



11 października 2021 roku

STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY RATUNKOWEJ

w sprawie opracowania nowych rozwiązań organizacyjnych w systemie
Państwowe Ratownictwo Medyczne

1. POJĘCIE LEKARZA SYSTEMU

Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej stoi na stanowisku, iż kluczową zmianą legislacyjną konieczną do wprowadzenia celem usprawnienia działania całego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz znaczącej poprawy bezpieczeństwa pacjenta i jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych jest **likwidacja pojęcia lekarza systemu**. Tylko specjalizacja w dziedzinie medycyny ratunkowej umożliwi lekarzowi zdobycie odpowiednich kwalifikacji niezbędnych do sprawowania fachowej opieki nad pacjentem w stanie nagłego zagrożenia zdrowia czy życia, zarówno w warunkach przedszpitalnych, jak i w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego. Ostatnia dekada pokazała, iż argumentacja o konieczności utrzymania pojęcia lekarza systemu jako przejściowy środek zaradczy na braki kadrowe nie sprawdziła się, ponieważ zapis ten bezpośrednio przyczynia się do skrajnie małego zainteresowania medycyną ratunkową jako przyszłą specjalizacją wśród lekarzy. Ze względu na obecne uwarunkowania prawne, lekarze preferują wybór innej, niejednokrotnie mniej obciążającej specjalizacji, a pracę w szpitalnym oddziale ratunkowym lub specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego podejmują w charakterze dodatkowego zatrudnienia właśnie jako lekarze systemu. Nie ma możliwości, żeby wiedza i umiejętności potrzebne do skutecznego zaopatrzenia pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowia czy życia mogły być zdobyte „po godzinach” w ramach dorywczej pracy. Nie bez powodu medycyna ratunkowa jest podstawową specjalizacją lekarską i tylko pełne szkolenie specjalizacyjne umożliwi lekarzowi wymaganych kwalifikacji. Braki kadrowe nie mogą być uzasadnieniem akceptacji niskiej jakości opieki nad pacjentem. Sytuacja ta jest ewenementem w medycynie w Polsce. Pomimo, iż lekarzy brakuje niemal w każdej specjalizacji, nie do pomyślenia jest, żeby w przypadku braków kadrowych w oddziale chirurgii zatrudnić internistów, a na pediatrii – ortopedów. Podobnymi zasadami powinniśmy kierować się w przypadku medycyny ratunkowej, co zaowocuje wzrostem jakości opieki nad pacjentem, usprawnieniem aspektów organizacyjnych całego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i wzrostem prestiżu medycyny ratunkowej jako specjalizacji lekarskiej, a co za tym idzie, zwiększeniem zainteresowania podejmowania tej specjalizacji i w perspektywie realnym wzrostem liczby dobrze wykształconej kadry lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej.



2. ORGANIZACJA CZĘŚCI PRZEDSZPITALNEJ SYSTEMU PRM

W odniesieniu do projektów zaprezentowanych podczas IV spotkania Zespołu ds. opracowania propozycji nowych rozwiązań organizacyjnych w systemie PRM w dniu 29 września 2021 roku, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej popiera opcję wprowadzenia modelu rendez – vous (RV).

1) Skład zespołu RV

Zespół RV powinien składać się z lekarza oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki/pielęgniara (specjalisty pielęgniarstwa ratunkowego). Ratownik medyczny/pielęgniarka (pielęgniarz) pełniłby również funkcję kierowcy – konieczne uprawnienia do kierowania pojazdem uprzywilejowanym.

Lekarz zespołu RV powinien być specjalistą medycyny ratunkowej. W okresie przejściowym (np. 5-letnim), do czasu wykształcenia większej kadry lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, stanowisko lekarza zespołu RV mogłoby być również obsadzone przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarzy po ukończeniu drugiego roku specjalizacji z medycyny ratunkowej lub anestezjologii i intensywnej terapii. Od lekarzy pracujących w zespołach RV wymagane powinny być aktualne certyfikaty ukończenia kursów ERC/AHA z zakresu zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dorosłych i dzieci oraz kurs pomocy okołourazowej (ALS/ACLS, EPALS/PALS, ITLS/ETC) uzyskane w podmiotach akredytowanych przez ośrodki akademickie i Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej.

Praca lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, ratowników medycznych i specjalistów pielęgniarstwa ratunkowego w systemie zespołów RV powinna być pracą prestiżową, wymagającą ciągłego szkolenia i podnoszenia kwalifikacji oraz wysoko wynagradzaną. Tylko takie połączenie zagwarantuje możliwość zatrudnienia właściwych do tej pracy kadr. Przyjęcie powyższych standardów spowoduje zwiększenie zainteresowania lekarzy kształceniem się w kierunku medycyny ratunkowej oraz ciągłe podnoszenie kwalifikacji wśród pielęgniarek (pielęgniarzy) i ratowników medycznych.

2) Liczba zespołów RV i ich rozmieszczenie

Zaproponowana w projekcie liczba ok. 160 zespołów RV wydaje się zbyt duża. Przy prawidłowej organizacji pracy zespołów RV, opracowaniu jasnych zasad ich wzywania i odpowiednim rozmieszczeniu, mniejsza ich liczba powinna zapewnić prawidłowe funkcjonowanie systemu. Rekomendowana liczba zespołów powinna być ustalona po głębszej analizie danych i może być konieczna jej modyfikacja już po wprowadzeniu systemu RV na podstawie zebranych informacji z ich funkcjonowania.



Miejsca stacjonowania zespołów RV powinny zostać określone na poziomie województw w zależności od: liczby SOR, liczby i zasięgu rejonów operacyjnych systemu, z uwzględnieniem Wojewódzkich Planów Działania systemu PRM.

3) Wytyczne: (katalog wezwań zespołu RV)

Celem optymalnego wykorzystania zespołów RV, konieczne jest opracowanie wytycznych określających w jakich okolicznościach zadysponowanie zespołu RV jest wskazane. Powinny to być sytuacje, kiedy ZRM „P” wymaga wsparcia lekarskiego w udzielaniu pomocy krytycznie choremu pacjentowi lub w przypadku, gdy zakres wymaganych procedur przekracza kompetencje ratownika medycznego (szczególnie, gdy czas dojazdu do najbliższego SOR byłby zbyt długi). Innym przykładem jest zdarzenie masowe – wtedy zadaniem lekarza zespołu RV byłoby koordynowanie akcji medycznej na miejscu zdarzenia.

4) Stanowisko konsultacyjne - PTMR proponuje utworzenie stanowiska dyrektora medycznego ZRM, którym byłby lekarz specjalista medycyny ratunkowej dostępny w trybie dyżurowym przez 24h i pełniący nadzór nad zespołami wyjazdowymi ZRM. Optymalnym miejscem pełnienia takiego dyżuru wydaje się być CPR ze względu na dostępność systemów teleinformatycznych zapewniających połączenia z zespołami ZRM.

Podkreślamy, że nie jest możliwe pełnienie funkcji konsultacyjnej i obowiązku nadzorowania zespołów ZRM przez lekarza jednocześnie pełniącego dyżur w zespole RV ani lekarza pełniącego jednocześnie dyżur w SOR.

5) Standardy wyposażenia

Konieczne jest wypracowanie standardów jednolitego wyposażenia zarówno zespołów RV, jak i ZRM „P”.

3. POZOSTAŁE KWESTIE ORGANIZACYJNE

- I. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej stanowczo popiera wprowadzenie ujednoczonego, ogólnokrajowego systemu korenera. W przypadku braku szczegółowego uregulowania prawnego kwestii stwierdzania zgonów, mogłoby dojść do nieprawidłowego nadużywania lekarzy zespołów RV w tym celu.

Prezes
Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej
Prof. dr hab. n. med. Adam Nogalski