czasie po śmierci ofiary. W przypadku niektórych zgonów, np. młodych ludzi lub dzieci, koroner może udzielić informacji na temat lokalnych grup i sieci wsparcia, z którymi można się skontaktować w celu uzyskania pomocy (14). Podobnie sytuacja wygląda w Anglii i Walii, gdzie koroner jest niezależnym funkcjonariuszem wymiaru sprawiedliwości mianowanym i opłacanym przez odnośne organy lokalne. Musi on być prawnikiem lub lekarzem, a w niektórych przypadkach jednym i drugim. W wielu niebudzących wątpliwości przypadkach zaświadczenie o przyczynie zgonu może jednak, podobnie jak jest to w Polsce, wystawić lekarz rodzinny zmarłego lub lekarz ze szpitala, który opiekował się nim w ostatnim okresie choroby, bez wzywania koronera.

W Polsce określenie „koroner” oznacza obecnie lekarza medycyny sądowej, którego praca polega na stwierdzaniu przyczyny zgonów pacjentów (15). Choć działalność koronera wciąż nie jest sformalizowana, już w 2002 roku pojawiły się pierwsze sygnały o zatrudnieniu w Pogotowiu Ratunkowym w Łodzi medyków sądowych (16). Według danych konsultanta krajowego medycyny sądowej lekarzy z tą specjalnością w 2008 roku było w Polsce około 150, z czego zaledwie połowa pracowała w zawodzie, a jednocześnie zanotowano tendencję braku chętnych do zdobycia tej specjalizacji (17). Sytuacja ta sprawia, że należy pochylić się nie tylko nad formalnym rozwiązaniem problemu stwierdzania zgonów przez siły innego niż dysponenci ZRM podmiotu, ale także kwalifikacjami, jakie powinny posiadać osoby zajmujące się tą profesją. W obliczu rozważań nad koncepcją rozszerzenia zakresu medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu o możliwość stwierdzenia zgonu rodzi się pytanie, czy osoby te mogłyby w przyszłości pełnić funkcję koronera.

PODSUMOWANIE

Wydaje się, iż w związku z niedostosowanym do dzisiejszych warunków stanem prawnym w zakresie stwierdzania zgonów i wystawiania kart zgonów, w szczególności w obszarze wskazywania osób bezpośrednio odpowiedzialnych za dokonywanie tej czynności, dobrym rozwiązaniem może być powołanie instytucji koronera, rozumianej jako grupy specjalnie przeszkolonych lekarzy medycyny sądowej lub innej specjalności uprawnionych do wystawiania

kart zgonów. Powyższe rozwiązanie ułatwiłoby pracę nie tylko ZRM, pozwalając uniknąć podwójnego ich dysponowania, ale i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Dzięki niemu być może uda się uniknąć bulwersujących opinię społeczną sytuacji, gdy zwłoki znajdują się w miejscu publicznym przez wiele godzin, zanim zapadnie ostateczna decyzja o tym, kto i na jakiej podstawie ma stwierdzić zgon danego człowieka (18).

Rozwiązaniem powyższego problemu zainteresowany jest nie tylko świat medycyny, ale także Rzecznik Praw Obywatelskich wskazujący ministrowi właściwemu do spraw zdrowia źródła obecnego stanu rzeczy i sposoby jego rozwiązania (19) oraz organy administracji samorządowej, które nie chcą brać na swe barki kosztów związanych ze stwierdzaniem zgonów (20).

Alternatywne rozwiązanie pozwalające na stwierdzenie zgonu innym niż lekarze grupom zawodowym wykonującym zawody medyczne budzi zrozumiałe obawy, szczególnie gdy dotyczy ratowników medycznych wykonujących bardzo młodą stażem profesję. Nie można jednak zapominać, że już dziś mają oni prawo do odstąpienia od podejmowania medycznych czynności ratunkowych, a czas oczekiwania na przyjazd specjalistycznego ZRM nie upływa wówczas na prowadzeniu zabiegów potencjalnie ratujących życie.

Należy jednocześnie zauważyć, że trudnym do zrealizowania wydaje się możliwość wprowadzenia takiego algorytmu dysponowania ZRM przez dyspozytora medycznego, który pozwoli na etapie wezwania prowadzić selekcję wezwań dających szansę na uratowanie zdrowia i życia, od tych, które wynikają z potrzeby stwierdzenia zgonu i wystawienia odpowiedniej dokumentacji.

WNIOSKI

1. Podwójne dysponowanie ambulansów P i S w większości spowodowane jest potrzebą stwierdzenia zgonu po odstąpieniu od prowadzenia medycznych czynności ratunkowych przez ZRM typu P.
2. Niezbędne jest dostosowanie obowiązującego w zakresie stwierdzania zgonu prawa do obecnie obowiązujących realiów i standardów postępowania.
3. Należy rozważyć możliwość powołania instytucji koronera, jako osoby uprawnionej do dokonywania oględzin ciała, stwierdzania przypuszczalnych przyczyn zgonu i wystawiania karty zgonu.
4. Koniecznym jest przeprowadzenie szeregu analiz i badań naukowych nad możliwością samodzielnego stwierdzania zgonu i wystawiania odpowiedniej dokumentacji przez osoby posiadające wykształcenie medyczne inne niż przewidziane dla lekarza medycyny, szczególnie z uwzględnieniem poziomu posiadanego wykształcenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. 2005 r., nr 226, poz. 1943 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 1959, nr 11, poz. 62, z późn. zm.), art. 11.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. 1961, nr 39, poz. 202).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2007, nr 210, poz. 1540).
5. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006, nr 191, poz. 1410 z późn. zm.), art. 36 i 37.
6. 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).
7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia (M.P. z 2010, nr 59, poz. 203).
8. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2005, nr 169, poz. 1411 oraz z 2009 r., nr 141, poz. 1149).
9. Dmochowska H (red.): Rocznik Demograficzny 2012. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012: 318-322.
10. Ładny JR: System ratownictwa medycznego w Polsce, Kraków 2013. Referat wygłoszony w czasie konferencji naukowej nt.: Ratownictwo medyczne w jednostkach współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne – wczoraj, dziś, perspektywy rozwoju, w Krakowie dnia 23 maja 2013.
11. Pietryszyn R, Kaczmarek N: NZK – w praktyce ZRM typu podstawowego. Doświadczenia własne – Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2010.
12. Frydrysiak K, Grześkowiak M, Pytliński A: Wzajemne relacje ratowników medycznych i pielęgniarek systemu w zakresie swoich uprawnień. *Nowiny Lekarskie* 2009; 78(1): 23-29.
13. Ogłodek E, Araszkiwicz A: Przewlekły i pourazowy stres w zawodzie ratownika medycznego. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2011; XXXI(182): 97.
14. Poradnik dla ofiar i przewodnik po systemie wymiaru sprawiedliwości w Irlandii. Dublin 2010: 51-53.
15. Polska Lokalna. Łódzkie pogotowie zatrudnia koronerów, www.polskalkalna.pl (dostęp z dnia 31.05.2002).
16. Lisowska B: Nowy zawód: koroner, www.pulsmedycyny.pl (dostęp z dnia 27.05.2013).
17. Świątek B: Medycyna sądowa, www.mz.gov.pl (dostęp z dnia 27.05.2013).
18. Nowosielska K: Czy koronerzy zastąpią lekarzy przy wystawianiu aktów zgonu, www.prawo.rp.pl (dostęp z dnia 14.11.2012).
19. Nowosielska K: Cały czas nie ma koronerów, www.prawo.rp.pl (dostęp z dnia 16.01.2013).
20. Nowosielska K: Niepewna zapłata dla koronera, www.prawo.rp.pl (dostęp z dnia 23.11.2012).

received/otrzymano: 25.09.2013
accepted/zaakceptowano: 04.12.2013