



TABLET

BIULETYN PRACOWNICZY

Grudzień 2019 / nr 29



*Wesołych
Świąt!*

*Radosnych i spokojnych,
pełnych ciepła i nadziei Świąt Bożego Narodzenia,
sukcesów i wytrwałości w realizacji planów
w nadchodzącym 2020 roku
życzy Dyrekcja Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego*



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

 MAŁOPOLSKA



Supernowoczesny ambulans już jest w Olkuszu

W stacji Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego w Olkuszu rozpoczął pracę nowy, doskonale wyposażony ambulans. Uroczyste przekazanie odbyło się we wtorek (19 listopada) w siedzibie Starostwa Powiatowego w Olkuszu.

– To ważne wydarzenie dla mieszkańców naszego powiatu – podkreślił Bogumił Sobczyk, Starosta Olkuski. – Cieszymy się, że cały czas podwyższamy jakość pracy ratownictwa medycznego w naszym rejonie.

Nie trzeba nikogo przekonywać, że opieka medyczna to ważny element naszych działań.

– Obecnie w powiecie olkuskim Krakowskie Pogotowie Ratunkowe będzie miało

bardzo nowoczesny tabor – dodała Małgorzata Popławska, dyrektor KPR. – Dwa ambulanse z roku 2019 i dwa z 2018. Do tej karetki zdecydowaliśmy się też na zakup noszy elektrycznych, które są na razie nowością na rynku. Mamy nadzieję, że poprawi się w ten sposób nie tylko komfort transportu pacjentów, ale też warunki pracy zespołów. Jest to pierwsze takie





urządzenie w krakowskim pogotowiu i będziemy z ciekawością obserwować, jak się sprawdza.

Karetka z zewnątrz niczym się nie wyróżnia – ma wszystkie nowoczesne elementy, jakie mają kupowane obecnie przez KPR ambulanse, czyli m.in. podwójny system ogrzewania przedziału pacjenta i kabiny kierowcy, niezależny od pracy silnika czy dwuparnikową klimatyzację z niezależną regulacją temperatury i nawiewu w przedziale pacjenta i kabine kierowcy.

W przedziale pacjenta zamontowany jest dotykowy panel sterujący służący do regu-

lacji: oświetlenia przedziału pacjenta oraz oświetlenia zewnętrznego przestrzeni wokół ambulansu, wentylacji, ogrzewania i klimatyzacji przedziału pacjenta z funkcją automatycznego utrzymywania ustawionej temperatury oraz temperatury w lodówce.

Nowością w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym są natomiast nosze z napędem elektrycznym – takie wyposażenie ma jeszcze niewiele ambulansów w Polsce. Nosze te pozwalają na łatwy transport pacjenta, są dla niego bardziej komfortowe, a od zespołu wymagają o wiele mniejszego wysiłku fizycznego niż klasyczne nosze bez napędu.

Będą to nosze bariatryczne – dostosowane do transportu pacjentów o wadze nawet 395 kg.

Ambulans zakupiony został w ramach „Programu wymiany ambulansów” realizowanego w tym roku przez Ministerstwo Zdrowia w całej Polsce. W jego ramach do stacji pogotowia trafi 200 nowoczesnych karetek. Ich zakup pozwoli na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz przyczyni się do poprawy warunków pracy zespołów ratownictwa medycznego. Budżet programu w 2019 roku wyniósł prawie 80 mln zł.

(red)

U honorowani za ratowanie życia

13 pracownikom Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego przyznano odznaczenia „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. W ten sposób Minister Zdrowia docenił ich zaangażowanie podczas akcji ratunkowej po tragicznej burzy na Giewoncie, do której doszło 22 sierpnia 2019 roku.

„Ich trud i zaangażowanie przyczyniły się do zapewnienia sprawnej, profesjonalnej i szybkiej pomocy medycznej” – czytamy w piśmie Ministra Zdrowia. Wśród odznaczonych są zarówno nasi dyspozytorzy medyczni, którzy koordynowali częścią akcji z dyspozytorni w Krakowie, jak i członkowie zespołów transportowych, które przewoziły pacjentów pomiędzy szpitalami.

Akcja pod Giewontem była z pewnością największą akcją ratunkową w Tatrach, w ja-

kiej braliśmy udział. Opisaliśmy ją szczegółowo w poprzednim numerze „Tabletu”.

Uroczystość wręczenia odznaczeń odbyła się 16 grudnia 2019 roku w Warszawie w siedzibie Ministerstwa Zdrowia. Odznaczenia odebrali przedstawiciele wszystkich służb, które brały udział w tej akcji, m.in. TOPR, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, Straży Pożarnej oraz Policji.

Pracownicy KPR, którym przyznano odznaczenie „Za zasługi dla ochrony zdrowia”:

KAROL BAGIŃSKI – dyspozytor medyczny
 ANDRZEJ BIENIEK – ratownik medyczny
 RYSZARD FARYJ – ratownik medyczny
 MAGDALENA JAWORSKA – lekarz
 ŁUKASZ KAŁETA – dyspozytor medyczny
 KAMIL ŁAZARZ – ratownik medyczny
 WOJCIECH MACHOWSKI – dyspozytor medyczny
 JAN PIECHÓWKA – ratownik medyczny
 KATARZYNA ROMANOWSKA – dyspozytor medyczny
 MARCIN SŁOWIK – dyspozytor medyczny
 KAMIL SZEMRAJ – dyspozytor medyczny
 TOMASZ ZAJĄC – ratownik medyczny
 PIOTR ZAWISTOWSKI – ratownik medyczny

(red)

Dobre praktyki postępowania z dokumentacją medyczną

Nieodłącznym elementem związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest prowadzenie, przechowywanie oraz udostępnianie dokumentacji medycznej. Nie inaczej dzieje się w obszarze Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Dokumentację medyczną tworzoną w ramach świadczeń zrealizowanych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM) stanowią głównie: Karta Medycznych Czynności Ratunkowych (KMCR) oraz Karta Zlecenia Wyjazdu (KZW).

Zasady związane z prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Obecnie trwają prace nad nowelizacją tego aktu prawnego, a planowane zmiany polegać mają przede wszystkim na przejściu z tradycyjnej, papierowej metody prowadzenia dokumentacji na system w pełni elektroniczny.

Niezależnie od rodzaju i formy dokumentacji medycznej wyróżnić można kilka ogólnych zasad jej prawidłowego sporządzania, które przedstawione zostały poniżej.

1. Dokumentacja medyczna powinna być uzupełniona niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.
2. Wpisy powinny być wprowadzane w porządku chronologicznym.
3. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby, która go dokonała z wykorzystaniem loginu i hasła oraz/ lub pieczęci i podpisu.
4. Wpis dokonany w dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty. Jeżeli wymaga on korekty, to na wersji papierowej należy dokonać skreślenia w sposób umożliwiający odczytanie tekstu pierwotnego (nie zamazywać), a następnie opatrzyć datą, pieczęcią i podpisem osoby dokonującej korekty. Analogicznie korekta powinna być dokonana w systemie informatycznym.
5. Informacje zamieszczane w dokumentacji medycznej powinny być:
 - > zgodne ze stanem faktycznym,
 - > merytoryczne,
 - > kompletne (unikanie nadmiernej skrótości, uzupełnianie wszystkich formalnie wymaganych pól – np. pieczęć i podpis osoby sporządzającej dokumentację),
 - > jednoznaczne,

- > uporządkowane,
- > czytelne (jeżeli dokumentacja medyczna została sporządzona w wersji papierowej).

KMCR jest dokumentem służącym określonym celom, dlatego też dobrą praktyką związaną z jej uzupełnianiem jest:

- > używanie formalnego języka,
- > nieposługiwanie się wulgarnymi sformułowaniami,
- > zwracanie uwagi na poprawność ortograficzną, interpunkcyjną i stylistyczną,
- > niewyrażanie swoich prywatnych opinii i poglądów.

Należy mieć na uwadze, że dokumentacja medyczna sporządzana przez kierownika ZRM stanowi podstawę oceny pracy całego zespołu.

W świetle aktualnie obowiązujących przepisów prawa, dokumentacja medyczna, ze względu na charakter danych jakie zawiera, podlega szczególnej ochronie. Informacje o stanie zdrowia dotyczą bowiem najbardziej intymnych i wrażliwych sfer życia człowieka. Niewłaściwie postępowanie z nimi może doprowadzić do naruszenia praw i wolności osób, których te dane dotyczą.

Udzielając świadczeń medycznych w miejscu zdarzenia, a także w trakcie transportu, należy pamiętać o stosowaniu adekwatnych do sytuacji i możliwości zabezpieczeń KMCR przed jej zagubieniem, zniszczeniem, zafalszowaniem lub dostępem osób nieupoważnionych.

Nie należy zapominać, że zakończona dokumentacja medyczna z wyjazdu ZRM, złożona w wyznaczonym do tego miejscu, nie staje się niepotrzebną i przez nikogo nieoglądaną kartką papieru. Ustawa daje prawo udostępniania dokumentacji me-

dycznej sporej grupie osób i podmiotów, w tym m.in. pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta, innym podmiotom udzielającym świadczeń medycznych, Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, sądom, prokuraturze, rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, a nawet szkole wyższej lub instytutowi badawczemu. Uzupełniając KMCR dobrze mieć świadomość w czyje ręce może ona trafić i kto może ją potem analizować.

Inną kwestią jest wykorzystywanie dokumentacji medycznej w przypadkach ewentualnych roszczeń oraz dochodzenia praw przez pacjentów lub ich przedstawicieli.

Dokumentacja medyczna stanowi wówczas dowód w sprawie i ważne źródło informacji dla instytucji orzekających i kontrolujących, w tym sędziów, prokuratorów, biegłych sądowych itp. Z tego też powodu, jej rzetelne wypełnianie nabiera ogromnego znaczenia.

KMCR nie może być dokumentem wypełnianym lakonicznie. Zapisy w karcie powinny bardzo dokładnie odzwierciedlać przebieg interwencji medycznej i uzasadniać podjęte w jej trakcie decyzje. Dokumentacja winna być tak opisana, by ten, kto ją czyta, na podstawie samej tylko lektury KMCR, zrozumiał tok rozumowania jej autora.

Może się bowiem okazać, że podczas różnych kontroli dobrze wypełniona KMCR okaże się największym sprzymierzeńcem jej twórcy.

Podsumowując, dokumentacja medyczna stanowi wizytówkę nie tylko firmy, dla której świadczone są usługi, ale także, a może przede wszystkim jej autora.

Od tego, jak będzie ona wyglądać, może zależeć postrzeganie Ciebie jako profesjonalisty.

Zadbaj o to, by postrzegano Cię jak najlepiej.

Karolina Taff





Jak to zrobić, żeby się udało

Budżet obywatelski – warto działać!

W ciągu pięciu lat udało się zdobyć 454 500 złotych na szkolenia dla dzieci i młodzieży z zakresu pierwszej pomocy, na doskonalenie zawodowe dla ratowników medycznych i dyspozytorów, a tej jesieni w gronie wygranych znalazł się mój projekt zakupu nowoczesnego ambulansu wart aż 150 tysięcy złotych!

Kwoty w ramach budżetu obywatelskiego, z których korzystają mieszkańcy, z roku na rok są coraz większe. Chciałbym tutaj przekonać wszystkich, że warto tworzyć projekty w ramach budżetu obywatelskiego, warto o nie zabiegać, i oczywiście – warto głosować.

Gdy pierwszy raz usłyszałem o budżecie obywatelskim, od razu przyszedł mi do głowy pomysł, by stworzyć projekt, który umożliwiłby szkolenia dzieci z udzielania pierwszej pomocy. Budżet obywatelski, zwany również partycypacyjnym, to proces, w którym mieszkańcy decydują na co chcą przeznaczyć część budżetu danego miasta, gminy lub województwa.

W Krakowie, mieście w którym pracuję, budżet działa od 2014 roku. Wtedy złożyłem mój pierwszy projekt o nazwie „Mali

ratownicy” i już za pierwszym razem się udało! Wygrałem 11 600 złotych na szkolenia dzieci z przedszkoli i szkół podstawowych w udzielaniu pierwszej pomocy i obsługi AED oraz na dofinansowanie wyposażenia Szkoły Ratownictwa KPR. Zakupiono wtedy fantomy dziecka i dorosłego do nauki udzielania pierwszej pomocy oraz szkoleniowe AED.

To był początek. Teraz wygrywamy co roku. W budżecie ogólnomiejskim, w większości dzielnic Krakowa oraz od roku 2016, w powstałym wtedy Budżecie Województwa Małopolskiego. Z roku na rok zdobywam coraz większe środki. Nie tylko na szkolenia dla dzieci, ale również dla ratowników i dyspozytorów KPR. W pierwszej edycji małopolskiego budżetu, na szkolenia dla ratowników medycznych wygrałem 50 000 złotych. Dzięki tym środkom przeprowadzo-

no szkolenia dla ratowników i dyspozytorów medycznych. Sfinansowano obowiązkowy KDRM dla 80 ratowników oraz dla 20 dyspozytorów obowiązkowy kurs dyspozytorski. Napisałem również program „Duży ratownicy”, który przewidywał 80% dofinansowanie dla ratowników medycznych biorących udział w szkoleniach. I tu również udało się zwyciężyć, uzyskując kwotę 25 200 zł. Dzięki temu 63 ratowników medycznych z KPR, SOR-ów i izb przyjęć szpitali zostało przeszkolonych na 5 kursach: KDRM, TCCC, TRIAGE, MCR w CBRN oraz z odbierania porodu.

Przez 5 lat trwania programu „Mali ratownicy” udało się przeszkolić ponad 3500 dzieci. Zajęcia odbywają się w placówkach edukacyjnych – szkołach i przedszkolach lub w naszej Szkole Ratownictwa Medycznego. Dzieci uczą się podstaw pierwszej pomocy, obsługi AED, dowiadują się jak prawidłowo wezwać pomoc dzwoniąc na numery alarmowe oraz mają możliwość zwiedzenia dyspozytorni i zapoznania się z pracą zawodowych ratowników medycznych.

W tegorocznej edycji krakowskiego budżetu obywatelskiego, program „Mali ratownicy” zwyciężył w 14 dzielnicach Krakowa, uzyskując 56 000 zł dofinansowania. Pozwoli to na przeszkolenie ponad 1100 dzieci, które, oprócz wiedzy, otrzymają drobne upominki związane z ratownictwem w postaci naklejek, odbłasków, plakatów, kubków oraz co najważniejsze – jednorazowych maseczek do sztucznego oddychania. Jednak największym moim sukcesem jest ostatnie zwycięstwo w Budżecie Obywatelskim Województwa Małopolskiego. Po wielu latach starań i wielokrotnym składaniu projektów, mój program „Karetka dla Kra-



kowa" zwyciężył, dzięki czemu Krakowskie Pogotowie Ratunkowe otrzyma 150 000 zł dotacji na zakup nowego ambulansu.

W przyszłości zamierzam kontynuować udział w kolejnych edycjach budżetu, a Was zachęcam do głosowania na moje projekty. Jest to niezwykle proste i zajmuje kilka minut. Wystarczy zalogować się do odpowiedniej platformy i oddać głos. Zachęcam również do współpracy. Jeśli masz pomysł na ciekawy projekt to chętnie pomogę w jego realizacji.

Maciej Kotarba



Dyspozytornia medyczna

Kilka lat dużych zmian

Przed nami całkowita reorganizacja pracy dyspozytorni medycznych. Dyspozytornia w obecnym kształcie, jako część Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, działać będzie jeszcze tylko przez rok. A pierwsze zmiany pojawią się już 1 stycznia 2020 roku.

Od nowego roku w naszej dyspozytorni wyznaczona zostanie osoba dyspozytora głównego. Do jego zadań należeć będzie m.in.:

- › koordynowanie działania dyspozytorni medycznej,
- › współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego,
- › koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych w obrębie jednej dyspozytorni medycznej,
- › bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytorów medycznych,

Główny dyspozytor czuwać też będzie nad optymalnym wykorzystaniem zespołów ratownictwa medycznego, a także ma udzielać dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i wsparcia merytorycznego. Do jego zadań będzie też należeć przygotowywanie dobowych raportów z pracy dyspozytorni.

Kolejna zmiana dotyczy wymogów na stanowisko kierownika centrum dyspozytorskiego. Już od stycznia 2020 r. osoba zatrudniona na tym stanowisku musi spełniać łącznie następujące wymagania:

- › ukończone co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego,

- › co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego;
- › nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

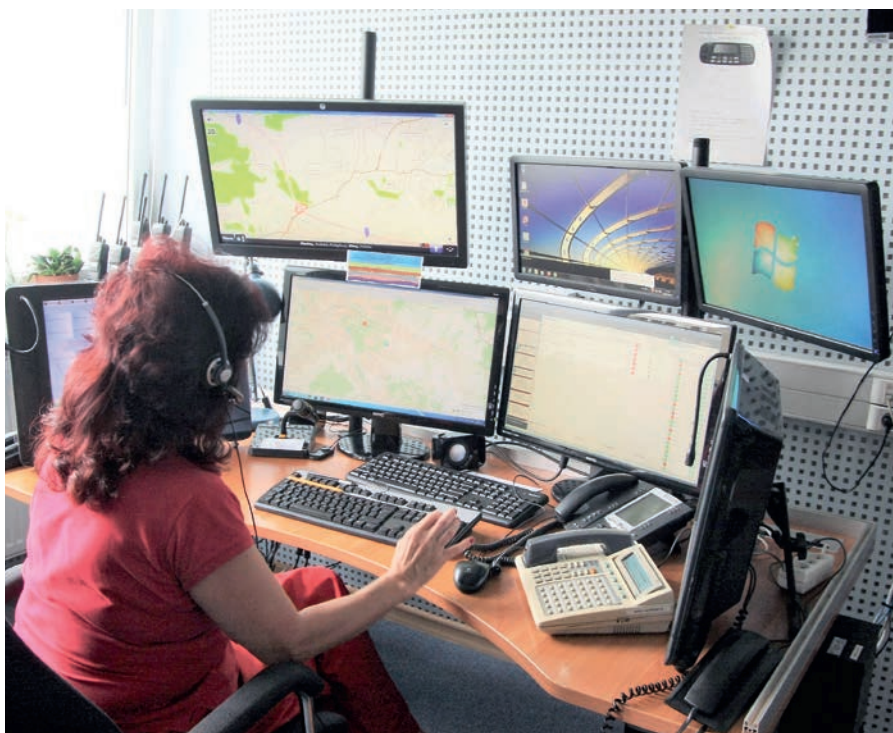
Największe zmiany czekają nas natomiast za rok. Od stycznia 2021 r. dyspozytornia medyczna będzie komórką organizacyjną Urzędu Wojewódzkiego i to wojewoda będzie pracodawcą dyspozytorów medycznych. Oznacza to, że dyspozytornia medyczna zostanie całkowicie wyłączona ze struktur Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego. Do 30 września 2020 roku pracownicy będą poproszeni o podjęcie decyzji dotyczącej nowego sposobu zatrudnienia.

Na terenie województwa małopolskiego powstanie jedna skoncentrowana dyspozytornia medyczna, która będzie

pełnić funkcję Centrum Dyspozytorskiego. Zlokalizowana będzie tak jak dotychczas w dwóch miejscach: Kraków i Tarnów, aż do momentu utworzenia infrastruktury pozwalającej pomieścić całość w jednym miejscu. Według nowelizacji Ustawy o PRM, w każdym województwie ma działać tylko jedna dyspozytornia medyczna: zasada jedna dyspozytornia – jeden rejon operacyjny. Wyjątek stanowić będą województwo śląskie i mazowieckie, gdzie mają powstać po dwie dyspozytornie medyczne.

Utworzenie centrów dyspozytorskich ma za zadanie poprawę w zarządzaniu zespołami ratownictwa medycznego, ma skrócić czas dojazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia i pozwolić na lepszą koordynację w razie wystąpienia incydentu z dużą liczbą poszkodowanych.

Michał Skuciński,
(red)



Nowe narzędzie wsparcia dla zespołów Komunikacja z osobą głuchą

Zespoły ratownictwa medycznego KPR otrzymały nowy element wsparcia w sytuacjach potrzeby komunikowania się z pacjentem głuchym. Specjalnie opracowaną Kartę komunikacji z osobą głuchą można znaleźć

jako załącznik do procedury Świadczeń medycznych związanych z realizacją zgłoszenia (PM3).

Osoby głuche, wbrew powszechnemu mniemaniu, nie umieją czytać z ruchu warg, a nawet mogą mieć trudności z postugowaniem się w piśmie językiem polskim. Niektórzy członkowie zespołów ratownictwa medycznego znają język migowy, choć nie używając go często, też mogą mieć kłopoty z fachowym zebraniem wywiadu od pacjenta. Większość osób pracujących w karetkach nie zna jednak nawet podstaw migania, można więc powiedzieć, że komunikacja z pacjentami głuchymi może być utrudniona.

Aby ułatwić pracę zespołom ratownictwa medycznego Medycyna Praktyczna wydała niedawno Kartę komunikacji z osobą głuchą. Karta uzyskała rekomendację m.in. Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych oraz Krajowego Eksperta ds. Ratownictwa Medycznego.

Dokument powstał w ramach działania Katedry Anestezjologii, Intensywnej Terapii

i Medycyny Ratunkowej Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. Autorem karty jest Piotr Kimla, ratownik medyczny, student CM uz. Współautorem karty jest lek. Szymon Michniewicz, kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Zielonej Górze oraz członek zarządu Porozumienia Lekarzy Medycyny Ratunkowej.

W Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym karta została dołączona do procedury PM3. Ma służyć jako element wsparcia w sytuacji, gdy zespół ma trudności w porozumieniu się z pacjentem głuchym. Jest ona dostępna na tabletach i można ją wydrukować bądź wykorzystać bezpośrednio na ekranie. Podczas zbierania wywiadu można ją potraktować jako rodzaj tłumacza, a informacje uzyskane za jej pośrednictwem należy w zwykłym trybie wpisać do Karty Medycznych Czynności Ratunkowych.

(red)

Tekst powstał dzięki uprzejmości portalu Medycyna Praktyczna

[PJM]*
KARTA KOMUNIKACJI Z OSOBĄ GŁUCHĄ

IMIĘ: _____ DATA URODZENIA: _____ GODZIE TERAZ JESTESZ? _____
NAZWISKO: _____ NAZWA: _____ POLICJE ILE JEST KWADRANTÓW _____
WIEK: _____ DZIEŚIE JESTESZ WYPIAŁ? _____
DATA URODZENIA: _____ 2+3= _____

JAK SIĘ CZUJESZ?
(TY) [TERAZ] [CZUĆ SIE] [JAKI?]

<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]
<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]
<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]

KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA?
(TY) [CHOROBA] [START] [BYŁO] [KIEDY?]

GOZDZINA? _____

CO SIĘ STAŁO?
(CO SIĘ STACI?)

<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]
<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]	<input type="checkbox"/> [ikon]

autor: Piotr Kimla
projekt: - i s i a k i g, tam, gdzie szuka Twojej lekarki
www.mmp.pl/pacjent

Kiedy pacjent nie słyszy

KAROLINA KRAWCZYK: Jest Pan autorem karty komunikacji z osobą głuchą. Nie jest to prosty arkusz zawierający kilka pytań. Na pierwszy rzut oka może też wzbudzić zdziwienie i wydawać się niezrozumiały.

PIOTR KIMLA: Karta komunikacji to zbiór piktogramów oraz krótkich komunikatów słownych podzielonych na kilka części. Zbierając wywiad za pomocą karty, dowiemy się, z jakimi dolegliwościami przychodzi do nas chory, jak długo te dolegliwości trwają, czy chory uległ jakiemuś wypadkowi bądź ma uraz. Tak naprawdę w karcie wyszczególnione są najczęstsze jednostki chorobowe, z którymi pacjenci się zgłaszają na szpitalny oddział ratunkowy (SOR) lub trafiają w ręce zespołu ratownictwa medycznego (ZRM). Ponadto dzięki karcie dowiemy się, czy chory ma alergię, czy pacjentka jest w ciąży, umieszczona jest też prosta skala bólu oraz kilka pytań dotyczących przyjmowanych leków, posiłków czy płynów. To coś w rodzaju wywiadu SAMPLE przedstawionego w formie obrazkowej i przystosowanej dla konkretnej grupy chorych.

Zdaje sobie sprawę, że nie jest to najdoskonalsza forma komunikacji z pacjentem

głuchym, ale to forma zrozumiała i przystępna dla pacjenta, który nie słyszy. Karta ma wystarczyć w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia do momentu przybycia tłumacza i to jest jej główna rola.

Piktogramy są także podpisane w dwójki sposób. Jeden z nich nie jest zgodny z zasadami języka polskiego. Dlaczego?

Same piktogramy nie wystarczą do komunikacji. Trzeba podkreślić, że osoby głuche, zwłaszcza starsze, mają problemy z czytaniem i pisanem. Nie zawsze też potrafią korzystać z języka polskiego, który jest przecież językiem fonicznym, językiem obcym dla głuchych Polaków. Stąd składnia użyta w tej karcie różni się od tej, jaką postugujemy się na co dzień. Zaproponowana wersja jest prostsza – to dosłowne tłumaczenie znaków polskiego języka migowego. Karta jest bardziej intuicyjna i zrozumiała dla osób głuchych.

W pierwszej części karty jest miejsce na uzupełnienie podstawowych danych, takich jak imię i nazwisko czy data urodzenia. W jakim celu umieszczone są tam figury geometryczne i równanie?

Te dwa zadania mają pomóc w ocenie orientacji allopsychicznej i autopsychicznej,

co jest niezbędne do oceny stanu świadomości osoby głuchej.

Wspomniał Pan, że karta będzie pomocna dla ZRM. Czy ktoś jeszcze powinien się z nią zaznajomić?

[...] Lekarze POZ także mogą z niej skorzystać w nagłych sytuacjach, które przecież czasem zdarzają się także w gabinecie lekarza rodzinnego. Zdradzę, że w przygotowaniu jest karta dla lekarzy POZ – będzie rozbudowana o piktogramy przedstawiające sytuacje i stany, o które lekarz najczęściej pyta w gabinecie. Chcę jednak podkreślić, że karta jest doraźną pomocą, a właściwym sposobem komunikacji z pacjentem głuchym jest zawsze tłumacz języka migowego, z którego pomocy i usług nie wolno rezygnować.

Czy karta była konsultowana z osobami głuchymi?

Tak. Oprócz konsultacji z głuchymi, rozmawiałem także ze słyszącymi dziećmi niesłyszących rodziców (CODA) oraz tłumaczami języka migowego. Każdego z przedstawicieli tych grup prosiłem o uwagi. Z reguły ten pomysł spotykał się z aprobatą środowiska osób niesłyszących. Owszem, nie wszyscy będą chcieli jej używać, ale dla tych, którzy

zdecydują się, aby z niej skorzystać, może być pomocna.

W stanie nagłego zagrożenia życia cenna jest każda sekunda. W jakim czasie za pomocą tej karty może zostać zebrany wywiad?

Niestety nie miałem okazji osobiście wykorzystać tej karty w kontakcie z osobą niesłyszącą będącą w stanie zagrożenia życia, niemniej pozwoliłem sobie na testowanie jej użyteczności wśród słyszących pacjentów. Pierwsze testy wypadły bardzo dobrze, a zebranie wywiadu zajęło około 2 minut. Niemniej zdaję sobie sprawę, że karta może mieć wiele niedoskonałości. Stąd moja prośba do każdego, kto będzie z niej korzystał i miał merytoryczne uwagi, o przekazanie ich.

W jaki sposób osoby głuche najczęściej komunikują się z pracownikami ochrony zdrowia?

Tutaj nie mam zbyt dobrych informacji. Owszem, w 2011 roku weszła w życie Ustawa o języku migowym i sposobach komunikowania się, ale w moim odczuciu ona nie działa. Według stanowiska rzecznika praw obywatelskich podmiot leczniczy nie ma obowiązku opłacania tłumacza języka migowego. To oznacza, że chory za usługę tłumacza musi zapłacić z własnej kieszeni. Z tego powodu osoby głuche przychodzą do gabinetu same lub z kimś ze swojej rodziny. Nie zawsze jest to dobre rozwiązanie.

Dlaczego? Wydaje się, że najbliżsi przecież opiszą to, co dolega pacjentowi.

Należy podkreślić, że tłumaczem nie może być osoba poniżej 16. roku życia, nawet jeśli jest członkiem rodziny pacjenta, w tym jego dzieckiem. Często diagnoza jest obciążająca dla pacjenta. Dodatkowym niepotrzebnym kosztem byłoby obciążenie dziecka tłumacza obowiązkiem przekazania diagnozy, np. o chorobie nowotworowej.

Z drugiej strony wśród personelu medycznego wciąż bardzo żywe jest przekonanie, że świetnie sobie radzą w komunikacji z głuchymi. W czasie wizyty zachęcają chorych m.in. do czytania z ruchu warg bądź pisania na kartce. Członkowie personelu uważają, że to wystarcza do dobrej komunikacji z pacjentem. Tymczasem zaledwie 5% osób głuchych deklaruje, że potrafi czytać z ruchu warg! Z kolei 30–45% z tych, którzy przez lata ćwiczą tę umiejętność, deklarują, że posiadają ją w stopniu zadowolającym.

Drugim błędem, również często powielanym, jest próba komunikacji za pomocą pisania. Nie wszyscy wiedzą, że znaczna część osób głuchych ma problem z czytaniem, nie używa języka polskiego, który jest przecież językiem fonicznym, a co za tym idzie – językiem obcym dla głuchych Polaków. Polski język migowy (PJM) jest językiem autono-

micznym, zawierającym inną gramatykę niż język polski. To język wizualno-przestrzenny, na który składają się: mimika, gesty, emocje. Stąd przekazywanie informacji pisemnej bardzo często jest niezrozumiałe dla osoby głuchej.

W gabinetach lekarskich dochodzi też do sytuacji, gdy tłumacz jest wypraszany np. podczas badania, często mimo protestów osoby głuchej. To straszny błąd. Dodajmy, że podczas badania w gabinecie dodatkowym czynnikiem osłabiającym skupienie jest stres, często ból... Łącząc te fakty, możemy się domyślić, jakie są efekty komunikacji.

To może mieć ogromne konsekwencje dla stanu zdrowia takiego pacjenta.

Niestety tak. Bardzo często dochodzi do sytuacji, gdy głuchy, pytany o zalecenia, jakie otrzymał przed chwilą od lekarza mówi, że nie wie i nie rozumie, co lekarz komunikował. To sprawia, że nie będzie w odpowiedni sposób korzystał z leków bądź nie zdecyduje się na dalszą diagnostykę.

Z powodu trudności w komunikacji wielu głuchych zraża się i nie decyduje się na dalsze kontakty z personelem medycznym, a w efekcie bardzo niechętnie podejmuje leczenie lub z niego całkowicie rezygnuje... To coś na wzór spotęgowanego efektu białego fartucha. Trudno im się dziwić – nie mogą normalnie porozmawiać, przedstawić swoich problemów, często bardzo trudnych i wstydliwych. Z drugiej strony również personel medyczny (i tu nie ma znaczenia, czy jest to lekarz, pielęgniarka czy ratownik) boi się kontaktu z osobą głuchą. Wszyscy wiemy, że nieodpowiednie dobranie terapii może mieć konsekwencje prawne i moralne. W związku z tym pacjent głuchy nie jest mile widziany w gabinecie, nie jest pacjentem komfortowym.

Są też sytuacje, np. przed operacją, gdzie chory musi podpisać formularz, zawierający istotne informacje dotyczące stanu zdrowia, które mają wpływ na proces dalszego leczenia. Ponieważ głuchy ich nie rozumie, może podać błędne dane, a to z kolei może doprowadzić do opłakanych skutków.

Jest Pan tłumaczem języka migowego. Jak Pan ocenia jakość kształcenia oraz wiedzę personelu medycznego z zakresu PJM?

Sprostujmy – w moim odczuciu wciąż wiele mi brakuje, aby można nazywać mnie prawdziwym tłumaczem. Ale rzeczywiście, zdarza mi się tłumaczyć w sytuacjach, gdy moi koledzy nie mogą sami tłumaczyć, a sytuacja tego wymaga. Z językiem migowym jest jak z każdym językiem obcym – jeśli się go nie praktykuje, nie rozwija – traci się umiejętność biegłego nim posługiwania. Ja niestety nie mam już możliwości regu-

larnego kontaktu z głuchymi, a tylko w ten sposób można zostać dobrym tłumaczem.

Jeśli chodzi o znajomość podstaw języka migowego wśród personelu medycznego, to najogólniej mówiąc, jest różnie. Niestety, kursy PJM na wielu uczelniach są fakultatywne i przyszły lekarz czy ratownik medyczny nie musi w nich uczestniczyć. Właściwie najczęściej są to zajęcia z tzw. SJM, czyli systemu językowo-migowego, stworzonego na potrzeby edukacyjne głuchych, przez wielu z nich używanego niechętnie.

Trzeba sobie uświadomić, że w czasie jednego semestru trudno poznać nie tylko język migowy, ale także kulturę i obyczaje środowiska głuchych oraz podstawowe zasady współpracy z tłumaczem. Nie wydaje mi się, aby członkowie personelu medycznego, którzy ukończyli kilkudziesięgodzinny kurs, powinni brać odpowiedzialność i tłumaczyć sprawy medyczne. To zwyczajnie niebezpieczne dla każdej ze stron. W moim odczuciu takie zajęcia fakultatywne są doskonałe do naświetlenia problemu. Oczywiście że należy uwzględnić w nich naukę języka migowego, jednak nie może być ich jedynym elementem. Zdarzają się sytuacje, w których – gdy tylko pojawia się pacjent głuchy – członkowie personelu nagle „ulatniają się” na zaplecze i tam przypominają sobie, czy pamiętają cokolwiek z czasów studiów. To sytuacje, które nie powinny mieć miejsca. Z drugiej strony wcale im się nie dziwię, bo naprawdę nie wiedzą, jak się zachować w takiej sytuacji.

Jak wygląda wzywanie pomocy przez osoby głuche?

Tutaj też wygląda to bardzo różnie. W Polsce nie istnieje numer alarmowy SMS, z którego mogą korzystać osoby głuche, chcąc wezwać pomoc. Wiem, że próby stworzenia takiego projektu są na etapie testów i wszyscy trzymamy kciuki za jak najszybsze ich wprowadzenie.

Niemniej są w Polsce centra powiadomienia ratunkowego czy komendy policji, które udostępniają numer alarmowy niektórym organizacjom zrzeszającym osoby głuche. Wtedy taki potrzebujący może zgłosić się pod ten numer, zgłoszenie jest przekazywane do jednostki dysponującej numerem i to ona wzywa pomoc.

Jednak w praktyce najczęściej osoba głucha prosi kogoś ze słyszących bliskich o wezwanie pomocy. Stąd w dużo lepszej sytuacji są ci, którzy mają słyszących członków rodziny. Zdarza się, że to my, tłumacze, dostajemy telefon z informacją, że ktoś potrzebuje pomocy. Wtedy, choć za taką usługę bardzo często nie dostajemy wynagrodzenia, stawiamy się na wskazane miejsce. [...]

Fragmety wywiadu opublikowane dzięki uprzejmości portalu Medycyna Praktyczna

Tlenek węgla – groźny i dla pacjenta, i dla zespołu

Tlenek węgla (CO) potocznie nazywany czadem jest to gaz powstający w wyniku niepełnego spalania różnych materiałów palnych (gazu, paliw płynnych i stałych). Zespoły ratownictwa medycznego mają z nim najczęściej do czynienia w okresie jesienno-zimowym z uwagi na niskie temperatury i sezon grzewczy. Może ulatniać się z urządzeń gazowych, kotłów grzewczych, ale także kominków. Ryzyko uwalniania tlenu węgla wzrasta, gdy przewody spalinowe lub wentylacyjne są wadliwe, nie są poddawane przeglądowi i czyszczeniu lub są źle użytkowane (np. zatykanie kratki wentylacyjnych). Na kontakt z tlenkiem węgla narażone są też ofiary pożarów. Czasem do zatrucia dochodzi, gdy w zamkniętym pomieszczeniu (garaż, warsztat samochodowy) pozostawione jest urządzenie lub pojazd z włączonym silnikiem.

Czadu nie da się wyczuć ani zauważyć – jest on bezwonny, bezbarwny i nie ma smaku. Jego najgroźniejszą cechą jest bardzo wysokie, dużo większe niż tlenu, powinowactwo do hemoglobiny i łatwe tworzenie karboksyhemoglobiny. Powoduje to poważne zaburzenie utlenowania komórek organizmu i hipoksję tkankową.

Objawy zatrucia tlenkiem węgla są, niestety, niecharakterystyczne i mogą się

pojawić w przypadku wielu innych schorzeń. Powoduje to nie tylko problemy diagnostyczne, ale też brak czujności może narazić członków zespołu ratownictwa medycznego na niebezpieczeństwo. Dlatego będący na wyposażeniu ambulansów Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego czujnik tlenu węgla, powinien być każdorazowo zabierany w miejsce, do którego udaje się zespół (mieszkania, domy, piwnice, garaże). Wzorem niektórych zespołów można czujnik CO przytwierdzić do uchwyty torby medycznej z podstawowym sprzętem zabieranym w celu wykonywania podstawowych badań.

Objawy zatrucia zależą od stężenia CO w powietrzu, ale także czasu narażenia na zatrucie. Przy niewielkich zatruciach pacjenci mogą zgłaszać bóle głowy, nudności, wymioty, zawroty głowy, bóle mięśni, ogólne zmęczenie. Objawy mogą narastać i wtedy pojawią się epizody zasłabnięć, utrata przytomności i w końcu NZK. U pacjentów może też pojawić się uczucie duszności przy wykonywaniu nawet niewielkich ruchów, ból w klatce piersiowej czy też drgawki.

Zespoły ratownictwa medycznego nie są przygotowane do przebywania w strefie zagrożenia. Dzięki czujnikowi otrzymujemy jedynie informację o tym, że pojawiło się zagrożenie. W przypadku włączenia się alar-

mu czujnika CO należy więc jak najszybciej opuścić pomieszczenie, w miarę możliwości ewakuując pacjenta oraz inne osoby tam przebywające. Należy pamiętać o zachowaniu BEZPIECZEŃSTWA WŁASNEGO. Ewakuując się, w miarę możliwości pozostawiamy otwarte okna i drzwi. Wzywamy Straż Pożarną, powiadamiając o sytuacji dyspozytora medycznego. Dalsze czynności ratunkowe podejmujemy w miejscu bezpiecznym, ze stałym dostępem świeżego powietrza.

Wykonując medyczne czynności ratunkowe u pacjenta narażonego na przebywanie w atmosferze skażonej tlenkiem węgla lub zatrutego CO, oprócz rutynowego postępowania ZRM, należy jak najszybciej wdrożyć intensywną tlenoterapię bierną przy użyciu maski zapewniającej duże stężenie podawanego tlenu. Nie można zapomnieć o badaniu urazowym, szczególnie u osób po utracie przytomności i ewentualnym upadku na twarde podłoże (podłoga w łazience, wanna). Jeżeli do zatrucia doszło podczas kąpieli i pacjent jest mokry i bez ubrania, należy pamiętać o ochronie przed wychłodzeniem. W przypadku zatrzymania krążenia należy, oczywiście, wykonywać standard zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych.

Paweł Łukasiewicz



Nowe przepisy na Mikołaja

Korytarz życia już obowiązuje!

6 grudnia 2019 roku weszła w życie nowelizacja ustawy Prawo o ruchu drogowym. Jedną z zmian jest szczególnie ważna dla zespołów ratownictwa medycznego – korytarz życia został wprowadzony jako obowiązek dla kierowców.

Nowelizacja dokładnie określa zasady zachowania się kierowców w sytuacji, gdy doszło do zdarzenia drogowego i konieczne jest umożliwienie nadjeżdżającym służbom szybkiego dotarcia na miejsce. Do tej pory służby mogły jedynie apelować do kierowców o rozsądne zachowanie się na drodze, a teraz już korytarz życia został wpisany jako element obowiązkowy, regulowany przepisami.

Do niedawna o korytarzu życia wiedzieli tylko niektórzy kierowcy, a poza tym brakowało jednoznacznej wykładni, w jaki sposób należy prawidłowo go stworzyć, co powodowało dużą dowolność w zachowaniu się uczestników ruchu drogowego. Nowe prawo jasno opisuje, jak kierowcy mają się zachować, aby stworzyć miejsce do przejazdu służb. Będzie to również podstawa do ewentualnego ukarania kierowców niestosujących się do tych przepisów.

W PRZYPADKU JEZDNI DWUPASMOWEJ kierowcy znajdujący się na lewym pasie mają

zjechać do lewej krawędzi jezdni, a ci na prawym pasie do prawej krawędzi.

GDY DROGA MA WIĘCEJ NIŻ DWA PASY W JEDNĄ STRONĘ, to kierowcy na lewym pasie wciąż powinni zjechać do lewej krawędzi jezdni, natomiast kierowcy, którzy znajdują się na pozostałych pasach mają zjechać do prawej krawędzi jezdni.

W sytuacji tworzenia korytarza życia kierowcy mają prawo wykorzystywać pobocze, a także pasy rozdzielające jezdnie.

Ustawienie w korytarzu życia kierowcy powinni zakończyć dopiero wtedy, gdy zaczęną ruszać samochody z przodu – to oznacza, że ruch został odblokowany. Służby zwykle nie nadjeżdżają w jednej grupie, bardzo często, po nawet dłuższej przerwie, w korytarzu może się pojawić kolejny ambulans czy wóz strażacki.

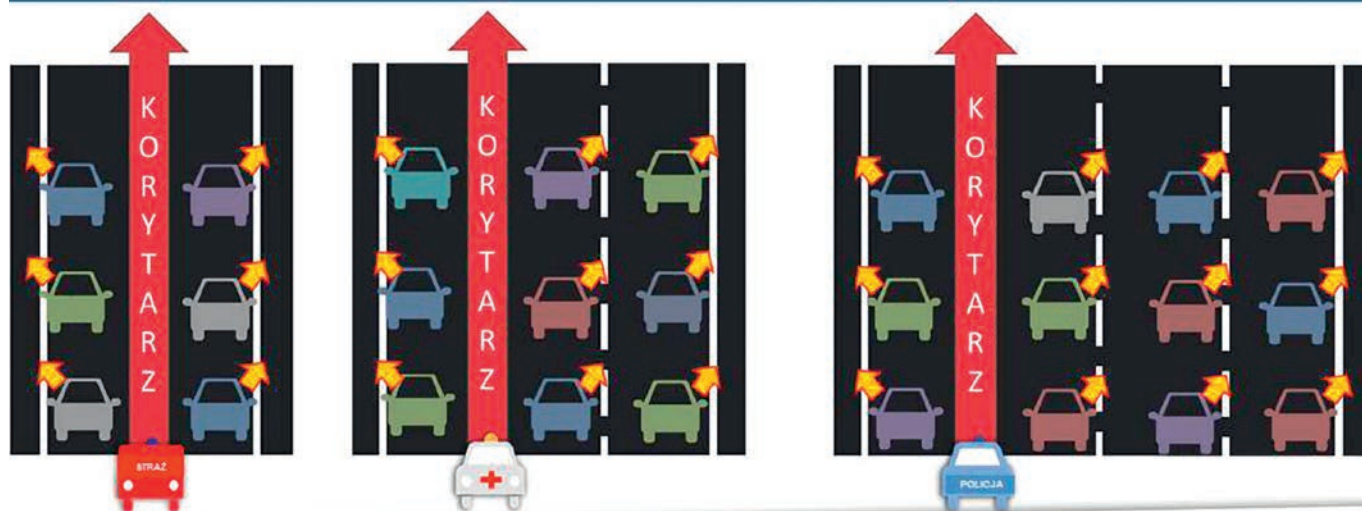
Przepis dotyczy wszystkich dróg, zarówno autostrad, dróg ekspresowych, jak i ulic w miastach.

Wprowadzenie tej nowelizacji to ruch w bardzo dobrym kierunku. Trzeba jednak pamiętać o tym, że przepis jest nowy i z pewnością na drogach znajdzie się wielu kierowców, którzy nie będą o nim pamiętali. Trzeba się też liczyć z kierowcami, którzy – mimo znajomości przepisów, będą próbowali je obejść, tak, jak robili to do tej pory.

NA CO POWINNI ZWRÓCIĆ UWAGĘ KIEROWCY KARETEK, korzystając z korytarza ratunkowego, wskazuje Paweł Nesterak, ratownik medyczny, kierowca ambulansu w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym.

- › jadąc na sygnale należy być bardzo czujnym – kierowca pojazdu uprzywilejowanego jest zawsze zobowiązany do zachowania szczególnej ostrożności,
- › dostosować się do rzeczywistych warunków na drodze – lokalne warunki i infrastruktura drogowa nie zawsze pozwalają na stworzenie idealnego korytarza ratunkowego,
- › ograniczyć prędkość – „nie dać się zwieść” korytarzowi. Sytuacja może się zmienić nagle, gdy jakiś kierowca zrobi nieoczekiwany manewr,
- › uważać na kierowców usiłujących wjechać na wysoki krawężnik, żeby ustąpić miejsca ambulansowi,
- › bardzo uważać na kierowców, którzy próbują jechać korytarzem pod prąd,
- › ambulans jadący jako drugi czy kolejny jest bardziej narażony na niebezpieczeństwo – kierowcy myślą, że wszystkie służby już przejechały i próbują wjeżdżać w korytarz,
- › nie podjeżdżać zbyt blisko do pojazdu, który usiłuje zrobić miejsce. **(red)**

Jak uformować korytarz życia



MINISTERSTWO
INFRASTRUKTURY

#ŁĄCZYMYPOLSKĘ

Dyspozytorzy na lotnisku



Mamy już za sobą dwie serie szkoleń przeprowadzonych w ramach współpracy Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego z 3. Grupą Poszukiwawczo-Ratowniczą.

Współpracę z 3. GPR rozpoczęliśmy bardzo spontanicznie i od razu w akcji – dysponując śmigłowcem SAR do transportu poszkodowanych w masowym wypadku autobusu na zakopiance w Tenczynie. W ciągu minionego roku wspólne działania zostały

sformalizowane i zawarliśmy oficjalne porozumienie, które pozwoli na usprawnienie współpracy pomiędzy jednostkami w zakresie ratowania zdrowia i życia ludzkiego, szczególnie w sytuacji wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego lub katastrofy. Podczas szkoleń już 40 naszych dyspozytorów i ratowników medycznych poznawało w praktyce zasady działania Grupy. Pracowaliśmy również nad stworzeniem wspólnych procedur postępowania. (red)



Pierwsza pomoc dla krakowian

248 przeszkolonych osób, 192 godziny zajęć, zaangażowanie 6 instruktorów. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe wzięło udział w projekcie po raz pierwszy zorganizowanym w Krakowie – bezpłatnych szkoleniach z zakresu pierwszej pomocy dla mieszkańców.

Zajęcia przeznaczone były dla osób dorosłych i obejmowały m.in.:

- › naukę umiejętności rozpoznania poszkodowanego w stanie zagrożenia życia,
- › przeprowadzenia zastępczej wentylacji (użycie maski twarzowej, chusty twarzowej),

- › uciskanie klatki piersiowej,
- › algorytm postępowania w przypadku obecności ciała obcego w drogach oddechowych,
- › zastosowanie pozycji bocznej bezpiecznej,
- › obsługę automatycznego defibrylatora zewnętrznego wraz z elementami BLS.

Cykl szkoleń trwał od połowy września do końca listopada i objął mieszkańców sześciu krakowskich dzielnic. Szkolenia zorganizowane były przez Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miasta Krakowa w ramach programu „Bezpieczny Kraków”.

(red)



Halowe mistrzostwa piłki nożnej w Czyżynach

Powrót do sportu

Miało być zwykłe zabezpieczenie medyczne, ale informacja o amatorskich Halowych Mistrzostwach Czyżyn w piłce nożnej na tyle zelektryzowała Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, że 16 listopada na miejsce, oprócz zespołu zabezpieczającego, pojechała pięciosobowa drużyna naszych piłkarzy.

W zorganizowanych przez Dzielnicę XIV Mistrzostwach udział wzięły m.in. zespoły Straży Miejskiej Miasta Krakowa, VIII Komisarjatu Policji w Krakowie, Klubu Sportowego Albertus i oczywiście drużyny mieszkańców Czyżyn.

Wygrała drużyna Bojko Team – panowie z ulicy Skarżyńskiego i Dywizjonu 303. Drugie miejsce zajęł zespół Albertus Kraków, a trzecie Komisarjat Policji VIII w Krakowie. Drużyną fair-play ogłoszono zespół Czyżyny Team. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe czeka na przyszłoroczny rewanż. Być może będzie to pierwszy krok do powrotu drużyny piłkarskiej i regularnych treningów. **(red)**



GRUPA	A	B	C	D	Mecze	PKT	Bramki	Miejsce
A	STRAŻ MIEJSKA	⚽			3			
B	POLICJA		⚽		3			
C	ALBERTUS 2			⚽	3			
D	KRAKOWSKIE POGOTOWIE RATUNKOWE				3			

Kolejność gier:

9:10	9:30	9:50	10:10	10:30	10:50
Straż Miejska	Policja	Straż Miejska	Albertus 2	Straż Miejska	Policja
-	-	-	-	-	-
Krakowskie Pogotowie Ratunkowe	Albertus 2	Policja	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe	Albertus 2	Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

