

Wniosek konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego o podjęcie prac nad zmianami obowiązujących aktów prawnych oraz podjęcie rozmów dotyczących systemowych zmian funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

Wniosek nr 1.

Zmianę zapisów Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r Dz.U.06.191.1410 w zakresie dotyczącym:

Rozdział 1

Art. 3 p. 4 Rozszerzenie zapisu dotyczącego wykonywania medycznych czynności ratunkowych na działania również poza systemem (m. in. zabezpieczenia medyczne, transport medyczny, funkcjonowanie wewnątrzszpitalnych patroli resuscytacyjnych), zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, niezależnie od miejsca wykonywania pracy.

Uzasadnienie:

Poszerzenie zapisu umożliwi wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w sytuacjach świadczenia opieki również poza systemem PRM jak w.w., oraz umożliwi przyspieszenie podjęcia zaawansowanych zabiegów ratujących życie przez personel, który posiada kwalifikacje i kompetencje. Istniejący zapis istotnie ogranicza takie możliwości oraz powoduje wątpliwości natury prawnej co do podejmowania lub zaniechania działań ratunkowych.

Art. 4 Zmianę dopasowującą do art. 162 Kodeksu Karnego

Uzasadnienie:

Zapis ustawy jest niespójny z przytoczonym zapisem KK, oraz nie wzmacnia zachowań mających spowodować rozpoczęcie udzielania pierwszej pomocy poszkodowanym przez świadków zdarzenia do czasu przybycia profesjonalnych służb.

Art. 27 Dodaniu wytycznych postępowania dla dyspozytorów medycznych określających kryteria przyjęcia, nadawanie priorytetów wyjazdu, klasyfikacji wezwań, odmowy przyjęcia zgłoszenia, przekazania do POZ zgłoszeń przychodzących na numery alarmowe.

Uzasadnienie:

Stanowisko dyspozytorów medycznych jest najbardziej wrażliwym ogniwem ratownictwa medycznego, praca wykonywana jest w warunkach dużego obciążenia psychicznego. Opracowanie wytycznych ma na celu wyposażenie dyspozytorów w narzędzia zwiększające bezpieczeństwo pracy oraz sankcjonujące racjonalne dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego.

Rozdział 4

Art 36. p. 1. 2.

1. Określenie składu osobowego zespołu podstawowego minimum 3 osoby.

Uzasadnienie:

Zapis ustawy dopuszczający możliwość funkcjonowania podstawowych ZRM z składzie 2-osobowym powoduje działania osób zarządzających ratownictwem polegające na: likwidacji stanowisk pracy bez uwzględniania specyfiki działania zespołów, braku zapewnienia wsparcia innych zespołów, prawidłowości postępowania ratowniczego (np. prowadzenia resuscytacji na poziomie zaawansowanym z użyciem dostępnych technik i wykorzystaniem sprzętu) tylko w oparciu o kryterium obniżania kosztów funkcjonowania zespołów. Jest także niezgodne z obecnymi przepisami BHP. Zmniejszony skład osobowy bywa elementem konkurencji w ramach przeprowadzanych postępowań konkursowych wobec podmiotów zachowujących 3 osobowe zespoły.

2. Zmianę określenia składu osobowego zespołów specjalistycznych poprzez wpisanie wymogu obecności pielęgniarki/pielęgniacza systemu.

Uzasadnienie:

W okresie funkcjonowania ustawy wykazano liczne praktyki eliminacji pielęgniarek z ZRM, na podłożu którego mają działania noszące znamiona dyskryminacji ze względu na wykonywany zawód, płeć, lub wiek, oraz zastępowanie pracowników zatrudnionych w oparciu o umowę o prace pracownikami w oparciu o umowy cywilno-prawne. Eliminowane przy tym są osoby dysponujące dużym doświadczeniem zawodowym, posiadające kursy kwalifikacyjne (finansowane ze środków budżetowych i unijnych), oraz specjalizacje.

3. W sytuacji braku możliwości zapewnienia przez dysponenta lekarza systemu, dopuszcza się zastąpienie przez pielęgniarkę/pielęgniacza ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezjologii i intensywnej terapii oraz minimum 5 lat stażu pracy w ww. specjalnościach.

Uzasadnienie:

Zapis ten umożliwiłby funkcjonowanie specjalistycznych ZRM w sytuacji braku pełnej obsady lekarskiej spowodowanej brakami kadrowymi a także wykorzystanie pełnych kwalifikacji i kompetencji pozostałego personelu bez obniżenia poziomu opieki na poziomie przedszpitalnym.

4. Wprowadzenie możliwości funkcjonowania systemu „randez-vous” z lekarzem systemu lub pielęgniarką systemu- specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (innych niż zespoły specjalistyczne i podstawowe systemu) w sytuacji, gdy dysponent nie jest w stanie zapewnić obsady lekarskiej w każdym zespole specjalistycznym lub uzasadnia to bieżące funkcjonowanie dysponenta, lub gdy tak zapisane jest w planie zabezpieczenia województwa.

Uzasadnienie:

Wprowadzenie możliwości funkcjonowania systemu „randez-vous” spowoduje zwiększenie elastyczności działania i wykorzystania ZRM, a także będzie stanowiło realne wsparcie dla

podstawowych zespołów bez konieczności angażowania dodatkowych zespołów systemu (specjalistycznych), a zatem i zmniejszenia ich dostępności.

Art. 36 p. 2 Wprowadzenie zapisu dopuszczającego świadczenie medycznych czynności ratunkowych z wykorzystaniem innych pojazdów jak np. motocykle, skutery śnieżne, łodzie i inne środki transportu jeśli Wojewoda lub dysponent uzna za uzasadnione. Zapis taki powoduje również konieczność poszerzenia definicji zespołów ratownictwa medycznego o jednostki interwencyjne

Uzasadnienie:

Obszar Polski jest zróżnicowany geograficznie, co powoduje ograniczenie dostępności ZRM lub wydłużenie czasu dotarcia w zależności od miejsca objętego zadaniem (zatłoczone aglomeracje miejskie, akweny wodne, tereny zalesione, górzyste, trudnodostępne itp.). Zapis ten pozwoli na wpisanie, funkcjonowanie i finansowanie takich jednostek w zależności od lokalnych lub sezonowych zapotrzebowań. zgodnie z lokalnym zapotrzebowaniem.

Rozdział 5

Art. 40 Określeniu początku medycznych czynności ratunkowych w momencie przekazania powiadomienia zespołowi.

Uzasadnienie:

Personel ZRM, który jest zadysponowany do zdarzenia w świetle obowiązującej ustawy nie podlega ochronie prawnej zgodnie z art. 5 ustawy do momentu dotarcia do miejsca wezwania.

Art. 41 Wykreśleniu zapisu, iż dyspozytor wskazuje osobę kierującą medycznymi czynnościami ratunkowymi.

Uzasadnienie:

Właściwą osobą do wskazywania osoby kierującej medycznymi czynnościami ratunkowymi jest dyrektor lub osoby przez niego delegowane do wyznaczenia takiej osoby. Stanowisko i warunki mogą być opisane w regulaminie zakładowym lub wewnętrznych procedurach. Pozostawienie tego punktu w takiej formie jest nie funkcjonalne, a także może rodzić konflikt na poziomie decyzji i odpowiedzialności za udzielanie czynności ratunkowych.

Art. 43 Ogłoszenie standardów postępowania, lub wykreślenie tego zapisu i wprowadzenie odwołania do wytycznych ILCOR/ERC/AHA oraz innych wymienionych towarzystw naukowych.

Uzasadnienie:

Do chwili obecnej nie zostało opublikowane rozporządzenie (art. 43) określające standardy postępowania. Wnioskujemy o ich pilne ustanowienie (w szczególności dla zespołów bez lekarza), lub wykreślenie tego zapisu i wprowadzenie odwołania do publikowanych wytycznych towarzystw naukowych, co umożliwi postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną bez konieczności nowelizacji ustawy i rozporządzenia.

Art 45. Doprecyzowanie artykułu poprzez określenie kryteriów medycznych, w których zespół bez lekarza może opuścić rejon operacyjny, skutkującego zadysponowaniem najbliższego wolnego

zespołu w miejsce stacjonowania zespołu opuszczającego rejon operacyjny, oraz usankcjonowanie konieczności przyjęcia pacjenta w najbliższym względem czasu dotarcia SOR dla zespołów podstawowych jeśli pacjent wymaga transportu do wyspecjalizowanej jednostki, a nie jest możliwe przekazanie pacjenta zespołowi z lekarzem lub zespołowi HEMS.

Uzasadnienie:

Mając na względzie dostęp i skrócenie czasu dotarcia pacjenta do miejsca w którym może być mu udzielona najlepsza skuteczna terapia, a także zapewniona ciągłość zabezpieczenia medycznego w rejonie operacyjnym proponuje wprowadzenie tego zapisu. Dotychczasowe praktyki transportów pacjentów w stanie zagrożenia życia przez zespoły podstawowe poza rejon operacyjny stwarzają wątpliwości natury organizacyjno - prawnej, a także obawy o zapewnienie właściwej opieki pacjentom. (załącznik: stanowisko z dnia 3.06.2011)

Ponadto wnioskujemy o:

1. Zdefiniowanie wymogów prawnych w „konsultacji z lekarzem” lub wykreślenie terminu z załączników do rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego załącznika nr 1 oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. Dziennik Ustaw z 2007 r. Nr 210 poz. 1540 w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarki albo położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego Załącznik nr 2.
2. Określenie ilości zawartych umów o pracę w oparciu o przelicznik jako podstawowej formy zatrudnienia z ratownictwie medycznym, oraz dopuszczalnej wartości umów cywilno –prawnych jako uzupełnienia funkcjonowania jednostki.
3. Wprowadzenie finansowania kształcenia podyplomowego przez pracodawcę, bez względu na formę zatrudnienia.

Wniosek nr 2.

Zmianę zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego Dz.U.07.55.365:

1. Określenie norm zatrudnienia dla pielęgniarek pracujących w SOR wg uwag Konsultanta Krajowego i Konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. (załącznik: opinia z dnia 18.06.2011 oraz 13.10.2011)
2. Określenie maksymalnego czasu pobytu pacjenta w SOR nieprzekraczającego 12 godzin.

Uzasadnienie:

Zadaniem szpitalnych oddziałów ratunkowych jest zgodnie §2 rozporządzenia MZ z dnia 15 marca 2007r jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych

osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Określenie maksymalnego czasu powinno przyspieszyć przekazanie pacjentów wymagających leczenia w warunkach szpitalnych do właściwego oddziału, wyspecjalizowanej jednostki, lub po wykluczeniu stanu zagrożenia życia i zdrowia, przekazaniu do podstawowej opieki zdrowotnej lub wypisaniu ze szpitala z zaleceniami.

3. Wprowadzenie obowiązku prowadzenia triage w SOR. Triage może wykonywać pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz pracuje co najmniej 5 lat w jednostkach systemu.

Uzasadnienie:

Wprowadzenia triage w SOR ma na celu udzielenie pomocy zgłaszającym się pacjentom lub przywożonym przez ZRM wg ciężkości stanu, zagrożenia życia i zdrowia, oraz określeniu przybliżonego czasu oczekiwania na przyjęcie w SOR dla pacjentów nie będących w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

Wnioskujemy także o podjęcie dyskusji w szerokim gronie z reprezentacjami zawodowymi, towarzystwami naukowymi działającymi w obszarze ratownictwa medycznego i medycyny ratunkowej nad dalszym rozwojem i kształtem systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

1. W opinii konsultantów funkcjonowanie ratownictwa medycznego powinno zmierzać do zwiększenia stabilizacji poprzez wydłużenie okresu kontraktowania, lub co wydają się najbardziej celowe ujednoczenie podmiotu świadczącego medyczne czynności ratunkowe na obszarze województwa poprzez utworzenie publicznych jednostek.

Uzasadnienie:

Aktualny system kontraktowania nie zapewnia stabilności i ciągłości funkcjonowania podmiotów, bezpieczeństwa funkcjonowania systemu, a także podlega działaniom konkurencyjnym, które opierają się na kryterium najniższej ceny, a nie najwyższego poziomu świadczonych usług. Ratownictwo medyczne jest elementem bezpieczeństwa wewnętrznego kraju i jako takie nie powinno podlegać procedurom konkursowym a stanowić służbę publiczną.

2. Wprowadzenie funkcji lekarza koronera, lub wskazanie osoby/podmiotu zobowiązanego do wystawienia karty zgonu w przypadku śmierci pacjenta, dla którego był zadysponowany zespół bez lekarza.

Uzasadnienie:

Wprowadzenie takiego rozwiązania pozwoliłoby uniknąć w przypadku interwencji zespołu podstawowego dodatkowej interwencji zespołu specjalistycznego, powodując ograniczenie ich dostępności wobec braku konieczności podejmowania medycznych czynności ratunkowych wobec pacjenta uznanego za zmarłego.

3. Określeniu umowy o pracę jako podstawowej formy świadczenia pracy w ratownictwie medycznym, a funkcjonowanie umów cywilno - prawnych tylko jako uzupełnienie działalności.

Uzasadnienie:

Zawieranie umów cywilno - prawnych przez dysponentów z pracownikami jest powodowane działaniami obniżającymi koszty funkcjonowania podmiotów, a także zdejmuje odpowiedzialność z zamawiającego usługi za funkcjonowanie i działania zespołów, ponadto doświadczenia z okresu funkcjonowania ustawy wskazują iż w większości czynnikiem decydującym o zawarciu umowy cywilno-prawnej jest najniższa cena bez uwzględnienia doświadczenia zawodowego, posiadanych kwalifikacji i kompetencji oraz poziomu wysokości świadczonych usług. Wobec dużego obciążenia pracą i możliwości wystąpienia chorób, wypadków i innych zdarzeń związanych z wykonywaną pracą zasadne wydają się takie rozwiązanie zwiększające poczucie stabilności zawodowej.

4. Otwarcie systemu ratownictwa na jednostki współpracujące z systemem (PSP, KSRG, GOPR, TOPR, WOPR i inne) umożliwiające ich pełniejsze wykorzystanie (min. utworzenie rezerwy sprzętowej), w tym transport pacjentów w sytuacjach nadzwyczajnych w standardzie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Uzasadnienie:

Takie rozwiązanie zwiększyło by bezpieczeństwo w wymiarze lokalnym i ogólnokrajowym w sytuacjach nadzwyczajnych poprzez możliwość udzielania pomocy przez ratowników na poziomie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

5. Zmianę warunków kontraktowania poprzez zmianę wartości punktów rankingujących dla pielęgniarek systemu uwzględniających posiadane kwalifikacje (kursy specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne, specjalizacje, staż pracy, kursy certyfikowane), a także warunkowanie udzielenie kontraktu od posiadania minimalnego zasobu kadry pielęgniarskiej.

Uzasadnienie:

Obowiązujące rozwiązanie nie rankinguje podmiotów posiadających w swoich strukturach osoby o najwyższych kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym, a także zwierają rażącą dysproporcję pomiędzy lekarzami a ratownikami i pielęgniarkami.

6. Podjęciem działań legislacyjnych uniemożliwiających dyskryminacje ze względu na płeć, lub wykonywany zawód (załącznik: stanowisko z dnia 25.11.2011r)

Wniosek nr 3

Zmianę Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie.

Proponuje się dodać, do załącznika nr 2 "Lekarza, lekarza dentystry, felczera, starszego felczera" – pielęgniarkę specjalistkę, położną specjalistkę, oraz do załącznika nr 3 następujące preparaty:

1. Epinephrinum - 1 mg - 10 amp. a 1 ml;
2. Glucosum 20% 2 - 10 amp. a 10 ml;
3. Glucagon - 1 mg glukagonu 1 fiol. z proszkiem + 1 strzykawka z rozpuszczalnikiem 1 ml;
4. Tlen medyczny;
5. Salbutamol - roztwór do nebulizacji 2 mg/ml (5 mg/2,5 ml),
6. Furosemide - 10 mg/ml,
7. Glyceroli trinitras 0,5 mg – tabletki,spray

Uzasadnienie:

Ograniczenie katalogu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, dla pielęgniarek i położnych specjalistek w przedstawionej do konsultacji propozycji, może powodować istotne zagrożenie dla życia pacjentów, spowodowane opóźnieniem w rozpoczęciu leczenia pacjenta będącego w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, w sytuacjach gdy nie jest możliwy natychmiastowy dostęp do pomocy lekarskiej lub do czasu przybycia Zespołu Ratownictwa Medycznego.

Program specjalizacji obejmuje zagadnienia dotyczące specyfiki kierunkowej specjalizacji, ale także dotyczące stanów bezpośredniego zagrożenia życia, w związku z tym wydaje się zasadne umożliwienie specjalistom korzystania z wiedzy i umiejętności nabytych w czasie kształcenia.

Konsultant Krajowy:

mgr Marek Maślanka



Konsultant Wojewódzki:

- (-) mgr Anna Burak - woj. kujawsko-pomorskie
- (-) mgr Urszula Kazimierczak - woj. podlaskie
- (-) Robert Kozłowski - woj. lubuskie
- (-) Małgorzata Niewczas - woj. mazowieckie
- (-) mgr Beata Szkudlarek - woj. warmińsko-mazurskie
- (-) mgr Aleksandra Wielik-Nowak - woj. wielkopolskie