



Polska Rada Resuscytacji

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
31-202 Kraków, ul. Prądnicza 80
Adres do korespondencji: Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UJ
ul Kopernika 17, 31-501 Kraków,
tel./fax.: 0prefix 12424-77-98, 424-77-97, e-mail: msandres@cyf-kr.edu.pl
<http://www.prc.krakow.pl>

Kraków, dn. 01.09.2006 r.

KOMITET WYKONAWCZY:
Prof. dr hab. J. Andres - Prezes
Dr hab. A. Mysiak - Wiceprezes
Prof. dr hab. R. Lauterbach - Wiceprezes
Dr med. Grzegorz Cebula – Sekretarz
Dr med. M. Ziętkiewicz - Skarbnik
Prof. dr hab. W. Gaszyński
Prof. dr hab. J. Jakubaszko

Nr rachunku bankowego:
PKO BP S.A. I O/Kraków
PLN: 57 102028920000550201265131
EURO: 13 102028920000540200285205
REGON: 356519338
NIP 945 – 19 – 67 -743

Komisja Zdrowia
Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
V kadencja

Stanowisko Polskiej Rady Resuscytacji na temat Projektu Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 12.07.2006 (Druk nr.853).

Polska Rada Resuscytacji popiera wysiłki mające na celu jak najszybsze wprowadzenie w życie przesłanego projektu ustawy o ratownictwie medycznym z dnia 12 lipca 2006 roku (Druk nr. 853). Szczególnie doceniamy wysiłki związane z upowszechnianiem edukacji w zakresie pierwszej pomocy w społeczeństwie oraz uznanie dla międzynarodowych wytycznych w ratownictwie, których powszechne wprowadzenie w systemach szkoleniowych w naszym kraju jest niezbędne. Ustawa reguluje wiele ważnych zagadnień związanych z ratowaniem życia ludzkiego, posiada jednak pewne ograniczenia i wady. Pozytywy i negatywy w/w Ustawy przedstawiamy poniżej.

Pozytywy:

Ustawa wprowadza szereg ważnych definicji, szczególne znaczenie ma tu nowa definicja pierwszej pomocy, która umożliwi wykorzystanie podczas jej udzielania udostępnionych do powszechnego użytku wyrobów medycznych. Mamy nadzieję, że definicja ta ureguluje kwestię użycia w trakcie udzielania pierwszej pomocy Automatycznych Defibrylatorów Zewnętrznych. Urządzenia te z powodzeniem są używane w całej Europie przez ratowników niezawodowych udzielających pomocy poszkodowanym z zatrzymaniem krążenia a ich skuteczność jest udowodniona. Bardzo dobrze, że Ustawa zapewnia wszystkim osobom udzielającym pomocy w stanie zagrożenia życia ochronę przewidzianą w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.

Bardzo dobrze, że zostały uregulowane zagadnienia związane z zawodem ratownika medycznego. Ustawa otwiera osobom z takim wykształceniem możliwość samodzielnej pracy w karetkach pogotowia ratunkowego, jednocześnie zapewniając także możliwość

udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia przez bardziej zaawansowane zespoły medyczne posiadające w swoim składzie lekarza.

Ustawa otwiera możliwość współpracy z systemem na zasadzie wolontariatu w takich organizacjach jak Polski Czerwony Krzyż, Ochotnicza Straż Pożarna czy organizacje harcerskie. Umożliwi to rzeczywistą współpracę Systemu z tymi jednostkami. Ustawa daje też osobom zrzeszonym w takich organizacjach możliwość uzyskania statusu ratownika, czyli osoby, której uprawnienia w zakresie udzielania pierwszej pomocy są większe niż ratownika niezawodowego.

Ustawa niestety posiada także swoje **ograniczenia**, które można by było wyeliminować, aby lepiej służyła całemu społeczeństwu w poprawianiu jakości ratownictwa przedmedycznego i medycznego.

Art. 3.3) Definicja lekarza systemu ogranicza możliwość kształcenia się w zakresie ratownictwa przedszpitalnego do lekarzy w trakcie tylko jednej specjalizacji (medycyny ratunkowej). Także lekarze innych wymienionych w ustawie specjalizacji (anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pediatrii) w swojej codziennej praktyce stykają się z zagadnieniami udzielania pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia. Istniejący zapis zamyka lekarzom w trakcie specjalizacji innych niż medycyna ratunkowa możliwość nabywania wiedzy praktycznej z zakresu ratownictwa medycznego. Naszym zdaniem, lekarze specjalizujący się w w/w dziedzinach powinni mieć możliwość pracy w zespołach ratownictwa medycznego,

Art. 8.3. Artykuł ten jest kluczowy dla niezmiernie ważnego problemu, jakim jest nauczanie pierwszej pomocy w szkołach. Europejska Rada Resuscytacji a co za tym idzie Polska Rada Resuscytacji stoi na stanowisku, iż edukację w zakresie pierwszej pomocy mogą prowadzić także osoby nie posiadające wykształcenia medycznego. Organizowane przez Europejską Radę Resuscytacji kursy Instruktorów podstawowych zabiegów resuscytacyjnych i automatycznej defibrylacji zewnętrznej są dostępne także dla osób bez wykształcenia medycznego. W programach takich kursów nacisk kładzie się na dwa filary. Pierwszy to wiedza praktyczna i teoretyczna z zakresu udzielania pierwszej pomocy, **drugi to wiedza jak uczyć i skutecznie przekazywać posiadaną przez instruktora wiedzę uczestnikom kursu.** Mamy nadzieję, że Ministerstwa opracowując wspomniane w tym artykule rozporządzenie wykorzystają wiedzę i doświadczenia międzynarodowe w edukacji zawarte w Stanowisku Komitetu Łącznikowego ds. Resuscytacji, którego członkami są Europejska i Polska Rada Resuscytacji (załącznik nr. 1)

Art. 13. Sama koncepcja stworzenia kursu kwalifikowanej pomocy medycznej i funkcji ratownika jest słuszna. Niepokój Polskiej Rady Resuscytacji budzi jednak przedstawiona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia propozycja formuły kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy. Powstał kurs kładący nacisk na wiedzę teoretyczną (43 godziny wykładów / 67 godzin ćwiczeń), podczas gdy obecnie wszystkie tego typu kursy ograniczają do minimum wykłady na korzyść zajęć praktycznych (ćwiczeń). Należy zadać sobie pytanie czy ratownik ma wiedzieć jak ratować czy umieć ratować. 110 godzin to stanowczo za dużo - to około 20 dni kursu. Kurs nie powinien trwać więcej niż połowę z tego czasu. Podobny program szkolenia posiada Państwowa Straż Pożarna, ale trwa tylko 70 godzin i główny nacisk położony jest na ćwiczenia praktyczne (na stronie internetowej http://www.straz.gov.pl/upload/wytratmed1_381.pdf można zapoznać się z tym programem). W odrębnym piśmie Polska Rada Resuscytacji przedstawi szczegółowe uwagi dotyczące kursu kwalifikowanej pomocy medycznej.

Art.21.1.2) Problemem może okazać się ustawowe ograniczenie liczby karetek na 100 tys. mieszkańców. Zapis taki w niektórych regionach kraju może uniemożliwić osiągnięcie założonych w Ustawie czasów dojazdu na miejsce zdarzenia. Wydaje się sensowne umożliwienie w wyjątkowych sytuacjach zwiększenia liczby zespołów ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców.

Art.25.1.1) Zlokalizowanie Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR) przy urzędzie wojewódzkim umożliwi najpewniej właściwe działanie numeru 112. Wadą takiego rozwiązania jest wydłużenie czasu zbierania informacji dotyczących zdarzenia: pierwszy raz informacje te są zbierane w CPR, drugi raz przez dyspozytora pogotowia ratunkowego. Oczywiście zbieranie informacji w CPR można ograniczyć do pytania o to gdzie ktoś chce się dozwonić i skąd dzwoni po czy przekierować połączenie ale sprowadza to CPR do roli centrali telefonicznej utrzymując dalej rozdzielność działania służb ratowniczych. Nie tak powinno działać CPR. Powinno to być miejsce gdzie policjant, strażak i dyspozytor medyczny wspólnie starają się rozwiązywać problemy ratownicze związane z zagrożeniami zdrowia, życia i mienia. Tak działające Centrum Powiadamiania Ratunkowego zapewni współpracę i koordynację działań Systemu Ratownictwa Medycznego, Straży Pożarnej i Policji.

Art. 42.1. Zapisy zawarte w tym artykule wykluczają z procesu tworzenia standardów organizacje zrzeszające np. pielęgniarki i ratowników medycznych a więc przedstawiciele osób tworzących system ratownictwa medycznego. Również Polska Rada Resuscytacji powinna włączyć się w proces tworzenia opisanych w artykule standardów (pismo Prezesa Europejskiej Rady Resuscytacji Davida Zidemanna w załączniku nr. 2). Polska Rada Resuscytacji nie jest towarzystwem naukowo-lekarskim i zrzesza ludzi (niekoniecznie lekarzy) zawodowo zajmujących się zagadnieniami postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia i zatrzymaniu krążenia i reprezentuje na terenie Polski Europejską Radę Resuscytacji, organizację odpowiedzialną za tworzenie wytycznych resuscytacji krążeniowo – oddechowej i prowadzenie opieki nad pacjentem w stanie zagrożenia życia obowiązujących w całej Europie. Polska Rada Resuscytacji ma dostęp nie tylko do aktualnej wiedzy z tego zakresu ale także do międzynarodowych ekspertów, osób które opracowywały obecnie obowiązujące Wytyczne Resuscytacji 2005 roku.

Art..43.2. Zapis zawarty w tym artykule nakłada na oddział ratunkowy obowiązek przyjęcia każdego pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przywiezionego przez zespół ratownictwa medycznego. Przepis ten powinien dotyczyć każdego pacjenta w stanie zagrożenia zdrowotnego, który zgłosił się na oddział (nie tylko przywiezionego przez zespół ratownictwa medycznego), a w praktyce pacjentów w ogóle, ponieważ aby określić czy mamy do czynienia ze stanem zagrożenia zdrowotnego taki pacjent musi być przyjęty na oddział i zbadany przez lekarza.

Art.57.2. Zastrzeżenie nasze budzi tryb przyznawania uprawnień ratownika w dniu wejścia w życie ustawy. Dlaczego wszyscy ratownicy jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 z dniem wejścia ustawy w życie bez odbytego kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy automatycznie stają się ratownikami w rozumieniu ustawy, choć do tej pory mogli w żaden sposób nie być szkoleni w tym zakresie? Zapis ten działa także w drugą stronę. Osoby będące pracownikami jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy będą miały obowiązek udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy z dniem wejścia ustawy, jednocześnie mogą one nie posiadać koniecznych do tego umiejętności praktycznych i wiedzy teoretycznej, które nabyłyby uczestnicząc w odpowiednim szkoleniu. Proponujemy, aby osobom, które w programie szkolenia przeszły kurs zawierający elementy kwalifikowanej pierwszej pomocy nadawać tytuł ratownika po przedstawieniu zaświadczenie o uczestnictwie w takiej formie szkolenia w ciągu ostatnich dwóch lat. W przypadku braku potwierdzonego szkolenia, należy je odbyć przed nadaniem tytułu ratownika.

Podsumowując, Projekt Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przedstawiony Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej przez Rząd Rzeczypospolitej Polskiej, stwierdzamy, iż bez wątpienia tworzy ona nową jakoś w ratownictwie medycznym. Posiada jednak niepokojące Polskà Radę Resuscytacji niedoskonałości i ograniczenia, które jesteśmy zobowiązani przedstawić. Uwzględnienie w ostatecznej wersji Ustawy poprawek przedstawionych przez Polskà Radę Resuscytacji z pewnością wpłynie na poprawę jakości Ustawy, co przełoży się na zwiększenie efektywności ratowania osób w stanie zagrożenia życia i zdrowia w Polsce.

Z poważaniem,

Prof. dr hab. med. Janusz Andres

Prezes Polskiej Rady Resuscytacji
Członek Komitetu Wykonawczego
Europejskiej Rady Resuscytacji