

LEKARZ KOORDYNATOR W SYSTEMIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO NA POZIOMIE WOJEWÓDZTWA

System Państwowego Ratownictwa Medycznego został stworzony, aby zapewnić pomoc każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego¹. Mowa jest tu o stanach polegających na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, a nawet utrata życia. Jest to stan wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i bezwzględnego leczenia. Przykładem będzie nagle zachorowanie, czy obrażenia wynikłe podczas różnorodnych wypadków. Zatem można sądzić, iż system ratownictwa medycznego jest nieodłącznym elementem życia człowieka. Każdy z nas wcześniej, czy później zapewne będzie miał do czynienia pośrednio lub bezpośrednio z któryś z elementów tego systemu. Dlatego tak ważne jest, żeby wszystkie ogniwa tego łańcucha działały sprawnie i były na jak najwyższym poziomie, aby zapewnić nam – obywatelom, wysoce profesjonalną opiekę medyczną. Na system ratownictwa medycznego składają się następujące elementy: zaczynając od zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych urzędujących w centrach powiadamiania ratunkowego mających kontrolę nad tymi zespołami, szpitalnych oddziałów ratunkowych, a kończąc na osobie, która scala te wszystkie ogniwa i odpowiada za system ratownictwa medycznego na poziomie województwa – lekarzu koordynatorze ratownictwa medycznego. Stąd, celem pracy jest analiza funkcjonowania ww. podsystemów, ze szczególnym uwzględnieniem lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Za główny problem badawczy przyjęto kwestię zasadności istnienia i funkcjonowania stanowiska lekarza koordynatora w systemie ratownictwa medycznego. Czy lekarz koordynator jest potrzebny do prawidłowej i właściwej pracy tego systemu? Niniejsza praca zawiera kolejno rozważania nad definicją systemu, podstawami prawnymi warunkującymi funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Następnie zajęto się analizą funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego, zespołów wyjazd-

¹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, DzU nr 191, poz. 1410, art. 1.

dowych, szpitalnych oddziałów ratunkowych, zadań wojewody w zakresie administrowania systemem ratownictwa medycznego, a w dalszej kolejności wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego, jako organu pomocniczego wojewody oraz finalnie przeanalizowano zakres obowiązków i funkcjonowanie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Poddając analizie wszystkie ogniwa tego łańcucha, będzie można powiedzieć na ile każdy element składowy jest ważny w funkcjonowaniu systemu ratownictwa medycznego jako całości.

W codziennym życiu o bezpieczeństwo obywateli dbają wyspecjalizowane służby, jak: policja, straż pożarna, straż miejska, a także wszelkiego rodzaju pogotowia: gazowe, energetyczne, wodociągowe oraz ratunkowe.

Omawiając elementy i strukturę systemu ratownictwa medycznego, rozważania należy rozpocząć od podstawy, jaką jest definicja systemu. System, jak podaje P. Sienkiewicz, jest to „każdy obiekt złożony, wyróżniony z badanej rzeczywistości, przedstawiony jako pewna całość i tworzony przez zbiór obiektów elementarnych (elementów) i powiązań (relacji) pomiędzy nimi”². System ratownictwa medycznego jest zatem jednostką organizacyjną, opierającą się na trzech głównych elementach: zespołach ratownictwa medycznego (ZRM), szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) oraz centrach powiadamiania ratunkowego (CPR). System ten został powołany w celu realizacji zadań polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego³.

Wyróżniamy dwa rodzaje koncepcji systemu⁴:

- system rozproszony – każda służba posiada własne stanowisko kierowania, a wymiana informacji oraz współdziałanie odbywa się za pośrednictwem łączy teleinformatycznych i radiowych. Nie wymusza to tworzenia osobnych stanowisk operatorskich obsługujących wywołania alarmowe z numeru 112, których zadaniem będzie przekierowanie wezwań do stanowisk kierowania podmiotów właściwych dla specyfiki zdarzenia. Zadania te może z powodzeniem przejąć jeden z podmiotów systemu;
- system zintegrowany – wszystkie służby mają jedno, wspólne stanowisko kierowania. Plusem tego typu organizacji jest koncentracja napływu wywołań alarmowych w jednym miejscu, bez względu na ich źródło (112, 997, 998, 999)

² P. Sienkiewicz, *Teoria efektywności systemów kierowania*, t. I: *Wstęp do systematologii*, rozprawa habilitacyjna, Warszawa 1979, s. 82.

³ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym..., op. cit., art. 1; J. Ziarko, J. Walas-Trębacz, *Podstawy zarządzania kryzysowego*, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego, Kraków 2010, s. 211.

⁴ W. Lidwa, W. Krzeszowski, W. Więcek, *Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych*, AON, Warszawa 2010, s. 66.

oraz możliwość natychmiastowej reakcji – dysponowania sił i środków adekwatnych do skali zdarzenia. Minusem bezspornie są bardzo wysokie koszty budowy (olbrzymia sala operacyjna i konieczność rozbudowy zaplecza biurowo-socjalnego).

Finansowanie ratownictwa medycznego następuje z dwóch źródeł:

- z budżetu państwa;
- ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z budżetu państwa, z części, której dysponentami są wojewodowie, finansowane są zespoły ratownictwa medycznego, a z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia finansowane są świadczenia udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali, wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, objęte wojewódzkim planem działania systemu. Minister właściwy ds. zdrowia, inni właściwi ministrowie, wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego, mogą finansować lub dofinansowywać nakłady na inwestycje pozwalające na utworzenie i modernizację zespołów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz stanowisk pracy dyspozytorów medycznych – w zakresie zakupów i modernizacji wyposażenia, środków łączności, sprzętu medycznego, jak również specjalistycznych środków transportu⁵.

Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego opiera się na ustawie z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, ustawie z dnia 22 października 2010 r. *o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, a także na innych aktach wykonawczych, np. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*, czy też rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2009 r. *w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego* oraz wiele innych.

Organami odpowiedzialnymi za jego organizację są Minister Zdrowia (na terenie kraju) oraz wojewodowie (na terenie województwa).

Z systemem współpracują:

- służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego;

⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, op. cit., art. 50, pkt 1.

- społeczne organizacje ratownicze, które są zobowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeśli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym określiła strukturę, organizację oraz zadania Centrów Powiadamiania Ratunkowego (CPR). Zgodnie z jej zapisem centrum powiadamiania ratunkowego to: *zintegrowane stanowisko dyspozytorskie, usytuowane w strukturze powiatowej administracji zespolonej, służące do przyjmowania i selekcji zgłoszeń o sytuacjach zagrożenia życia, zdrowia, mienia lub środowiska oraz dysponowania podmiotów systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego i działających na ich rzecz innych służb, straży oraz podmiotów wspomagających działania ratownicze*. Mimo wejścia w życie ustawy już kilka lat temu, tylko nieliczne województwa mogą poszczycić się faktem istnienia na ich terenie centrum powiadamiania ratunkowego. W większości nadal są to stanowiska dyspozytorskie ulokowane w głównej podstacji danego ośrodka. Dyrektywa Rady Europy nr 22 z dnia 7 marca 2002 r. w artykule 26, nałożyła obowiązek na państwa członkowskie wprowadzenia numeru ratunkowego 112, *Państwa członkowskie zapewniają właściwe odbieranie i obsługę wywołań jednego europejskiego numeru alarmowego „112”, w sposób najlepiej odpowiadający krajowej organizacji systemów alarmowych i mieszczący się w granicach technologicznych możliwości sieci*⁶. Artykuł 25 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowi, że w urzędzie wojewódzkim działają Centra Powiadamiania Ratunkowego, które przyjmują zgłoszenia z numeru alarmowego 112 i przekazują odpowiednim służbom, czyli Policji, Państwowej Straży Pożarnej lub Pogotowiu Ratunkowemu. Każdy człowiek znajdujący się na terenie Unii Europejskiej, w myśl wcześniejszej przytoczonych przepisów, ma prawo wezwać służby odpowiedzialne za nasze bezpieczeństwo (Policja, Straż Pożarna, Pogotowie Ratunkowe), dzwoniąc na ujednolicony numer alarmowy 112. Wynika z tego, iż obsługa w postaci dyspozytora powinna być co najmniej dwujęzyczna, aby mogła przyjąć każde wezwanie. Powyższe cytowane fragmenty znów mówią o bycie nieistniejącym. W większości miast w Polsce dzwoniąc pod numer alarmowy 112 z telefonu komórkowego dodzwonimy się do Policji, natomiast wybierając ten numer z telefonu stacjonarnego – telefon odbierze strażak.

Centrum Powiadamiania Ratunkowego jest to stanowisko pracy dyspozytorów, gdzie przyjmowane są zgłoszenia o zdarzeniach nagłych, następuje ich kwalifikacja oraz nadanie im priorytetu, czyli kodu pilności (K1, K2, K3). Później następuje zadysponowanie zespołów oraz koordynacja podjętych działań. Dyspozytor

⁶ W. Lidwa, W. Krzeszowski, W. Więcek, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 66.

powiadamia również o zaistniałym zdarzeniu jednostki współpracujące z systemem, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia. W razie konieczności użycia jednostek systemu spoza obszaru działania dysponenta jednostki, dyspozytor medyczny powiadamia lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Ze względu na tak szeroki, a zarazem bardzo ważny i odpowiedzialny zakres obowiązków, dyspozytorem medycznym może zostać osoba, która posiada odpowiednie wykształcenie, a także minimum pięcioletnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala. Dodatkowo dyspozytor medyczny ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego. Od jego wykształcenia i doświadczenia zależy właściwe funkcjonowanie systemu jako całości, co ma bezpośrednio wpływ na zdrowie i życie osób poszkodowanych.

Zespoły ratownictwa medycznego są to jednostki utworzone w celu podejmowania medycznych działań ratowniczych w warunkach przedszpitalnych. Zespół w swojej pracy wykorzystuje ambulans ratunkowy (lub śmigłowiec). W skład zespołu wchodzi osoba posiadająca kwalifikacje do podejmowania działań ratowniczych, w tym co najmniej jedna osoba uprawniona do prowadzenia środka transportu⁷. Zespoły ratownictwa naziemnego dzielą się na zespoły specjalistyczne „S”, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu⁸, pielęgniarka systemu⁹ lub ratow-

⁷ J. Jakubaszko, A. Ryś, *Ratownictwa medyczne w Polsce*, Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002, s. 178.

⁸ Lekarz systemu – lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, a także do dnia 31 grudnia 2020 r. również lekarze posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, art. 3, pkt 3 oraz ustawa z dnia 22 października 2010 r. *o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, art. 1, pkt 1.

⁹ Pielęgniarka systemu – pielęgniarka, posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadająca co najmniej 3 letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym, ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, op. cit., art. 3, pkt 6.

nik medyczny¹⁰. Zespoły podstawowe „P” mają w obsadzie co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe obecnie prowadzi działalność w siedemnastu bazach stałych, w których stacjonują śmigłowe zespoły ratownictwa medycznego. Zespół Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS – ang. Helicopter Emergency Medical Service) to pilot zawodowy, ratownik medyczny/pielęgniarka i lekarz systemu. Do wezwania zespołu HEMS uprawnieni są: Dyspozytor Krajowy SP ZOZ LPR, lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego i dyspozytorzy pogotowia ratunkowego, dyspozytorzy medyczni Centrum Powiadamiania Ratunkowego, jak również dyspozytorzy innych podmiotów ratowniczych (Państwowa Straż Pożarna, GOPR, TOPR, WOPR), poprzez dyspozytora medycznego pogotowia ratunkowego lub bezpośrednio na podstawie podpisanych porozumień.

Zespoły ratownictwa medycznego (lądowe i powietrzne) transportują osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora medycznego. W przypadku transportu poza rejon operacyjny, transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego¹¹.

Działanie systemu ratunkowego można scharakteryzować, podając następujące parametry liczbowe:

1. Po hasło „na ratunek” – czyli wszystkie wezwania przyjęte na numer alarmowy i z kodem pilności nadanym przez dyspozytora medycznego, jako K1- zespół ratownictwa medycznego w ciągu dwóch minut zostaje uruchomiony i kieruje się do pacjenta w celu udzielenia pierwszej pomocy medycznej.
2. Zgodnie ze standardami europejskimi czas dojazdu zespołu medycznego do chorego lub ofiary wypadku nie powinien być dłuższy niż 8 minut na terenie aglomeracji miejskiej oraz do 15 minut na terenie wiejskim¹².

¹⁰ Ratownik medyczny – osoba, która spełnia następujące wymagania: ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub ukończyła publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny”; tamże, art. 10, pkt 4.

¹¹ Ustawa z dnia 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym..., op. cit., art. 1, pkt 5.

¹² L. Brongel, *Złota godzina, czas życia, czas śmierci*, Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007, s. 12.

3. 1 godzina po wypadku, czyli tak zwana „złota godzina” – jest to czas, którego początek zaczyna się w chwili doznania urazu i powinien zakończyć się, gdy pacjent otrzymuje specjalistyczną pomoc medyczną (np. trafia na blok operacyjny).

Szpitalne oddziały ratunkowe (zastąpiły wcześniejsze izby przyjęć) są jednostką organizacyjną szpitala wyspecjalizowaną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego¹³. Do szpitalnego oddziału ratunkowego osoby w nagłym stanie zagrożenia zdrowotnego są przywożone przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłaszają się same. W szpitalnym oddziale ratunkowym udzielane są całodobowo świadczenia opieki zdrowotnej, polegającej na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób poszkodowanych. Szpitalny oddział ratunkowy wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w *sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*, zlokalizowany jest na poziomie wejścia dla pieszych i wjazdu specjalistycznych środków transportu. Oddział ten składa się z następujących obszarów: segregacji medycznej, resuscytacyjno-zabiegowego, wstępnej i intensywnej terapii, terapii natychmiastowej, obserwacji, obszaru konsultacyjnego, laboratoryjno-diagnostycznego, stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeżeli oddział ma je w swej strukturze, jak również z zaplecza administracyjno-gospodarczego¹⁴. Wspomniane rozporządzenie wymienia wymogi organizacyjne oraz minimalne wyposażenie każdego z wyżej wymienionych obszarów SOR-u. Jeżeli chodzi o zasoby kadrowe tej placówki, wymienia się tu ordynatora (kierownika) oddziału, pielęgniarkę oddziałową, lekarzy w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, jak również pielęgniarki i ratowników medycznych w odpowiedniej liczbie.

Jak już wspomniano wyżej, osobą odpowiedzialną za funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego na terenie województwa jest wojewoda.

Do zadań wojewody w zakresie administrowania systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego należy: planowanie, organizowanie i koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa, prowadzenie ewidencji jednostek systemu oraz jednostek współpracujących z systemem, podjęcie działań organizacyjnych zmierzających do zapewnienia odpowiednich parametrów czasu dotarcia zespołów ratownictwa na miejsce zdarzenia oraz sporządzenie

¹³ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym..., op. cit., art. 1.

¹⁴ Rozporządzenie z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, DzU nr 55, poz. 365, § 5.

wojewódzkiego planu działania systemu (na okres trzech lat z możliwością corocznej aktualizacji).

Wojewódzki zespół zarządzania kryzysowego jest organem pomocniczym wojewody. Do zadań zespołu należy¹⁵:

- ocena występujących i potencjalnych zagrożeń mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo publiczne i prognozowanie tych zagrożeń,
- przygotowanie propozycji działań i przedstawianie wojewodzie wniosków dotyczących wykonania, zmiany lub zaniechania działań ujętych w wojewódzkim planie reagowania kryzysowego,
- przekazywanie do wiadomości publicznej informacji związanych z zagrożeniami,
- opiniowanie wojewódzkiego planu reagowania kryzysowego.

W skład zespołu wojewódzkiego wchodzi wojewoda jako przewodniczący, kierownik komórki organizacyjnej właściwej w sprawach zarządzania kryzysowego w urzędzie wojewódzkim jako zastępca przewodniczącego, a także inne osoby wskazane przez przewodniczącego, w zależności od potrzeb, spośród: kierowników zespolonych służb, inspekcji i straży wojewódzkich; osób zatrudnionych w urzędzie wojewódzkim lub w jednostkach organizacyjnych służb, inspekcji i straży wojewódzkich; osób zatrudnionych w regionalnych zarządach gospodarki wodnej, wojewódzkich zarządach melioracji i urzędach wodnych oraz Instytucie Meteorologii i Gospodarki Wodnej.

Dla potrzeb zarządzania kryzysowego tworzy się wojewódzkie centra zarządzania kryzysowego. Do ich zadań należy¹⁶:

- pełnienie całodobowego dyżuru w celu zapewnienia przepływu informacji na potrzeby zarządzania kryzysowego,
- współdziałanie z centrami zarządzania kryzysowego organów administracji publicznej,
- nadzór nad funkcjonowaniem systemu wykrywania i alarmowania oraz systemu wczesnego ostrzegania ludności,
- współpraca z podmiotami realizującymi monitoring środowiska,
- współdziałanie z podmiotami prowadzącymi akcje ratownicze, poszukiwawcze i humanitarne,
- dokumentowanie działań podejmowanych przez centrum,
- realizacja zadań stałego dyżuru na potrzeby podwyższenia gotowości obronnej państwa,
- pełnienie całodobowego dyżuru lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

¹⁵ W. Lidwa, W. Krzeszowski, W. Więcek, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 53.

¹⁶ Tamże, art. 16.

W urzędzie wojewódzkim oprócz wspomnianego wyżej centrum powiadamiania ratunkowego, które przyjmuje zgłoszenia z numeru alarmowego 112¹⁷, działa również lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

Lekarz koordynator ratownictwa medycznego działa na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym wraz z późniejszymi nowelizacjami, a także na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Sprawuje on nadzór nad funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego na terenie województwa. Lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz systemu, który posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespole ratownictwa medycznego¹⁸. Lekarz koordynator, zgodnie z art. 29 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, pełni dyżur w trybie całodobowym. Przepis ten nakazuje zatrudnienie lekarzy koordynatorów w liczbie zapewniającej nieprzerwane i całodobowe realizowanie zadań w ustawie. Z lekarzami koordynatorami ratownictwa medycznego wojewoda nawiązuje stosunek pracy na podstawie powołania.

Do zadań lekarza koordynatora należy w szczególności:

- nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych,
- koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu spoza obszaru działania jednego dysponenta jednostki,
- udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy,
- udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego,
- pełnienie całodobowego dyżuru.

Z analizy szerokiego zakresu obowiązków lekarza koordynatora wynika, że rola tej osoby w systemie ratownictwa medycznego jest często pomijana i niedoceniona.

¹⁷ Centra powiadamiania ratunkowego zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, powinny funkcjonować w urzędach wojewódzkich, w ramach komórki organizacyjnej właściwej do spraw zarządzania kryzysowego, jednakże taki stan jeszcze nie został osiągnięty. W województwie mazowieckim aktualnie nie ma centrum powiadamiania ratunkowego, a zgłoszenia przyjmowane na numer alarmowy 112 realizuje Policja, która następnie przekierowuje do właściwych jednostek służb.

¹⁸ Ustawa z dnia 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym..., op. cit., art. 1, pkt 6.

Do lekarza koordynatora spływają na bieżąco informacje od dysponentów jednostek, zakładów opieki zdrowotnej i jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, na temat:

- miejsca i rodzaju zdarzenia, jak również liczbie osób poszkodowanych,
- liczby i rodzaju dostępnych zespołów ratownictwa medycznego, jak również liczby jednostek zadysponowanych do udzielania pomocy medycznej,
- gotowości szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz jednostek organizacyjnych szpitali do przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- czasowego, całkowitego lub częściowego braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez komórki organizacyjne szpitala wraz z podaniem przyczyny takiego stanu i przewidywanym okresie trwania tych ograniczeń,
- czasowym wyłączeniu z użycia aparatury wysokospecjalistycznej (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, sprzęt do koronarografii i angioplastyki i np. sprzęt do dializoterapii),
- liczby wolnych stanowisk intensywnej terapii, sal operacyjnych.

Dzięki takim informacjom, które posiada lekarz koordynator, możliwe jest właściwe zarządzanie pracy jednostek ratownictwa medycznego. Umożliwia to kontrolę nad kierowaniem zespołów ratownictwa medycznego do konkretnych placówek służby zdrowia, specjalizujących się w leczeniu obrażeń adekwatnych dla danego pacjenta. Wyżej wymieniona ustawa oraz rozporządzenie, przewiduje jego ingerencję w sytuacjach konieczności poszukiwania miejsca pobytu dla pacjenta w szpitalach (w szczególności łóżek na oddziale intensywnej opieki medycznej – OIOM) oraz koordynację dyslokacji poszkodowanych w zdarzeniach masowych i katastrofach.

Rolę lekarza koordynatora docenia się szczególnie podczas zdarzeń masowych i katastrof, gdzie lekarz kierujący działaniami medycznymi podczas akcji nie jest w stanie będąc na miejscu zdarzenia ocenić racjonalnie siły, środki jak również możliwości wydolności systemu ratownictwa medycznego.

Zdarzenie masowe, jest nagłym wypadkiem, a jego następstwem jest duża liczba poszkodowanych osób, które nie mogą otrzymać jednocześnie pomocy medycznej w pełnym zakresie. Zdarzenie masowe zawsze wymaga przeprowadzenia segregacji medycznej. Natomiast lokalne służby ratownicze są wystarczające do opanowania skutków zdarzenia masowego¹⁹.

Za katastrofę uznaje się nagłe zdarzenie wymagające użycia sił i środków w liczbie przekraczającej możliwości lokalnych służb ratowniczych. Konieczna jest

¹⁹ A. Zawadzki, *Medycyna ratunkowa i katastrof*, PZWL, Warszawa 2006, s. 370.

tu pomoc służb medycznych pozalokalnych. Podobnie, jak w zdarzeniu masowym, nie wszyscy poszkodowani mogą otrzymać jednocześnie pomoc medyczną w pełnym zakresie, co wiąże się z koniecznością przeprowadzenia segregacji medycznej. Katastrofa zawsze wiąże się z poważnymi stratami materialnymi i często dużą liczbą ofiar. Do usunięcia skutków takiego zdarzenia muszą być użyte znaczne siły i środki, zgromadzone w bardzo krótkim czasie, co wymaga efektywnego systemu łączności²⁰. W tym miejscu znów zauważa się rolę lekarza koordynatora ratownictwa medycznego w całościowym organizowaniu pomocy medycznej rannym i poszkodowanym w taki sposób, aby jak największej liczbie osób udzielono pierwszej pomocy i skierowano do szpitali adekwatnych do profilu leczenia obrażeń. Chodzi o to, żeby wszyscy poszkodowani nie trafili w tym samym czasie do jednego szpitala. W takiej sytuacji personel SOR-u będzie niewydolny, żeby przyjąć i obsłużyć w należyty sposób znaczną liczbę osób.

Decyzję po uznaniu zdarzenia za masowe lub katastrofę, podejmuje pierwszy przybyły na miejsce zdarzenia dowódca jednostki państwowej straży pożarnej lub kierownik zespołu ratownictwa medycznego.

Ratownictwo medyczne jest służbą, która w przypadkach zdarzeń o charakterze masowym spełnia jedynie rolę pomocniczą. Osobą kierującą całą akcją jest członek Państwowej Straży Pożarnej lub policjant – w sytuacji, gdy chodzi o akt terroru. Jednak, ze względu na specyfikę działań z zakresu ratownictwa medycznego, zawsze podczas takiego zdarzenia musi być wyznaczony przedstawiciel służby zdrowia, czyli koordynator medycznych działań ratowniczych, który kieruje środkami i siłami ratownictwa medycznego. Jest nim najczęściej pierwszy lekarz z zespołu ratownictwa medycznego, który przybył na miejsce zdarzenia lub lekarz wyznaczony przez dyspozytora medycznego Centrum Powiadamiania Ratunkowego²¹. Lekarz, który zajmuje się koordynacją działań medycznych na miejscu katastrofy jest wyłączony z działań manualnych, tj. stricte ratowniczych. Do jego zadań należy koordynacja działań manualnych przez pozostałe zespoły ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia oraz kontaktowanie się z dyspozytorem medycznym i lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego w celu uzyskania informacji na temat kierunku transportu osób poszkodowanych w wyniku katastrofy.

W rejonie katastrofy wyróżnia się trzy strefy bezpieczeństwa:

- strefa zniszczenia – jest to obszar bezpośrednio dotknięty katastrofą. Pomoc polega na ewakuacji poszkodowanych poza tę strefę. Zakres zniszczeń i liczb

²⁰ W. Lidwa, W. Krzeszowski, W. Więcek, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 15.

²¹ W. Gaszyński, *Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 270.

by osób poszkodowanych zależy od struktury demograficznej, ekonomicznej oraz położenia terenu na którym miała miejsce katastrofa;

- strefa potencjalnie niebezpieczna – jest to obszar o nieznacznym stopniu zniszczenia z występującym potencjalnym zagrożeniem dla służb ratowniczych;
- strefa bezpieczna – jest to obszar nieobjęty zniszczeniem, do tej strefy ewakuowani są ludzie z miejsca zagrożenia.

W wypadkach masowych i katastrofach, ze względu na czas, jaki upłynął od ich wystąpienia i rodzaju podjętych czynności ratowniczych, wyróżnia się cztery fazy²²:

- faza wstępna – obejmuje pierwsze minuty od wystąpienia zdarzenia. Ważne na tym etapie jest szybkie rozpoznanie zagrożenia i powiadomienie służb ratowniczych. Jest to faza, w której poszkodowani są skazani sami na siebie, współuczestników lub świadków zdarzenia. Jeżeli chodzi o udział służb ratowniczych w tej fazie, można wymienić tu rolę dyspozytora jako osobę, która prawidłowo zbierze wywiad i zadysponuje odpowiednio i adekwatnie do danej sytuacji zespoły;
- faza konsolidacji – rozpoczyna się w momencie przybycia na miejsce zdarzenia służb ratowniczych. Istotna w tej fazie jest działalność podmiotów ratownictwa obecnych na miejscu zdarzenia. Dochodzi tu do wstępnej segregacji osób poszkodowanych, wstępnego leczenia na miejscu zdarzenia oraz opanowanie reakcji tłumu. W tej fazie lekarz koordynator rozpoczyna swoje działania. Dostaje informacje od dyspozytorów, jak również koordynatorów działań ratowniczych, będących na miejscu zdarzenia o zakresie katastrofy, liczbie poszkodowanych oraz ich stanie zdrowia. Posiada również informacje od szpitali na temat dostępnych miejsc łóżkowych (szczególnie intensywnej terapii). Następnie dochodzi do selekcji i decyzji ww. lekarza w sprawie kierowania zespołów wyjazdowych do konkretnych placówek służby zdrowia. Od sprawności tych działań zależy w dużej mierze wielkość poniesionych strat w wyniku katastrofy;
- faza usuwania skutków – obejmuje specjalistyczne leczenie poszkodowanych w szpitalach, a także naprawę zniszczeń na miejscu katastrofy.
- faza odległa – obejmuje likwidację odległych skutków zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych. Na tym etapie dokonuje się oceny i analizy zdarzenia oraz podjętych działań ratowniczych, w celu usprawnienia i udoskonalenia ich w przyszłości.

W celu właściwej koordynacji działań ratowniczych podczas zdarzenia masowego i katastrofy, służby medyczne wdrażają odpowiednie procedury, którą jest

²² A. Zawadzki, *Medycyna...*, op. cit., s. 371.

na przykład segregacja medyczna, tzw. triage. Segregację przeprowadzają ratownicy, którzy przybyli jako pierwsi na miejsce zdarzenia. Segregacja ta polega na oznaczeniu poszkodowanych kolorami: czerwonym, żółtym, zielonym i czarnym. Kolor czerwony oznacza osobę w bardzo ciężkim stanie, która rokuje przeżycie i jej udzielana jest pomoc w pierwszej kolejności. Kolor żółty jest zarezerwowany dla osób, które mają poważne obrażenia, lecz mogą oczekiwać na transport. Poszkodowani, oznaczeni tym kolorem otrzymują pomoc w drugiej kolejności. Kolorem żółtym ratownicy medyczni oznaczają również osoby niezakwalifikowane do reanimacji, a to dlatego że ratownik medyczny nie ma uprawnień do stwierdzenia zgonu pacjenta. Lekarz będący na miejscu zdarzenia i dokonujący segregacji, ww. osobę przydzieli do grupy czarnej. Kolor zielony jest przydzielony osobom lżej rannym, którzy samodzielnie się poruszają. Wymagają oni badania lekarskiego, lecz ich stan zdrowia pozwala na to, żeby otrzymali tę pomoc w późniejszym czasie, to znaczy w trzeciej kolejności. Wyżej przedstawiono w bardzo uproszczony sposób przeprowadzania triagu. Segregacja taka jest potrzebna, aby w kontakcie z koordynatorem uprościć sposób przedstawienia stanu zdrowia pacjentów. Osoba koordynująca działania ratownicze na miejscu zdarzenia podczas rozmowy z lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego posługuje się zaszyfrowanym skróconym opisem poszkodowanych i przedstawia sytuację podając np. trzech czerwonych, sześciu żółtych, dziesięciu zielonych, dwie czarne. Co odpowiada – trzem osobom w ciężkim stanie wymagającym natychmiastowej pomocy, sześciu ciężko rannym wymagającym szybkiej pomocy, dziesięciu lekko rannym, którym należy udzielić pomocy tzw. odroczonej i dwóm zgonom. Lekarz koordynator, mając wiedzę na temat aktualnej sytuacji dostępności szpitali oraz specjalistycznego sprzętu w tych placówkach, jak również rodzaju obrażeń poszkodowanych, kieruje zespoły ratunkowe do placówek służby zdrowia, tak aby maksymalnie dwie osoby w ciężkim stanie trafiły na jeden szpitalny oddział ratunkowy. Jest to uwarunkowane tym, iż na obszarze resuscytacyjno-zabiegowym wchodzącym w skład szpitalnego oddziału ratunkowego znajdują się tylko dwa stanowiska resuscytacyjne²³, więc tylko dwóm osobom w ciężkim stanie i w tym samym czasie jest możliwe profesjonalne i kompleksowe udzielanie pomocy medycznej oraz leczenie.

Kolejnym ważnym zadaniem, jakie stoi przed lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, jest koordynacja działań, w przypadku gdy zespoły ratownictwa z danego rejonu operacyjnego są niewydolne w danym czasie do obsługi wezwania ratunkowych, szczególnie tych w kodzie pierwszym. Gdy taka sytuacja ma miej-

²³ Rozporządzenie z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego..., op. cit., § 7.

sce, dyspozytor ratownictwa medycznego za pomocą dostępnych środków łączności kontaktuje się z lekarzem koordynatorem, żeby uzyskać zgodę na zadysponowanie zespołu wyjazdowego z sąsiedniego rejonu operacyjnego. Wszystko po to, aby pacjent będący w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, nie czekał na pomoc medyczną dłużej niż jest to konieczne. W przypadku, gdy zajdzie potrzeba uruchomienia zespołu wyjazdowego z ościennego województwa, lekarz koordynator ratownictwa medycznego z województwa, na którym zaszło dane zdarzenie, kontaktuje się z lekarzem koordynatorem innego województwa, aby uzyskać zgodę na uruchomienie jego jednostki ratownictwa medycznego. Taka sytuacja może mieć miejsce głównie w przypadkach katastrof, kiedy są potrzebne siły i środki znacznie większe niż lokalne.

W sytuacji, gdy katastrofa ma miejsce przy granicy województw, a co za tym idzie poszkodowani i ranni są zarówno w jednym, jak i w drugim województwie, wezwania na numery alarmowe są automatycznie odbierane z najbliższego nadajnika. Dojdzie tu do sytuacji, gdy dyspozytorzy medyczni obydwu województw dostaną to zgłoszenie. Wtedy działają podmioty ratownictwa medycznego z dwóch województw, a poszkodowani trafiają do placówek z dwóch województw. W koordynację tych działań są zaangażowani obaj lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego. Jednakże osobą mającą zwierzchnictwo nad koordynacją i scalającą całą akcję jest lekarz koordynator ratownictwa medycznego z województwa, na którego terenie doszło do katastrofy.

W niniejszej pracy podjęto próbę analizy i oceny funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem jednego z elementów tej struktury, a mianowicie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Elementarnym celem tej pracy była odpowiedź na pytanie: Czy stanowisko lekarza koordynatora jest niezbędne w systemie ratownictwa medycznego? Finalnie, można niewątpliwie stwierdzić, że lekarz koordynator jest niezmiernie ważnym ogniwem tego łańcucha. Od niego i efektów jego pracy, zależy skuteczność systemu ratownictwa medycznego. W celu sprawnego i profesjonalnego działania systemu ratownictwa medycznego, wszystkie elementy składowe, podmioty i jednostki współpracujące z tym systemem, muszą być na jak najwyższym poziomie. Personel pracujący w służbie zdrowia ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego. Placówki medyczne muszą działać na jak najwyższym poziomie, żeby stan poczucia bezpieczeństwa i zdrowia obywateli był w pełni zadowalający. Nie można ocenić jednoznacznie, który z elementów systemu jest najważniejszy, ale z całą pewnością można zaznaczyć, iż stanowisko lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, działającego w urzędzie wojewódzkim jest niedocenione i zarazem bardzo ważne, w przypadku właściwej koordynacji działań medycz-

nych. Gdyby nie lekarz koordynator, który ma wiedzę aktualizowaną na bieżąco na temat możliwości wydolności i działalności szpitali, zapanowałby chaos. Zespoły medyczne udzielałyby w profesjonalny sposób pierwszej pomocy medycznej, następnie transportowałyby do szpitala, gdzie na miejscu okazałoby się, że pacjentów w danej placówce jest kilkakrotnie więcej, niż możliwości tych placówek. Gdyby nie stanowisko lekarza koordynatora, doszłoby do takiej sytuacji, że zespół wyjazdowy w ustawowym, maksymalnie ośmiominutowym czasie, dojechałby do pacjenta. W równie krótkim odstępie czasu przetransportowałby chorego do szpitalnego oddziału ratunkowego, a tam pacjent czekałby kilka godzin na przyjęcie, ze względu na obłożenie tego miejsca przez innych pacjentów, przywożonych przez kolejne zespoły ratownictwa medycznego. Złota godzina, o której tak wiele się mówi w ratownictwie stałaby się utopią. Łańcuch przeżycia, który stanowią poszczególne ogniwa systemu ratownictwa medycznego jest na tyle silny, na ile jest mocne najsłabsze ogniwo. Lekarz koordynator ratownictwa medycznego ma czuwać nad tym, aby żadne ogniwo nie osłabło i nie zaburzyło funkcjonowania pozostałych składowych, a pacjent otrzymał pomoc jak najbardziej profesjonalną i na jak najwyższym poziomie.

BIBLIOGRAFIA:

Akty prawne

- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, DzU z 2006 r., nr 191, poz. 1410.
- Ustawa z dnia 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, DzU z 2010 r., nr 219, poz. 1443.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, DzU z 2009 r., nr 39, poz. 322.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, DzU z 2007 r., nr 55, poz. 365.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, DzU z 2011 r., nr 237, poz. 1420.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego, DzU z 2011 r., nr 50, poz. 262.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego, DzU nr 139, poz. 1137.

Literatura przedmiotu

- Brongel L., *Złota godzina, czas życia, czas śmierci*, Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.
- Gaszyński W., *Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej*, PZWL, Warszawa 2008.
- Jakubaszko J., Ryś A., *Ratownictwa medyczne w Polsce*, Zdrowie i zarządzanie, Kraków 2002.
- Zarządzanie w sytuacjach kryzysowych*, red. W. Lidwa, W. Krzeszowski, W. Więcek, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2010.
- Zawadzki A., *Medycyna ratunkowa i katastrof*, PZWL, Warszawa 2006.
- Ziarko J., Walas-Trębacz J., *Podstawy zarządzania kryzysowego*, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego, Kraków 2010.