

System ratownictwa medycznego ma wciąż zbyt dużo słabych ogniw

Ratunek w przyszłości

Adam Majewski

System ratunkowy w Polsce wciąż się kształtuje. Z jednej strony, mamy strażaków, którzy być może będą musieli zastępować ratowników medycznych strajkujących przeciw niskim płacom. Z drugiej, ponad 235 mln euro z funduszy Unii Europejskiej na zakup nowoczesnego sprzętu. Jaka jest prawda o polskim systemie ratownictwa medycznego?

Ratownicy medyczni każdego roku wzywani są ponad 3 mln razy, w tym do 420 tys. wypadków. Statystyki nie pozostawiają jednak złudzeń – jesteśmy w europejskim ogonie, jeżeli chodzi o ratowanie ludzkiego życia. Głównym problemem jest brak nowoczesnego sprzętu.

Śmierci nie można uniknąć?

Medycyna ratunkowa w Polsce ma zaledwie kilka lat. U schyłku lat 90. powstało Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, a w roku 2001 weszła w życie ustawa o państwowym ratownictwie medycznym. W tym też czasie rozpoczęto kształcenie lekarzy specjalistów w tej dziedzinie.

System ratownictwa medycznego, w którego skład wchodzi centra powiadamiania ratunkowego (CPR), zespoły ratunkowe pogotowia ratunkowego (reanima-

cyjne i wypadkowe), Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), ma wciąż zbyt dużo słabych ogniw. Doprowadza to często do przerwania tzw. łańcucha przeżycia (tzn. działań podejmowanych w celu ratowania życia od powiado-

mienia o zagrożeniu począwszy, przez lokalizację miejsca zdarzenia przez CPR, udzielenie pierwszej pomocy medycznej, na transporcie do szpitalnego oddziału ratunkowego i specjalistycznych działaniach medycznych w szpitalu specjalistycznym skończywszy).

O tym, że sytuacja jest zła, świadczy wskaźnik tzw. *zgonów do uniknięcia*, czyli tych, do których prawdopodobnie by nie doszło w lepszych warunkach organiza-



winiętych krajach europejskich 5–10 proc. Podobnie jest z liczbą zgonów okołokomunikacyjnych – w Polsce jest to 11 ofiar na 100 wypadków, podczas gdy w UE 3-krotnie mniej. Tylko co drugiej ofierze wypadków w Polsce udziela się pomocy w pełnym zakresie. Do połowy zgonów z powodu urazów dochodzi w okresie przedszpitalnym. Podobny wskaźnik ma np. Ghana. Poważnym problemem jest ponadto wydłużenie łańcucha przeżycia. Leczenie szpitalne niemal 40 proc. ofiar wypadków rozpoczyna się po przeszło dwóch godzinach!

Sprzętowo w tyle

Skąd takie zatrważające statystyki? Odpowiedź jest prosta – wyposażenie służb ratunkowych jest niekompletne. Szacuje się, że połowa pojazdów ratunkowych powinna być natychmiast wycofana z eksploatacji! Aż 20 proc. zgonów w szpitalach notuje się w pierwszych sześciu godzinach leczenia, co świadczy o tym, że placówki nie są odpowiednio przygotowane do niesienia szybkiej pomocy lekarskiej w stanach nagłego zagrożenia życia.



„ Tylko co drugiej ofierze wypadków w Polsce udziela się pomocy w pełnym zakresie ”

cyjnych, w lepszym otoczeniu przedszpitalnym i szpitalnym, oraz przy lepszym przygotowaniu osób zajmujących się ratowaniem życia. Pod tym względem wypadamy błędnie na tle innych krajów UE. Wskaźnik zgonów do uniknięcia wynosi bowiem 30 proc., a w roz-

Można mnożyć wypadki, gdy brak sprzętu przyczyniał się do tragedii. W marcu tego roku na zawał serca zmarł 50-letni bydgoszczanin, pracownik przy- szpitalnej chłodni. W karetce reanimacyjnej nie było bowiem defibrylatora i sprzętu do intubacji. Trzy



„ Dotarcie z defibrylatorem do poszkodowanego na terenie szpitala powinno zajmować nie więcej niż trzy minuty ”

miesiące później 48-letnia mieszkanka Krosna zmarła na zawał w... poczekalni do kardiologa. Powód? Zbyt długo czekano na defibrylator. Czy sprzęt decyduje o ludzkim życiu?

– Sprzęt odgrywa bardzo ważną rolę w ratowaniu życia ludzkiego. Dzięki prawidłowo dobranym urządzeniom możemy dać szansę większej liczbie pacjentów oraz wspomóc personel medyczny – podkreśla Marcin Wyczyński, szef Physio-Control, działu Medtronic Poland. – Doskonale sprawdza się np. w polskich warunkach wprowadzony ostatnio przez nas Lucas CPR – szwedzkie urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej. Zasilany tlenem lub powietrzem aparat wykonuje masaż serca. Mechaniczna precyzja pozwala na skuteczne prowadzenie resuscy-

tacji krążeniowo-oddechowej, włączając w to reanimację przez dłuższy czas lub w trakcie transportu pacjenta – dodaje.

Dziś każdy ambulans wyposażony jest w deski ortopedyczne, m.in. Millennia, które 10 lat temu nie były w ogóle w Polsce znane. Zmieniło się wszystko – sprzęt, możliwości, rozumienie potrzeb. Produktem cieszącym się największym zainteresowaniem jest platforma do uciskania klatki piersiowej AutoPulse firmy ZOLL Medical Corporation, zwiększająca efekty resuscytacyjne o 40 proc. Sprawny menedżer łatwo przeliczy, że szybko i efektywnie zresuscytowany pacjent będzie znacznie krócej leżał na oddziale intensywnej terapii, który – jak wiadomo – jest jednym z najdroższych oddziałów w każdym szpitalu – mówi Jordan Posmyk, specjalista ds. sprzętu ratowniczego, kierownik działu rozwoju i wdrożeń firmy Paramedica Polska.

Poprawa ta wynika m.in. z realizowania programów celowych, takich jak Szpital Bezpieczny dla Serca, który zakłada, że dotarcie z defibrylatorem do poszkodowanego na terenie szpitala powinno zajmować nie więcej niż trzy minuty. Dzięki ogólnopolskiemu programowi Lifepak Ratunek dla Serca w wielu miejscach publicznych i zakładach pracy zamontowano zaś automatyczne Lifepaki, których może użyć każdy świadek zdarzenia, nie trzeba do tego lekarza. Ostatnio nowoczesne defibrylatory trafiły także do grup ratownictwa PCK z Głogowa i Olsztyna.

Wprowadzenie nowego sprzętu zawsze wiąże się z koniecznością szkolenia: – Najgorszy z możliwych scenariuszy to taki, w którym klient kupił defibrylator, istnieje

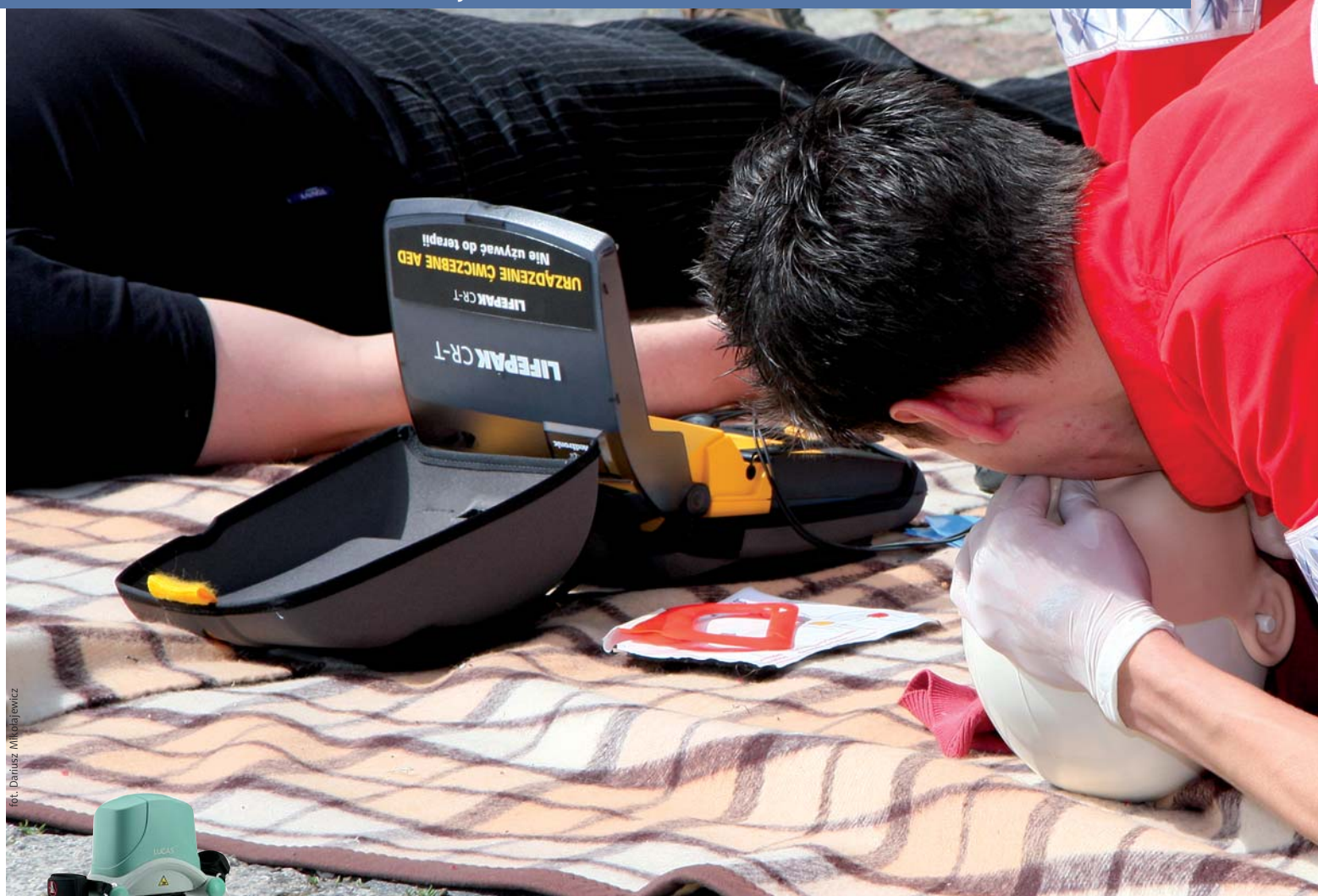


foto: Dariusz Włochajewicz



je potrzeba użycia go i okazuje się, że nikt nie wie, jak go zastosować. Staramy się takim sytuacjom zapobiegać poprzez ustawiczne szkolenia – mówi Marcin Wyczyński z Physio-Control.

– Wprowadzenie większości sprzętu z zakresu ortopedii, transportu, ewakuacji, monitorowania, diagnostyki wymaga dokładnego przeszkolenia użytkowników. Personel medyczny, nawet doskonale wyszkolony, często nie ma dostatecznej wiedzy lub doświadczenia związanego z wykorzystaniem nowego sprzętu. Takiej sytuacji zaradzić mają cykle szkoleń z zakresu użytkowania sprzętu medycznego, prowadzone od lat przez Paramedica Polska – mówi Jordan Posmyk.

Skąd pieniądze?

Czy państwowe jednostki służby zdrowia stać na zakup nowoczesnego sprzętu ratowniczego, skoro polska służba zdrowia jest zadłużona na 14 mld zł? Według specjalistów, należałoby raczej odpowiedzieć na pytanie, czy placówki stać na kupowanie taniego sprzętu, który jest awaryjny i charakteryzuje się niską jakością.

– W tym wymiarze wyraz „stać” nabiera nowego znaczenia, bo na szali jest zdrowie i życie pacjentów korzystających z takiego sprzętu. Te, często niewymierne, koszty są zazwyczaj pomijane w budżetach. Zapomina się, że

przedłużające się leczenie, wynikające z niewłaściwego sprzętu generuje koszty z nadwyżką pokrywające pozorne oszczędności – zaznacza Jordan Posmyk. – Ustawa prawo zamówień publicznych w wypadku większych zakupów wyznacza jako jedyne kryterium wyboru oferty cenę, co wręcz skazuje dyrekcje szpitali na zakup najtańszych produktów dostępnych na rynku. Z drugiej strony, można wybrać drogę promocji jakości, a zatem promowania produktów względnie droższych, ale jakościowo najlepszych, takich jakie oferuje Paramedica Polska. Rynek przyjmuje i jedno, i drugie, z zaznaczeniem, iż pierwsze zazwyczaj stanowią szkodę zarówno dla personelu, jak i dla pacjentów – dodaje.

– Jednostki służby zdrowia stać na wysokiej jakości sprzęt. Wszystko jest uzależnione od polityki finansowej oraz długofalowego myślenia. Ci, którzy myślą perspektywnie, wiedzą, że warto zainwestować w jakość, gdyż zwróci się to w postaci niższych kosztów eksploatacji – podkreśla Marcin Wyczyński.

Z pomocą przychodzi UE, która na lata 2007–2013, w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko, w działaniu 12.1 Rozwój Systemu Ratownictwa Medycznego, zapisała aż 235 mln euro na obniżenie śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Od kilku lat zwiększa się wykorzystanie funduszy unijnych, a mamy nadzieję, że dzięki kolejnym projektom zwią-



„ Jednostki służby zdrowia stać na wysokiej jakości sprzęt. Wszystko jest uzależnione od polityki finansowej oraz długofalowego myślenia ”

zanym z Euro 2012, w których planuje brać czynny udział Paramedica Polska, jeszcze wzrośnie – zaznacza Jordan Posmyk.

– Zainteresowanie ofertą Physio-Control jest ogromne. Fundusze strukturalne są zaś jednym ze sposobów na pozyskanie naszego sprzętu. Oczywiście, widzimy, że od momentu wejścia do Unii Europejskiej znaczna część naszego sprzętu jest przynajmniej częściowo finansowana z funduszy europejskich – podkreśla Marcin Wyczyński.

Unijne pieniądze przeznaczyć będzie można na zakup ambulansów wraz z wyposażeniem; rozbudowę, remont i wyposażenie centrów urazowych oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych; zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, np. kardiomonitorów Welch Allyn, defibrylatorów ZOLL, respiratorów Pneupac/Smiths Medical, pulsoksymetrów NONIN; budowę i remont baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz lądowisk dla helikopterów; budowę i wyposażenie wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego. Udział własny beneficjenta ustalono na minimum 15 proc.

Potrzebne zmiany systemowe

Oddzielną kwestią są rozwiązania mające na celu uporządkowanie systemu ratownictwa medycznego. Mimo że pojęcie *centrum powiadamiania ratunkowego* pojawiło się już w ustawie z 2001 r. o państwowym ra-

townictwie medycznym, do dziś trwają prace nad jego ostatecznym kształtem i funkcjonalnością.

Ustawa ta sugerowała, że za tworzenie CPR współodpowiedzialny jest starosta i że centra powinny być w każdym powiecie. Podobnie sugerował program Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego z 2000 r. Wydzielono więc 86 punktów CPR w całym kraju. Tworzone miały być z funduszy centralnych i samorządowych.

W 2005 r. minister spraw wewnętrznych wydał decyzję o przyłączeniu numeru ratunkowego 112 do jednostek organizacyjnych PSP i policji. Obecna wersja ustawy o PRM wzmacnia pozycję wojewody, określając, że w urzędzie wojewódzkim działają CPR przyjmujące numer ratunkowy 112 i kierujące je do właściwych jednostek PP, PSP i pogotowia ratunkowego. Ustawa nakłada też na wojewodę obowiązek określenia lokalizacji CPR i obszarów przez nie obsługiwanych. W większości województw powstają więc CPR obsługujące subregiony zlokalizowane wokół byłych miast wojewódzkich. Wciąż jednak trwają prace nad ostatecznym kształtem systemu ratownictwa medycznego. ■

W artykule wykorzystano zdjęcia pochodzące z archiwów firm Physio-Control, działu Medtronic Poland oraz Paramedica Polska