

*Joanna Sowizdraniuk¹, Małgorzata Popławska¹, Jerzy R. Ładny², Krystyn Sosada³

Realizowanie medycznych czynności ratunkowych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego na przykładzie Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego

Realization medical rescue operations by Basic EMS team's – example of Kraków Ambulance Service

¹Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

Dyrektor Pogotowia: dr med. Małgorzata Popławska

²Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Uniwersytet Medyczny, Białystok

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Jerzy R. 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, reanimacja, odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych, stany nagłe

Key words

emergency medical teams, resuscitation, withdrawal from CPR, emergency states

Streszczenie

Wstęp. Od 2007 roku funkcjonują w Polsce dwa rodzaje zespołów ratownictwa medycznego: specjalistyczne, posiadające w swym składzie lekarza systemu, i podstawowe, w których pracują ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu.

Cel pracy. Celem pracy jest sprawdzenie, jak często i z jakiego powodu podstawowe ZRM wzywają na pomoc zespoły specjalistyczne, jakie działania podejmują na miejscu ZRM S oraz zaproponowanie systemowych zmian mających na celu uniknięcie podwójnego dysponowania.

Materiał i metody. Badaniem objęto dokumentację medyczną 16 ZRM P i 14 ZRM S Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego z lat 2011-2013. Przeanalizowano 110 543 karty medycznych czynności ratunkowych sporządzone przez kierowników zespołów podstawowych oraz wyłoniono 521 wyjazdów spełniających kryterium podwójnego zadysponowania.

Wyniki. Najczęściej – w 269 przypadkach – wezwania dotyczyły pomocy w prowadzeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej lub podjęciu decyzji o odstąpieniu od niej. W 208 kartach medycznych czynności ratunkowych znalazła się informacja o odstąpieniu od reanimacji, zespół S został zadysponowany wyłącznie do stwierdzenia zgonu. Wśród innych powodów znalazły się między innymi: niewydolność krążeniowa i oddechowa, wstrząs, zaburzenia rytmu serca i zatrucia.

Wnioski. Z przeprowadzonego badania wynika, że ZRM P sporadycznie korzystają z pomocy zespołów specjalistycznych. Wsparcie ZRM S najczęściej udzielane jest z powodu ograniczeń prawnych w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu oraz braku systemowych procedur postępowania na miejscu zdarzenia z osobą zmarłą. Modyfikacje w tym zakresie z pewnością poprawiłyby funkcjonowanie systemu PRM w Polsce.

Summary

Introduction. Since the year 2007 there are two types of emergency medical teams in Poland. Specialized (specialist) team, with EMS physician on board, and basic (podstawowy) team, composed of paramedics and emergency nurses.

Aim. Presented thesis aims on checking why, and how frequently, basic teams call specialized teams for support and what activities take place Specialized EMT's. Thesis also proposes changes to EMS procedures, which could help avoiding two-team responding.

Material and methods. Research has been done on the basis of medical documentation submitted between 2011 and 2013 by 16 basic and 14 specialized EMS teams of Kraków Emergency Service. 110 543 medical rescue procedure cards written by EMS team leaders have been analyzed. 521 responded turned out to meet two-team response criteria.

Results. Most of them – 269 – concerned assistance in providing cardiopulmonary resuscitation or making decision to withdraw from CPR. CPR withdrawal was documented

Address/adres:

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

in 208 cards – specialized EMS teams have been dispatched only in order issue death certificate. Among other 41 cases reasons to call for specialized EMS support were: cardiopulmonary failure, shock, arrhythmia and cases of intoxication.

Conclusions. Research shows, that situations when basic EMS teams call for specialized team support are relatively few and far between. Specialized team support is necessary when paramedics or emergency nurses come across formal restrictions in providing medical help. Another common reason is lack of uniform procedures of dealing with person dead on scene. Modifying the abovementioned areas are most likely to improve functioning of EMS in Poland.

WSTĘP

Od czasu wejścia w życie zapisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM) z dnia 8 września 2006 roku wprowadzających podział na specjalistyczne (S) i podstawowe (P) rodzaje zespołów ratownictwa medycznego (1) (ZRM) minęło już ponad 7 lat. W dniu 1 stycznia 2007 roku na ulicach polskich miast pierwszy raz pojawiły się systemowe ambulance, których obsadę stanowiły dwie lub trzy osoby spełniające ustawowe wymagania w zakresie kompetencji i kwalifikacji zawodowych, wśród personelu nie było jednak nikogo legitymującego się dyplomem lekarza medycyny. Do dzisiaj, zgodnie z zapisami art. 36 i 37 rzeczowej ustawy, lekarz systemu wchodzi wyłącznie w skład specjalistycznego i lotniczego ZRM. W zespole S towarzyszą mu dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, przy czym jedna z nich pełni jednocześnie funkcję kierującego pojazdem ratunkowym, a w skład zespołu lotniczego wchodzi jeden ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu i pilot (2).

Od samego początku zastanawiano się, jaki wpływ na poziom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne będzie miała opisana powyżej zmiana. Pojawiające się co jakiś czas w mediach doniesienia o niewydolności systemu PRM spowodowanej pozostawieniem losu pacjentów wymagających natychmiastowego udzielenia pomocy w opiece przedszpitalnej wyłącznie w rękach ratowników medycznych i pielęgniarek systemu stały się bodźcem do przeprowadzenia badań mających na celu sprawdzenie, w jakim stopniu podstawowe ZRM są w stanie samodzielnie realizować zadania postawione przed nimi przez ustawodawcę. W tym celu dokonano dogłębnej analizy przypadków zadysponowania specjalistycznego ZRM na prośbę zespołu P w celu udzielenia niezbędnej pomocy.

U progu zapowiadanych zmian w aktach wykonawczych dotyczących szeroko rozumianego ratownictwa medycznego w Polsce warto jest zadać sobie szereg pytań dotyczących jego obecnego kształtu i zasad funkcjonowania. Tylko rzetelne badania są w stanie ukazać prawdziwe oblicze systemu ratunkowego, który kształtowany jest w naszym kraju od ponad kilkunastu lat. Jednym z ważnych elementów oceny stanu obecnego jest określenie, w jakim stopniu zespoły pogotowia ratunkowego bez lekarza w składzie są w stanie wydolnie wykonywać powierzone im zadania.

CEL PRACY

Podstawowym celem pracy jest porównanie częstości i powodów wezwań „na pomoc” specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego przez zespoły podstawowe w latach 2011-2013, analiza działań podejmowanych na miejscu zdarzenia przez ZRM S oraz zaproponowanie systemowych zmian mających na celu uniknięcie podwójnego dysponowania zespołów ratownictwa medycznego, wpływającego nie tylko na zwiększanie kosztów realizacji jednego zlecenia wyjazdu, ale przede wszystkim zmniejszającego gotowość jednostek systemu do reagowania na zaistniałe w tym samym czasie stany zagrożenia życia wymagające pilnych interwencji.

MATERIAŁ I METODY

Autorzy opracowania w trakcie badań posłużyli się zarówno teoretycznymi, jak i empirycznymi metodami badawczymi, wśród nich znalazły się analiza i praca koncepcyjna prowadzona na podstawie danych pozyskanych przy pomocy badania dokumentacji. Swoim zasięgiem objęło ono 30 ZRM, w tym 14 S i 16 P, których dysponentem jest Krakowskie Pogotowie Ratunkowe (KPR). Miało ono zarówno charakter jakościowy, jak i ilościowy, zakładało bowiem nie tylko uzyskanie wiedzy na temat przyczyn podwójnego zadysponowania ZRM do jednego pacjenta, ale także ukazanie skali tego zjawiska (3). Łącznie przeanalizowano 110 543 karty medycznych czynności ratunkowych dotyczących zleceń wyjazdów podstawowych ZRM zrealizowanych w latach 2011-2013. Wyselekcjonowano 521 kart medycznych czynności ratunkowych zespołów podstawowych i 521 kart zespołów specjalistycznych, które były dysponowane „na pomoc” na wezwanie zespołu P, spełniających kryterium podwójnego dysponowania – wzywającym był zawsze ZRM P, otrzymywał wsparcie ZRM S, zdarzenie dotyczyło tego samego chorego i wystąpiło w korelacji czasowej.

WYNIKI

W latach 2011-2013 podstawowe ZRM zrealizowały 110 543 wyjazdy. W 521 przypadkach (0,47% ogółu wyjazdów) kierownicy zespołów P poprosili o wsparcie przez zespół S. Najczęściej, bo 269 razy (52%) wezwania te dotyczyły pomocy w prowadzeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej lub podjęciu decyzji o jej zaprzestaniu, w 208 przypadkach (40%) kierujący akcją

medycznych czynności ratunkowych, na podstawie posiadanych uprawnień odstąpił od wykonywania medycznych czynności ratunkowych, jednak ze względu na brak odpowiednich zapisów i obowiązujące procedury zobowiązany był do powiadomienia o tym fakcie dyspozytora medycznego, a ten dysponował zespołem S celem stwierdzenia zgonu. W pozostałych 41 przypadkach (6%) prośba o zadysponowanie zespołu z lekarzem była podyktowana stanem chorego wynikającym z różnych schorzeń, wśród których znalazły się: niewydolność oddechowa (14 razy), niewydolność krążenia, w tym obrzęk płuc (9 razy), zaburzenia rytmu serca (3 razy), wstrząs (5 razy), OZW (2 razy), nietypowy ból w klatce piersiowej (2 razy), konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego w formie podania leków bez zgody chorego (1 raz) oraz zatrucie (1 raz). Powyższe dane zobrazowane zostały w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Zestawienie głównych przyczyn dysponowania specjalistycznych ZRM „do pomocy” podstawowym ZRM.

Rok	Zgon przed przybyciem ZRM	Reanimacja		Agonia, chory pozostał w domu	Inne zachorowanie
		Nieskuteczna	Skuteczna		
2011	63	92		2	16
		73	19		
2012	73	98		1	13
		80	18		
2013	72	79		0	12
		65	14		
Suma	208 (40%)	269 (52%)		3 (0,5%)	41 (8%)
		218 (41,7%)	51 (9,8%)		

Dodatkowym elementem, jaki poddano analizie, jest zakres medycznych czynności ratunkowych, jakich podejmowały się ZRM S po przybyciu na miejsce zdarzenia. W przypadku 94 resuscytacji (35%) lekarz zdecydował o podjęciu dodatkowych działań, których ZRM P nie mógł samodzielnie wdrożyć zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych (4). Najczęściej było to podanie leków: dopaminy, heparyny, roztworów koloidowych (HES), NaHCO₃ lub intubacja. W przypadku reanimacji nieskutecznych działania te były podejmowane w 66 (32%), a w resuscytacjach skutecznych w 28 przypadkach (55%). Podobnie sytuacja wygląda w przypadku pacjentów z innymi schorzeniami – specjalistyczne procedury ZRM S podjął w 22 przypadkach (54%). Poniższe dane ilustrują tabele 3 i 4.

Tabela 4. Porównanie liczby zleceń wyjazdów ZRM S „na pomoc” w przypadku chorych z różnymi schorzeniami zapatrywanymi przez ZRM P z uwzględnieniem zastosowania procedur niedostępnych podstawowym zespołom ratownictwa medycznego.

Rok	Inne stany chorobowe		
	Łącznie	ZRM S zastosował MCR, których nie mógł wykonać ZRM P	ZRM S nie stosował żadnych procedur spoza Rozporządzenia*
2011	16	4	12
2012	13	11	2
2013	12	7	5
Suma	41	22	19

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego.

Tabela 2. Zestawienie liczby zleceń wyjazdów ZRM S „na pomoc” ZRM P do pacjentów z innym zachorowaniem niż NZK.

Rok	Nietypowy ból w kl.p.	Zaburzenia rytmu	Uraz	Niewydolność krążenia, w tym obrzęk płuc	Niewydolność oddechowa	Ostry zespół wieńcowy	Wstrząs	Zatrucie	Użycie leków w przymusie bezpośrednim
2011	1	2	1	3	5	1	3	0	0
2012	0	1	1	3	6	0	1	1	0
2013	1	0	2	3	3	1	1	0	1
Suma	2	3	4	9	14	2	5	1	1

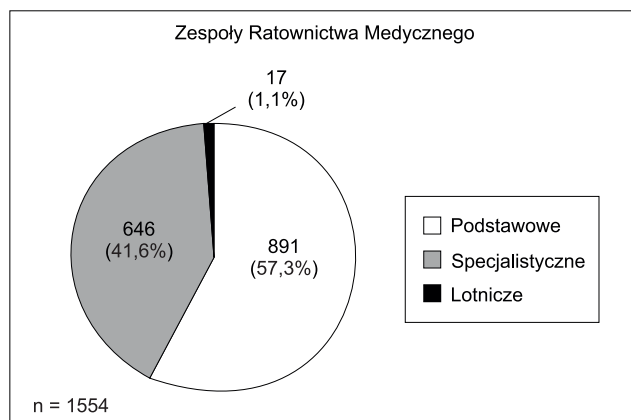
Tabela 3. Porównanie liczby zleceń wyjazdów ZRM S „na pomoc” w reanimacji prowadzonej przez ZRM P z uwzględnieniem zastosowania procedur niedostępnych podstawowym zespołom ratownictwa medycznego.

Rok	Reanimacja zakończona stwierdzeniem zgonu			Reanimacja zakończona powrotem funkcji życiowych		
	Łącznie	ZRM S zastosował MCR, których nie mógł wykonać ZRM P	ZRM S nie stosował żadnych procedur spoza Rozporządzenia*	Łącznie	ZRM S zastosował MCR, których nie mógł wykonać ZRM P	ZRM S nie stosował żadnych procedur spoza Rozporządzenia*
2011	73	18	55	19	12	7
2012	80	31	49	18	9	9
2013	65	17	48	14	7	7
Suma	218	66	152	51	28	23

*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego.

DYSKUSJA

Konstytucyjnym obowiązkiem państwa wobec obywatela jest ochrona jego zdrowia i życia, w Polsce realizowana na podstawie art. 38 ustawy zasadniczej, który stanowi o tym, że „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” (5). Nie można zapominać, iż obowiązkiem państwa jest również zapewnienie obywatelom szeroko rozumianego bezpieczeństwa (6), a przecież jednym z jego kluczowych elementów w zakresie bezpieczeństwa publicznego jest działalność prowadzona przez dysponentów ZRM (7). Odpowiedzią na powyższe zapisy i zawarte w nich postulaty jest utworzenie systemu PRM, który powołany został w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (8). Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2011 roku w jego skład wchodziły 1554 ZRM, z czego 646 spełniały wymagania dla zespołów S, 891 realizowały zadania przewidziane dla zespołów P, a 17 były lotnicze (9). Dla uwidocznienia skali różnicy powyższe dane dotyczące korelacji poszczególnych rodzajów przedstawione zostały na rycinie 1.



Ryc. 1. Podział ZRM w zależności od kategorii w Polsce w 2011 roku (źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS).

Widoczna znaczna przewaga zespołów bez lekarza (57,3 do 41,6%) wskazuje na teoretyczną możliwość zachwiania konstytucyjnej zasady równego dostępu do publicznej służby zdrowia. Niestety ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym ani poszczególne, wydawane na jej podstawie akty wykonawcze, takie jak: rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 31 lipca 2009 roku w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (10), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 roku w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (11) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku

w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (12) nie zawierają wyraźnych wskazówek metodycznych pozwalających na ściśle określenie korelacji ilości zespołów P do S rozmieszczanych na danym terenie, zasad ich alokacji i kryteriów dysponowania nimi. Tym samym w poszczególnych miejscach stacjonowania często znajdują się wyłącznie karetki S lub P, a dyspozytorzy medyczni wysyłając najbliższy od miejsca zdarzenia ZRM, dbają o sprostanie ustawowym wymogom dotyczącym czasu dotarcia na miejsce zachorowania i nie mają niestety możliwości swobodnego wyboru jakości obsady dysponowanego ambulansu.

Na terenie województwa małopolskiego stacjonuje obecnie, zgodnie z wykazem zawartym w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (13), 110 ZRM, wśród których znajdują się 44 zespoły S i 66 zespoły P, co daje odpowiednio 40 i 60%, z czego KPR jest dysponentem 14 ZRM S i 16 P – w proporcji 46,6 do 53,3%.

Należy zauważyć, że w Polsce wyraźnie rysuje się tendencja do zmniejszania liczby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. W projekcie tzw. dużej nowelizacji Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym mówi się, że specjalistyczne ZRM umieszczone w wojewódzkim planie działania systemu (WPDS) PRM powinny stanowić nie mniej niż 30% wszystkich ZRM w województwie (14), co w rzeczywistości może oznaczać, że proporcja ZRM S do P będzie wynosiła 30:70. Zmiana ta niesie nowe, inne perspektywy spojrzenia na działania PRM. Obecnie zespoły specjalistyczne są częściej dysponowane do zdarzeń o „poważniejszych” powodach wezwania, jeśli tylko czas dojazdu na miejsce zdarzenia jest porównywalny. Tę tendencję widać choćby w porównaniu ogólnej liczby wezwań zakończonych stwierdzeniem zgonu/odstąpieniem od medycznych czynności ratunkowych przez kierowników ZRM w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym – w roku 2013 to 137 przypadków (suma zgonów chorych przed przybyciem ZRM – 72 i nieskutecznych reanimacji 65).

W sytuacji znacznego zmniejszenia liczby ZRM S część wyjazdów realizowanych przez istniejące ZRM S zostanie przekazana do realizacji zespołom podstawowym. Analiza powodów podwójnego dysponowania ZRM do jednego pacjenta jednoznacznie wskazuje, iż najczęściej związane jest ono z zatrzymaniem krążenia (wsparciem w prowadzeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej) lub potrzebą stwierdzenia zgonu. Po wprowadzeniu zmian takich sytuacji należy spodziewać się częściej, a jednocześnie zdecydowanie trudniej będzie realizować obecnie obowiązujące w KPR procedury związane z obowiązkiem wezwania na miejsce zdarzenia ZRM S celem stwierdzenia zgonu chorego ze względu na znaczne zmniejszenie dostępności ZRM S. W odniesieniu do powyższego

postulować można wprowadzenie na terenie państwa instytucji koronera, zwiększenie zadań lekarza koordynatora, zwłaszcza powoływanego na potrzeby poszczególnych dysponentów, oraz systemowych rozwiązań dotyczących postępowania ZRM (ze szczególnym uwzględnieniem P) na miejscu zdarzenia z osobą zmarłą. Niezbędne wydaje się wprowadzenie nowelizacji zapisów ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (15).

Z analizy światowej literatury przedmiotu i prowadzonych do tej pory badań, między innymi na Uniwersytecie Sheffield, wynika, że zaawansowane zabiegi ratujące życie w opiece przedszpitalnej, które mogą być wykonywane wyłącznie przez lekarzy, sięgają ok. 2% wszystkich podejmowanych interwencji (16). W przypadku podstawowych ZRM będących w dyspozycji Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego sytuacja taka pojawiła się zaledwie w 0,5% interwencji, przy czym wykazano, że lekarz ZRM S przybyły „na pomoc” zdecydował o zastosowaniu specjalistycznych procedur u 54% pacjentów. To w tej grupie chorych można mówić o zbyt wąskim wachlarzu medycznych czynności ratunkowych, jakie na miejscu zdarzenia samodzielnie wykonać może personel zespołu podstawowego. Jak widać nie jest to problem częsty, jednak z punktu widzenia pojedynczego chorego warty wzięcia pod rozważenie. Ma to znaczenie zwłaszcza teraz, gdy powszechnie trwa dyskusja o rozszerzeniu zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być wykonywane samodzielnie przez ratowników medycznych. Często podkreśla się fakt, że dobrze wyszkoleni ratownicy medyczni i pielęgniarki (pielęgniarze) systemu nie mogą skorzystać ze zdobytej w toku kształcenia i doskonalenia zawodowego wiedzy i umiejętności, a czas oczekiwania na zadysponowany zespół S wynosi kilkadziesiąt minut (17). Po zmianach liczby zespołów S i P z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że będzie on jeszcze dłuższy.

Nie można nie zauważyć faktu, że w większości wyjazdów „na pomoc” zespołowi podstawowemu poza sytuacją stwierdzenia zgonu ZRM S nie podejmował żadnych medycznych czynności ratunkowych, które nie mogłyby być wykonane przez obecny na miejscu zdarzenia ZRM P. Ten element badania jednoznacznie wskazuje na potrzebę stałego, systemowego szkolenia personelu średniego w ocenie stanu chorego i umiejętności monitorowania pacjenta z właściwie przeprowadzanym wnioskowaniem o ciężkości stanu oraz w wykonywaniu tych procedur, do których jest uprawniony. Uporządkowania prawnego wymaga obowiązek kształcenia podyplomowego we wszystkich grupach zawodów medycznych systemu PRM oraz określenie konsekwencji niedopełnienia powyższego.

Niestety z przyczyn obiektywnych (brak wiarygodnych danych możliwych do pozyskania) autorowi badania nie udało się odpowiedzieć na pytanie o to, w jaki sposób posiadane przez kierującego akcją medycznych czynności ratunkowych wykształcenie

wpływa na częstotliwość korzystania z pomocy specjalistycznych ZRM. Nadmienić należy, że zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem tytułem zawodowym ratownika medycznego posługiwać się mogą zarówno osoby, które posiadają średnie (policealne), jak i wyższe wykształcenie medyczne. Pomimo istniejącej klasyfikacji zawodów i zróżnicowania przyjętego na potrzeby rynku pracy (18) nie stworzono dotychczas żadnego podziału kompetencyjnego dla osób posiadających różny poziom wykształcenia. Tym bardziej, że Najwyższa Izba Kontroli w informacji na temat wyników kontroli systemu kształcenia oraz przygotowania do zawodów pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, pozytywnie oceniła działania administracji rządowej i kontrolowanych szkół wyższych na rzecz kształcenia przed- i podyplomowego kadry dla potrzeb systemu ochrony zdrowia (19).

PODSUMOWANIE

Przeprowadzone badanie ukazujące częstotliwość i powody wezwań na pomoc zespołów specjalistycznych przez podstawowe ZRM wykazało, iż sytuacja taka zdarza się rzadko, dotyczy bowiem zaledwie 0,5% wszystkich realizowanych przez nie zleceń. Oznacza to, że w zdecydowanej większości przypadków ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu są w stanie samodzielnie podjąć medyczne czynności ratunkowe wobec osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Działania związane z zaopatrzeniem pacjentów w stanie ciężkim wskazują na potrzebę zwiększenia możliwości korzystania przez kierujących akcją medyczną z pomocy lekarzy koordynatorów, zarówno tych działających na postawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2009 roku w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (20), jak i powoływanego przez poszczególnych dysponentów na potrzeby własnych zakładów pracy. Rozważyć należy również możliwość rozszerzenia wachlarza medycznych czynności ratunkowych podejmowanych w stosunku do pacjenta w opiece przedszpitalnej przez zespoły P.

Resumując powyższe rozważania, należy zauważyć, iż ustawowy podział na podstawowe i specjalistyczne ZRM nie oznacza zachwiania równego dostępu obywateli do świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego. Biorąc pod uwagę wysoki stopień gotowości podstawowych ZRM do samodzielnego wykonywania powierzanych im obowiązków oraz czynniki finansowo-ekonomiczne oraz kadrowe (utrzymujący się stale deficyt specjalistów medycyny ratunkowej), kolejny raz należy pochylić się nad ostatecznym kształtem systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce.

PIŚMIENNICTWO

1. Gaszyński W: „S” i „P”, czyli karetki po nowemu. *Anestezjologia i ratownictwo* 2007; 2: 65-69.
2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006, nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).
3. Pilch T: *Zasady badań pedagogicznych*. Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 1998.
4. 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).
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483).
6. Ciechanowicz-McLean J: *Prawo i polityka ochrony środowiska*. Wolters Kluwer, Warszawa 2009.
7. Koziej S: *Zintegrowane kierowanie bezpieczeństwem*. [W:] Kosowski B, Włodarski A: *Wyzwania Bezpieczeństwa Cywilnego XXI wieku: Inżynieria działań w obszarach nauki, dydaktyki i profilaktyki*. Fundacja Edukacja i Technika Ratownictwa, Warszawa 2007: 256.
8. Szarpak Ł: *System Ratownictwa Medycznego elementem bezpieczeństwa państwa*. [W:] Chrabkowski M, Tatarczuk C, Tomaszewski J (red.): *Bezpieczeństwo w administracji i biznesie we współczesnym świecie*. Część I. WSAiB, Gdynia 2011.
9. Łysoń P (red.): *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku*. [W:] *Informacje i opracowania statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego*, Warszawa 2012.
10. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 31 lipca 2009 roku w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. 2009, nr 1030, poz. 1073 z późn. zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 roku w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. 2007, nr 90, poz. 605).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe ratownictwo medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. 2010, nr 3, poz. 6).
13. *Wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego*, Kraków 2013.
14. 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 roku).
15. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 1959, nr 11, poz. 62).
16. Mikos M: *Logika ratuje życie*. *Służba zdrowia* 2013 luty; 9-16 (4210-4217): 52-54.
17. Madowicz J, Sosada K, Piecuch J, Żurawiński W: *Ocena działań ratunkowych zespołu ratownictwa medycznego S wspierającego zespół P, podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych u pacjenta z nagłym zatrzymaniem krążenia*. *Ostry dyżur* 2010; 3(1): 29-3.
18. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania (Dz. U. 2010, nr 82, poz. 537).
19. Zająkła M: *Raport Najwyższej Izby Kontroli. Informacja o wynikach kontroli systemu kształcenia oraz przygotowania do zawodów pielęgniarstwa, położnej i ratownika medycznego*. Warszawa 2010.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. 2009, nr 39, poz. 322).

otrzymano/received: 09.04.2014
zaakceptowano/accepted: 03.06.2014