



Warszawa, 5 marca 2014 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Dziecka

Marek Michalak

ZSS/500/5/2014/JZ

**Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia**

w obliczu tragicznych zdarzeń, związanych z odmową wysłania do dziecka karetki pogotowia ratunkowego bądź długim oczekiwaniem na przyjazd zespołu ratunkowego, zwracam się do Pana Ministra o ponowną analizę rozwiązań systemowych, które zapobiegłyby na przyszłość podobnym incydentom. Jestem przekonany, że obowiązujące procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego wymagają dalszego doskonalenia w kierunku bardziej uprzywilejowanego traktowania dzieci, których zdrowie i życie mogą być zagrożone.

Aktualnie, o wysłaniu do pacjenta karetki pogotowia decyduje dyspozytor w oparciu o informacje otrzymane od powiadamiającego i przeprowadzony *ad hoc* wywiad medyczny – bez względu na to, czy zgłoszenie dotyczy osoby dorosłej czy dziecka. Procedurę tę reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz.U. poz. 66). Brzmienie § 1 pkt 3 tegoż rozporządzenia prowadzi do wniosku, że zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego następuje wtedy, gdy na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego zostanie stwierdzone wystąpienie u pacjenta nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z § 2 ust. 2 przywołanego rozporządzenia *wywiad medyczny jest przeprowadzany z uwzględnieniem algorytmu przeprowadzania wywiadu medycznego, udostępnionego dyspozytorowi medycznemu przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, stanowiącego pisemny zbiór pytań i rekomendacji wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego, ustalonego na podstawie zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej.*

Sądzę, że przy ustalaniu optymalnej procedury zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego należy mieć na uwadze, że procesy chorobowe w organizmie dziecka przebiegają szczególnie dynamicznie. W momencie wzywania pomocy dziecko może wprawdzie nie znajdować się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, lecz w chwilę później – już tak. Co więcej, w przypadku małego pacjenta, większość objawów jest niespecyficzna, co dodatkowo utrudnia podjęcie decyzji przez dyspozytora, ponieważ ocena stanu zdrowia dziecka zarówno przez opiekuna jak i dyspozytora jest obciążona znacznym prawdopodobieństwem popełnienia błędu. Informacje otrzymane od osoby zgłaszającej zdarzenie oraz przeprowadzony w trakcie rozmowy telefonicznej wywiad medyczny nie pozwalają na trafną interpretację niecharakterystycznych objawów chorobowych u dziecka, uwzględnienie skutków dotychczasowego leczenia i przewidzenie dalszych zdarzeń. Przede wszystkim, u najmniejszych dzieci często nie jest możliwa – dokonywana zdalnie (bez badania lekarskiego) – ocena, czy występujące dolegliwości są poważne i zagrażają życiu.

Wymienionym okolicznościom, zaburzającym trafność diagnozy stawianej dziecku-pacjentowi, nie jest w stanie zaradzić – wspólny dla dzieci i osób dorosłych – algorytm pytań zadawanych przez dyspozytora w trakcie wywiadu medycznego, gdyż algorytm ten opiera się na objawach chorobowych i nie uwzględnia wieku pacjenta jako kryterium decydującego o wysłaniu karetki pogotowia. Zatem nie zawsze stanowi on narzędzie, którego użycie gwarantuje dziecku udzielenie szybkiej pomocy medycznej.

Zważywszy na dynamikę przebiegu procesów chorobowych u dziecka oraz wysokie prawdopodobieństwo popełnienia pomyłki przy ocenie stanu jego zdrowia, dokonywanej w trakcie telefonicznego wywiadu medycznego, warto rozważyć, by w każdym przypadku zgłoszenia na numer alarmowy żądania udzielenia pomocy dziecku zapadała decyzja o zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego.

Za zaproponowanym rozwiązaniem przemawia jeszcze jeden wzgląd: udzielenie choremu dziecku niezwłocznej pomocy medycznej przez zespół ratownictwa medycznego może okazać się tańsze niż późniejsza hospitalizacja dziecka – leczenie następstw nieudzielonej natychmiast pomocy medycznej (nie wspominając o niewymiernych kosztach, takich jak krzywda wyrządzona małoletniemu pacjentowi oraz jego opiekunom).

Pragnę zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 24 ust.1 Konwencji o prawach dziecka (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526, z późn. zm.) *Państwa-Strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia oraz rehabilitacji zdrowotnej. Państwa-Strony będą dążyły do zapewnienia, by żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej.* W art. 24 ust. 2 Konwencji państwa-strony zobowiązały się do dążenia do pełnej realizacji tego prawa, a w szczególności podejmą niezbędne kroki w celu m.in. zmniejszenia

śmiertelności wśród noworodków i dzieci. Zadanie działania na rzecz ochrony prawa dziecka do życia i ochrony zdrowia zostało nałożone na Rzecznika Praw Dziecka w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69, z późn. zm.), więc na podstawie art. 11 ust. 2 przywołanej ustawy proszę Pana Ministra o zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz.U. poz. 66) tak, żeby każde wezwanie pomocy do dziecka było traktowane jako stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i skutkowało zadysponowaniem zespołu ratownictwa medycznego, a przynajmniej by obowiązkowe zadysponowanie dotyczyło wezwań do dzieci w wieku co najmniej do lat 3. Ponadto należy opracować odrębną jednolitą, obowiązującą w całym kraju, normę określającą przeprowadzanie wywiadu medycznego przez dyspozytora przyjmującego wezwanie pomocy do dziecka.

Z wyrazami szacunku
Marek Jankowski



MZ-OKR-RM-450-3818-28/SZ/14

Pan

Marek Michalak

Rzecznik Praw Dziecka

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do pisma z dnia 5 marca 2014 r., znak: ZSS/500/5/2014/JZ, w sprawie algorytmu przyjmowania zgłoszeń przez dyspozytora medycznego oraz do wniosku dotyczącego obowiązku zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego do każdego dziecka, uprzejmie informuję, co następuje.

Ramową procedurę przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U z 2014r., poz. 66). Ww. rozporządzenie zawiera m.in. przepis stanowiący, iż wywiad medyczny jest przeprowadzany przez dyspozytora medycznego na podstawie algorytmu, udostępnionego dyspozytorowi medycznemu przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego. Algorytm stanowi pisemny zbiór pytań i rekomendacji wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego i ustalany jest z uwzględnieniem zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej. Zapis § 2 ust. 2 ww. rozporządzenia daje możliwość stworzenia takiego algorytmu, który zawiera odmienności pediatryczne, bowiem sposób postępowania oraz objawy świadczące o stanie nagłym u dzieci są inne niż u dorosłych. Należy wskazać, że algorytm ustalany jest z uwzględnieniem zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej, a ta dotyczy stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego zarówno u osób dorosłych jak i u dzieci.

Wskazać trzeba, że obowiązek stosowania algorytmu powstanie od dnia 1.07.2014 r., co wynika z konieczności jego opracowania oraz wdrożenia na stanowiskach dyspozytorskich, a także przeszkolenia dyspozytorów medycznych w tym zakresie. Ponadto, algorytm powinien uzyskać akceptację towarzystw naukowych o zasięgu ogólnopolskim, właściwych w zakresie medycyny ratunkowej. Należy również dodać, że szczegółowe procedury zbierania wywiadu dotyczącego osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego będą podlegały ciągłym aktualizacjom, w miarę ich praktycznego stosowania oraz w wyniku dokonującego się wciąż

postępu w naukach medycznych. W związku z powyższym ujęcie algorytmu w formę aktu prawnego wymagałoby jego ciągłego nowelizowania, a co za tym idzie obowiązku przeprowadzenia za każdym razem pełnej, długotrwałej procedury legislacyjnej. Ponadto, polskie towarzystwa naukowe, zrzeszone jednocześnie w odpowiednich stowarzyszeniach europejskich, na bieżąco publikują materiały zawierające zmiany i nowości dotyczące standardów postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Standardy te są wspólne dla wszystkich krajów unijnych i powinny być przestrzegane przez personel medyczny. Wskutek powyższego, obowiązek wyposażenia dyspozytorów medycznych w algorytm przeprowadzania wywiadu medycznego zawierającego zalecenia wynikające właśnie z aktualnej wiedzy medycznej został nałożony na dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.

Podkreślić także trzeba, że zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U z 2013 r., poz. 757, z późn. zm.) dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada wykształcenie wymagane dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
- 3) przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala.

Tym samym, osoby pracujące na stanowisku dyspozytora medycznego posiadają wykształcenie medyczne oraz niezbędne doświadczenie zawodowe. Dodatkowo, w toku kształcenia studenci ratownictwa medycznego oraz pielęgniarstwa zdobywają zarówno teoretyczną, jak i praktyczną wiedzę niezbędną do samodzielnej oceny stanu pacjenta, w zależności od jego wieku oraz objawów chorobowych. Odbywają również praktyki zawodowe, których celem jest doskonalenie już zdobytej wiedzy teoretycznej i nabycie umiejętności praktycznego jej wykorzystania. Powyższe jest niezbędne do zdobycia podstawowego doświadczenia zawodowego koniecznego w późniejszej pracy, również na stanowisku dyspozytora medycznego. Dyspozytorzy medyczni mają także obowiązek doskonalenia zawodowego, które realizowane jest w pozaszkolnych formach kształcenia, takich jak: kurs doskonalący, seminarium oraz samokształcenie.

Odnosząc się do przedstawionego przez Pana Ministra wniosku, „by w każdym przypadku zgłoszenia na numer alarmowy żądania udzielenia pomocy dziecku zapadała decyzja o zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego”, uprzejmie informuję, iż - jakkolwiek przychyliam się do opinii, że zgłoszenia dotyczące wezwań zespołu ratownictwa medycznego

do małych dzieci (do 3 lat) powinny być traktowane ze szczególną uwagą, to jednak nie podzielam zdania, że każde tego typu zgłoszenie powinno skutkować wysłaniem zespołu na miejsce zdarzenia. Z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wynika bowiem, że zespół ratownictwa medycznego dysponowany jest wyłącznie do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Rolą dyspozytora jest przyjmowanie zgłoszeń i ich kwalifikacja. Jeśli wywiad medyczny przeprowadzony przez dyspozytora medycznego wyklucza taki stan, tym samym nie ma przesłanek do wydania zespołowi ratownictwa medycznego zlecenia wyjazdu. Wskazać również trzeba, że w razie zaistnienia problemów, których rozwiązanie wykracza poza umiejętności i uprawnienia dyspozytora medycznego, zwraca się on do lekarza dyżuru, wyznaczonego przez dysponenta jednostki, lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego o udzielenie niezbędnych informacji zgodnych z aktualną wiedzą medyczną dotyczącą stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Resort zdrowia stoi na stanowisku, że zgłoszona przez Pana propozycja niesie za sobą niebezpieczeństwo dla osób, których zdrowie lub życie będzie rzeczywiście zagrożone (w tym dzieci), gdyż zespoły ratownictwa medycznego zaangażowane do nieuzasadnionych wyjazdów nie będą mogły tym samym udzielić pomocy innym pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jak wskazują dysponenci zespołów, nierzadkie są przypadki, w których powodem wezwania zespołu ratownictwa medycznego są trudności w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej, odmowa realizacji wizyty domowej przez lekarza POZ, znaczna odległość do przychodni albo brak możliwości dojazdu do niej. Niewątpliwie więc na pierwszy plan wysuwa się potrzeba poprawy dostępu do opieki pediatrycznej w POZ, w tym do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, co jest obecnie przez resort zdrowia realizowane.

z powrotem

Z upoważnienia
MINISTER ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Cezary Romek