



TABLET

BIULETYN PRACOWNICZY

Czerwiec 2016 / nr 15



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

 MAŁOPOLSKA

Nowe karetki w Krakowie i okolicach

Pięć nowych ambulansów rozpoczęło już służbę w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym.

Niedawno kupione auta zastąpiły karetki, które były najbardziej wyeksploatowane. Nowe samochody jeżdżą w Wieliczkę (zespół

P i zespół S), w Krakowie przy ul. Kościuszki (zespół P) oraz w zespołach specjalistycznych w Skale i Węgrzyczach. (red)



Nasza siedziba po remoncie

Winda i nowa klatka schodowa

Pierwsza od kilku lat renowacja głównej siedziby Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego przy ul. św. Łazarza w Krakowie. Mamy windę, dzięki czemu będziemy spełniać wymogi dla zakładów opieki

zdrowotnej. Będzie też dużym ułatwieniem dla pacjentów i ich bliskich, którzy zgłaszają się do nas po odbiór dokumentacji medycznej. (red)



Temat z okładki

Mistrzostwo w Olsztynie

Nasz zespół w składzie: Mariusz Andrzejczak, Marek Brzostowicz, Tomasz Turcza zdobył mistrzostwo na XIV Mistrzostwach Warmii i Mazur w Ratownictwie Medycznym, które odbyły się w dniach 8-10 czerwca w Olsztynie.

Krakowscy ratownicy pokonali ponad 20 załóg z całej Polski. Uczestnicy zawodów musieli zmierzyć się z 8 zadaniami, w tym trzema nocnymi. Jednym z trudniejszych wyzwań była pomoc dyspozytorce medycznej, która zasłabła podczas rozmowy z pacjentem grożącym próbą samobójczą. Ratownicy musieli nie tylko udzielić pomocy chorej kobiecie, ale też przejąć rozmowę z pacjentem oraz koordynować przez radio pracę zespołów, które brały udział w akcji ratunkowej.

Przygotowano także symulację zdarzenia masowego oraz strzelaniny. Podczas jednego z zadań zespoły musiały też wykazać się umiejętnością poradzenia sobie z trudną sytuacją w domu pacjentki z udarem mózgu i zaopiekować się jej niepełnosprawnym dzieckiem oraz nietrzeźwym mężem.

W zawodach udział wzięły trzy zespoły z Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego. Kamil Mioddek, Grzegorz Nowak i Barbara Seweryn zajęli 9 miejsce, a Karolina Janocha, Grzegorz Rojek i Mateusz Zieliński – 18.

(red)



Symposium w Grudziądzu

Mistrz Ratownictwa: Barbara Seweryn

Barbara Seweryn, nasz ratownik medyczny, zdobyła puchar Mistrza Ratownictwa Medycznego za najlepiej napisany test z wiedzy ratowniczej podczas 3. Letniego Ogólnopolskiego Symposium Ratownictwa Medycznego, które odbyło się w dniach 20-22 maja w Grudziądzu.

Symposium pt. „Trudny pacjent – współczesne wyzwania” zorganizowane zostało przez grudziądzkie stowarzyszenie ratowników medycznych. W spotkaniu udział wzięło ponad 400 profesjonalistów z całej polski.

W trakcie symposium swoje wystąpienie miała również Barbara Seweryn, która przedstawiła temat: *Kobieta w zespole ratownictwa medycznego – trudności w transporcie i walory w kontakcie z trudnym pacjentem.*

Z Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego w zjeździe uczestniczyli także: Mariusz Andrzejczak (*Miastenia gravis – wyzwanie dla ZRM*), Maciej Szwałko (*Resuscytacja ciężarnej w realiach postępowania ZRM*) oraz Małgorzata Wypych (*Śmierć pacjenta – co i jak wpływa na reakcję zespołu*).

(red)



Poznajmy się

Szkoła Ratownictwa Medycznego

Powstała w roku 1994 – czasach, gdy cała polska medycyna starała się zza żelaznej kurtyny wkroczyć nareszcie do nowoczesności.

Grupa lekarzy, wśród których znaleźli się m.in. Jan Ciećkiewicz, Marek Czarciański i Jacek Pachota, wyjechała do Stanów Zjednoczonych na kilkutygodniowe szkolenie z zakresu medycyny ratunkowej. To była baza, która pozwoliła na przeszkolenie ówczesnego personelu krakowskiego pogotowia. Kursy były obowiązkowe i bardzo intensywne. Specjalne, również obowiązkowe, szkolenia przeprowadzono także dla

sanitariuszy, którzy otrzymywali wtedy tytuł „ratownika przedmedycznego”.

Wiedza przywieziona z USA oraz cykl przeprowadzonych później szkoleń dały impuls dla utworzenia przez ówczesnego dyrektora KPR, Andrzeja Wiśniewskiego, Szkoły Ratownictwa Medycznego. Jej pierwszym kierownikiem został doktor Marek Czarciański, a jednym z pierwszych instruktorów – dyrektor Małgorzata Poptawska.

Szkoła prowadzi obecnie kursy dla profesjonalistów, przede wszystkim pracowników systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (dyspozytorów, lekarzy, pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych)

w zakresie doskonalenia zawodowego. Oferuje również kursy podstawowej pierwszej pomocy dla zakładów pracy, innych służb, urzędów, pracowników szkół czy przedszkoli.

Prowadzi również szeroką działalność edukacyjną i promującą udzielanie pierwszej pomocy wśród dzieci i młodzieży, a także pokazy i naukę pierwszej pomocy podczas imprez publicznych, festynów, dni otwartych.

Skalę pracy naszej szkoły może pokazać liczba ponad 6300 przeszkolonych osób (w tym prawie 2 tys., profesjonalistów) w roku ubiegłym.

c.d. na stronie 6







Kierownikiem Szkoły Ratownictwa Medycznego jest Bożena Woźniak-Pachota, pielęgniarka.

W zawodzie pracuje od 36 lat, w KPR – od 27. Ukończyła Liceum Medyczne w Krakowie, a następnie licencjat z pielęgniarstwa oraz studia wyższe na Uniwersytecie Jagiellońskim na kierunku socjologia, a także studia podyplomowe z organizacji i zarządzania. Jest specjalistą pielęgniarstwa ratunkowego

oraz zarządzania. Jest instruktorem Polskiej oraz Europejskiej Rady Resuscytacji. Od wielu lat działa w samorządzie zawodowym, od trzech kadencji zasiada w Radzie Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, jest również członkiem zespołu ds. ratownictwa medycznego Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Zawsze gotowa do nauczania każdego udzielania pierwszej pomocy. To ją widzimy na czele

gromady dzieci zwiedzającej naszą siedzibę przy ul. św. Łazarza albo uczącą zasad resuscytacji na wszelkich pokazach. Wrażliwa, otwarta na potrzeby innych, życzliwa dla ludzi – mówią o niej koledzy i koleżanki.

Prywatnie żona, mama dwójki dorosłych dzieci i babcia trzyletniego Franka, a także piastunka 5 kotów, trzech psów i zapalona ogrodniczka.

(red)

Miś od małego pacjenta

Pomoc drugiemu człowiekowi, ratowanie życia i zdrowia to nasza praca i nasza codzienność. Mimo tego, że przecież spełniamy przede wszystkim nasz obowiązek, niektórzy pacjenci wyrażają swoją wdzięczność za pomoc, jakiej im udzieliliśmy.

Zwykle otrzymujemy kilkadziesiąt listów z podziękowaniami rocznie i – tak, to prawda, każdy z nich wywołuje wzruszenie. Ale ten jeden zasługuje na szczególną uwagę. To nie tylko list. To paczka ze ślicznym pluszowym misiem. A w liście czytamy: „Jakiś czas temu mój syn korzystał z Państwa pomocy. W karetce dostał przytulankę, która bardzo dodała mu otuchy, ale nie chciał jej już potem oddać. Dlatego przesyłamy nowego misia, aby pocieszał innych małych pacjentów.”

Drogi Mały Pacjencie i Szanowna Mamo! Jest nam niezmiernie miło! Dziękujemy za pamięć i za ciepłe słowa.

W każdej karetce Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego dyżurują pluszaki, które starają się pocieszać naszych małych pacjentów. Pluszaki, po akcji ratunkowej, zawsze pozostają własnością dzieci.

Zabawki otrzymujemy dzięki hojności naszych darczyńców, głównie sklepu Ikea w Krakowie, który od kilku już lat, corocznie organizuje zbiórkę zabawek.

(red)



Nietypowe podziękowania

Zobaczmy się w oczach dzieci

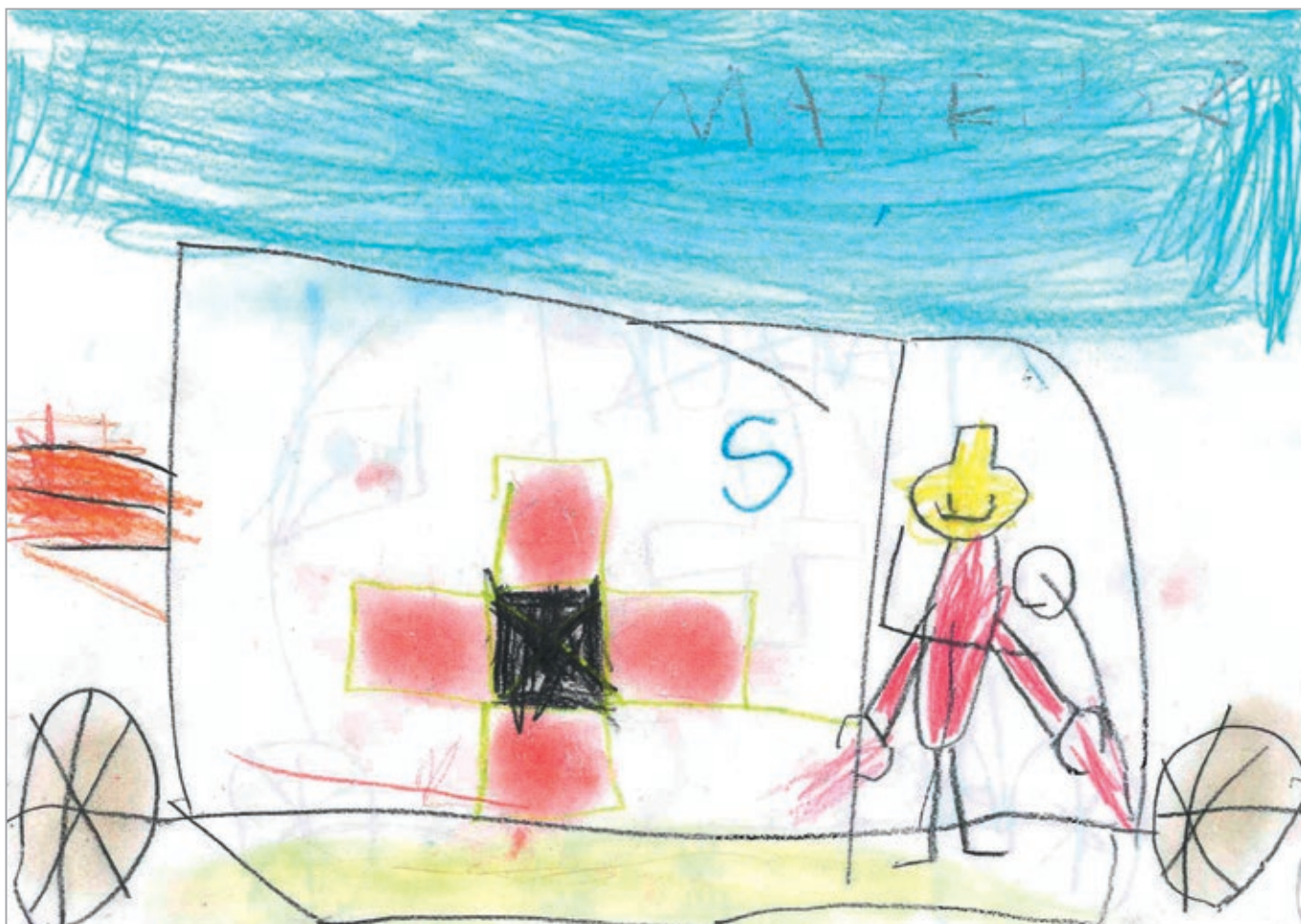
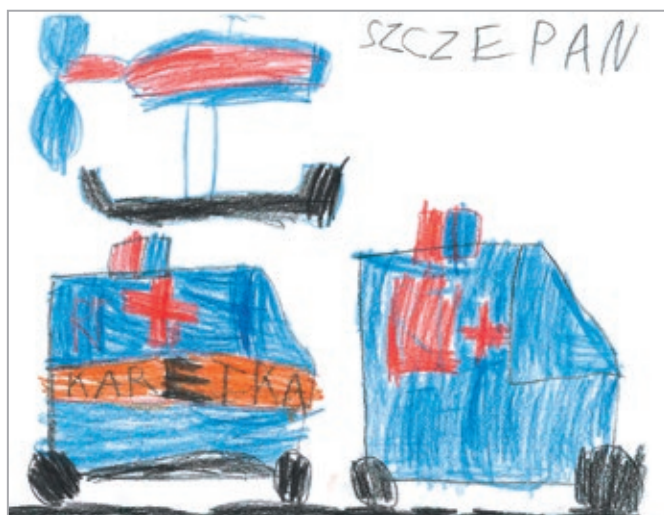
25 maja znów odwiedzili nas mali goście – tym razem dzieci z przedszkola Słoneczne Wzgórze w Krakowie. Maluchy uczyły się, jak prawidłowo wezwać pomoc.

Dzieciaki mogły zajrzeć do wnętrza karetki i poznać jej wyposażenie. Odwiedziły też naszą dyspozytornię, gdzie dowiedziały się, w jaki sposób odbierane są połączenia alarmowe i jak wysyłamy karetki.

Naszych małych gości uczyliśmy, co robić w razie wypadku i w jaki sposób małe dzieci mogą wezwać pomoc.

Po kilku dniach dotarły do nas podziękowania od przedszkola za zorganizowanie wizyty. A wraz z podziękowaniami piękny album.

(red)



Jubileusz Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego

Ratujemy od 125 lat

Właśnie mija 125. rocznica powstania Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego. Uroczyste obchody jubileuszu odbędą się za parę miesięcy – pod koniec października. Już teraz serdecznie zapraszamy.

6 czerwca 1891 r. Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe rozpoczęło działalność. Dyżury były ochotnicze, nieodpłatne, a na pierwsze wyposażenie składało się pięć par noszy oraz ambulans zaprzęgnięty w dwa konie.

Jest rok 1890. W składzie firmy Kretschmer przy Rynku Głównym 10 w Krakowie wybucha poważny pożar. Dwóch praktykantów jest ciężko poparzonych, a właściciel firmy ginie. Parę tygodni później wybucha pożar w aptece Wiśniewskiego na Stradomiu. W grudniu 1890 rozpoczyna się publiczna dyskusja nad potrzebą utworzenia w Krakowie instytucji, która mogłaby nieść pomoc medyczną w nagłych wypadkach. Dobry wzór już istnieje, bo taka organizacja: Freiwillige Rettungsgesellschaft, czyli Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe działa już w Wiedniu.

To pierwsze w Europie pogotowie ratunkowe powołano do życia w roku 1883, po tragicznym pożarze w wiedeńskim Ringtheater.

Głównymi inicjatorami powstania pogotowia byli: okulista Arnold Bennet, chirurg Alfred Obaliński oraz Wincenty Eminowicz, naczelnik Straży Ogniowej. W pierwszych krokach stację wspierali m.in. dr Jaromir Mundy, organizator pogotowia wiedeńskiego oraz austriacki filantrop Jan hr. Wilczek, wówczas Prezes Wiedeńskiego Stowarzyszenia Pogotowia Ratunkowego. Rada Miasta Krakowa przyznała stały fundusz na utrzymanie pogotowia i, co najważniejsze, przydzieliła pierwszy lokal: dwa pomieszczenia na parterze budynku Zawodowej Straży Ogniowej przy ulicy Kolejowej, czyli dzisiejszej ulicy Westerplatte. Poza tym, towarzystwo utrzymywało się ze składek członkowskich. Dyżury pełnili ochotnicy, głównie studenci starszych lat Wydziału Lekarskiego UJ.

W pierwszym roku swojej działalności pogotowie interweniowało 496 razy, a w drugim roku (1892) już 1352 razy.

Obecnie dysponujemy ponad 170 tysięcy wyjazdów rocznie!

Krakowskie pogotowie przetrwało dwie wojny światowe, trudne lata 50. i cały czas się rozwijało, nigdy nie przestając udzielać pomocy potrzebującym pacjentom. Dzieje 125 lat działalności są fascynujące, pełne wzlotów i upadków, chwil bardzo trudnych, czasem sytuacji zabawnych, ale przede wszystkim – zbudowane są na zmaganiach ludzi, którzy postanowili zrobić wszystko, aby choroby i śmierć zbierały jak najmniejszą ofiarę. To jest też historia wielkiego postępu technologicznego: od konnej karetki, której wyposażeniem były niemalże jedynie słuchawki i bandaże, do obecnie jeżdżących ambulansów, które można by nazwać oddziałami intensywnej terapii na kółkach.

Zapraszamy wszystkich do wspólnego świętowania jubileuszu – uroczyste obchody go będziemy pod koniec października.

(red)

Ambulans konny, prawdopodobnie pierwszy w krakowskiej stacji pogotowia, po roku 1890.





Ratowanie utopionego w Wiśle na Bielanych, rok 1933



Ambulans konny przed budynkiem Straży Ogniowej, około roku 1907



Siedziba Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego przy ul. św. Łazarza, lata 90. XX w.



Oddział w Balicach, karetka R, lata 90. XX w.



Pierwsza karetka noworodkowa, czyli „N”, rok 1977

Trudny temat: śmierć pacjenta

Z tym też trzeba umieć się zmierzyć

Statystycznie zespół ratownictwa medycznego ma do czynienia ze śmiercią pacjenta około 3-4 razy w miesiącu. To są statystyki, co oznacza, że są zespoły, które są świadkami zgonu seriami nawet po kilka dziennie, a są takie zespoły, które prowadzą zakończone niepowodzeniem resuscytację czy są świadkami śmierci raz na pół roku. Członkowie zespołów zwykle w sposób bardzo zdystansowany opowiadają o śmierci pacjentów. Czasem jest to wynik dojrzałości, czasem wypalenia, ale zdarza się też, że również braku szacunku do umarłego, co wynika z silnego, ukrywanego lęku i przytrafia się raczej młodszym osobom.

Z rozmów z pracownikami ZRM wynika, że radzą sobie ze śmiercią pacjentów, jak to sami mówią: „dobrze”. Wyjątek stanowią młodsze osoby (wg moich obserwacji poniżej 30 roku życia), które zdradzają pewne emocje i brak dystansu. Dystans do śmierci zależy od wielu czynników, wieku zmarłego, wieku ratownika, obecności świadków, stwierdzenia choroby przewlekłej.

Zgony trudne i łatwe do zaakceptowania

O wiele łatwiej jest radzić sobie ze śmiercią osób chorych i starych. O śmierci pacjenta terminalnego mówi się zwykle, że jest to ulga w cierpieniu. Nawet jeżeli rodzina bardzo przeżywa śmierć, doświadczeni (wiekiem) ratownicy uważają, że te emocje miną, a rodzina w końcu uświadomi sobie, że tak było lepiej dla pacjenta i ich samych. Wynika to nie tylko ze świadomości przemijalności emocji (nie mogą przecież trwać wiecznie), ale również z wewnętrznego pogodzenia się ze śmiercią, które jest silnie związane z wiekiem, doświadczeniem i otwartością na różnego rodzaju światopogląd dotyczący umierania.

Emocje nie mogą trwać wiecznie

W przypadku śmierci starszych osób zespołom często doświadcza brak emocji rodziny, obojętność, szybka chęć pozbycia się ciała czy naciski, żeby umierającego wywieźć do szpitala. Takie sytuacja budzą złość i niezrozumienie.

Trudne sytuacje, takie które wywołują silne emocje lub wiążą się z nawrotami wspomnień to śmierć dziecka, ale też bycie świadkiem silnych, autentycznych przeżyć rodziny. Ze śmiercią dziecka wiąże się smutek i lęk o utracony czas, o nie-doświadczenie życia, pojawia się poczucie niesprawiedliwości. Takie automatyczne myśli są naturalne i oczywiste. **Problem stanowi zapętlenie się w pytaniach bez odpowiedzi.** Lęk wywołany poczuciem niesprawiedliwości świata nie przejdzie jeżeli będzie się pomstować na niesprawiedliwość czy Boga. Lepszym jest pytanie – co mogę zrobić, żeby nie mieć poczucia straconego czasu?

Trudną sytuacją jest obecność dzieci przy śmierci matki czy ojca są obecne dzieci, niezależnie od wieku samych dzieci. **Rozpacz budzą niehamowane reakcje małych dzieci, które w swojej bezradności próbują obudzić rodzica lub zadają pytania, na które ratownicy często nie wiedzą jak odpowiedzieć.** W przypadku dzieci o wiele łatwiej uruchamia się empatia emocjonalna i czucie tej rozpacz, jaką czują dzieci, które są w swoim przeżywaniu tak prawdziwe. Pomaga świadomość, że najczęściej, prawie zawsze, dzieci radzą sobie ze śmiercią. Może zostaje ślad, może nawet cień nieszczęścia kładzie się na całe życie po takiej stracie, ale to nie znaczy, że mały człowiek będzie w stanie rozpacz już zawsze. A ten pierwszy moment, kiedy w bezradności dzieci mówią do zmarłego, kiedy wpadają w rozpacz, jeżeli są starsze i rozumieją już co się



stało, jest naturalną reakcją, która też może świadczyć o zdrowym procesie żałoby. **Bierna obserwacja, bez interwencji i prób powstrzymania rodziny od płaczu jest najwłaściwszą reakcją na to, co przeżywa rodzina zmarłego. Oczywiście w przypadku szoku i ostrego stresu procedura postępowania zakłada podanie leków i konieczność zadbania by osoby w ostrym stresie nie zostały same.**

Uwaga na współczucie dla żywych

Problematiczne staje się również uruchomienie wyobraźni. Osoby, które gorzej radzą sobie w takich sytuacjach to te, które wyobrażają sobie życie tej rodziny po stracie, współczują żywym. Takie myśli nie rozwiązują żadnego problemu, a wywołują emocje, niepokój, obniżają poczucie bezpieczeństwa, mogą prowadzić do nieadekwatnych zachowań zabezpieczających własną rodzinę (nadopiekuńczość, wzmożona kontrola).

Jak przeżyć swoje życie?

W kategorii sytuacji trudnych są również te, gdzie śmierć następuje w wypadku – z winy zmarłego, przypadku czy innych osób. Śmierć w takich sytuacjach wywołuje egzystencjalne pytania o wpływ na miejsce i czas własnej śmierci, o jej nieprzewidywalność, o kruchość własnego życia. Tego rodzaju refleksje, choć budzą nie tyle smutek co lęk o siebie i własną rodzinę, w konsekwencji mogą prowadzić do zmian we własnym życiu – większej dbałości o zdrowie, o relacje z bliskimi, o czas. Jest to okazja do rozwoju osobistego poprzez doskonalenie własnego życia.

Radzenie sobie

Z metod stosowanych do radzenia sobie przez członków zespołów ratownictwa medycznego wyłaniają się dwie kategorie. **Z jednej strony są to techniki odwołujące się do racjonalnej analizy, z drugiej strony są to działania wzbudzające dodatkowe reakcje emocjonalne.**

Bolesne pytania retoryczne – wywoływanie niepokoju

Bez wątpienia trudność w radzeniu sobie powoduje **IDENTYFIKACJA**. Moment, w którym ratownik w dziecku, w żonie, mężu, matce zmarłego rozpozna kogoś sobie bliskiego albo postawi się w jego miejscu. Zaczyna się spirala lęku i myślenia, które utrudnia zapamiętanie sytuacji. *Jak oni sobie poradzą? Co by zrobiła moja żona? Czy po mnie też by ktoś płakał? Co poczną te biedne dzieci? Nie mogę im już pomóc.* Niestety wizualizowanie siebie i swoich bliskich w podobnej sytuacji jest trudne do przerwania i wymaga wysiłku woli, odwrócenia uwagi, skoncentrowania się na innych zadaniach, wysiłku fizycznego, który zmęczy i pozwoli zasnąć itp. Prosta rada – **NIE STAWIAJMY SIĘ W MIEJSCU RODZINY.**

Przy założeniu, że praca zespołu kończy się w określonym momencie – kiedy z obiektywnych przyczyn nie da się już więcej zrobić, świadomość tego, że **ZROBIŁEM WSZYSTKO CO MOGŁEM**, jest najlepszym ukojeniem. Dla osób, które mają pewność swoich kompetencji i mają przekonanie, że nie dało się zrobić nic więcej, **POGODZONYCH Z BEZRADNOŚCIĄ**, śmierć jest o wiele łatwiejsza do przyjęcia. Stąd **zespoły, w których analizuje się działania, wyklucza się inne możliwości działania, radzą sobie samodzielnie z trudnymi przypadkami.** Jeżeli śmierć jest traktowana jak przypadek kliniczny i jest „zdarzeniem zawodowym” ludzie zachowują właściwy dystans. I nie chodzi tu o brak empatii, ale o zdrowy

zawodowy dystans do własnych możliwości i możliwości medycyny w ogóle. **Istotą radzenia sobie jest więc odwołanie się do swoich kompetencji i debriefing zespołowy.** Medycy po trudniejszych dla siebie przypadkach śmierci lubią rozmawiać z osobami ze swoich stałych składów lub nawet z bliskimi (jeżeli mają współmałżonka z branży medycznej albo po prostu dobrą relację partnerską opartą na bliskości emocjonalnej).

Takie opisywanie wciąż od nowa tego, co się działo pozwala z jednej strony zmniejszyć nasilenie emocji związanych ze śmiercią (na zasadzie desensytyzacji – czyli oswajamy lękowe skojarzenia) bądź trafić w końcu na słowa, które opisują w najmniej lękowy i najbardziej zrozumiały sposób to, co się stało. Psychologia nie oferuje wiele więcej niż dobra przyjaźń i wsparcie społeczne, więc jeżeli członek zespołu ma z kim porozmawiać (nawet wielokrotnie) i przyznać się do swojego poczucia bezradności, rozpacz, wzruszenia, czy winy lub wstydu ma szansę poradzić sobie swoimi metodami, odwołując się do swojej osobowości, przekonać czy innych metod radzenia sobie.

Jeżeli jednak wpadnie się w spiralę niekończących się myśli a otoczenie ma już dość rozmów na ten temat jest to sygnał, że warto skonsultować się z psychologiem lub interwentem kryzysowym. Jeżeli po dłuższym czasie (np. po miesiącu) emocje wywołane wspomnieniem śmierci pacjenta czy obrazy z wypadku są tak samo silne, warto zwrócić się po pomoc, bo może być to objaw stresu pourazowego.

Jeżeli jednak wpadnie się w spiralę niekończących się myśli a otoczenie ma już dość rozmów na ten temat jest to sygnał, że warto skonsultować się z psychologiem lub interwentem kryzysowym. Jeżeli po dłuższym czasie (np. po miesiącu) emocje wywołane wspomnieniem śmierci pacjenta czy obrazy z wypadku są tak samo silne, warto zwrócić się po pomoc, bo może być to objaw stresu pourazowego.

Odszedł czy umarł?

Z wielu badań wynika, że około 70-80% ludzi wierzy w życie po śmierci. Nie wiem jak jest w środowisku medycznym. Może być podobnie, jak w populacji ogólnej, ale ze względu na wykształcenie w zawodach medycznych może bardziej rozpowszechnione być przekonanie, że śmierć kończy wszystko. Osoby, które wierzą w duszę i życie po śmierci używają innego słownika do opisu śmierci – nie mówią zgon, śmieć, umarł, ale raczej – odszedł, śmierć go zabrała, pożegnał się z tym światem. Biorąc pod uwagę te statystyki, możemy przyjąć, że **większość członków rodzin wierzy w jakąś formę życia po śmierci i często określenie: „stwierdzenie zgonu” może brzmieć dla nich obcesowo. Ważne jest więc intuicyjne dobieranie słów, tak żeby nie zranić rodziny.**

W dość już licznej literaturze dotyczącej radzenia sobie ze śmiercią mówi się, że wiara w *afterlife* pomaga pogodzić się ze śmiercią. Osobom wierzącym pomaga modlitwa czy oddanie się woli Boga. Jest to analogiczne do technik medytacyjnych i przekonania, że jest się częścią większego cyklu życia czy jaźni łączącej wszystko, co jest na ziemi. Jednak silniejszym predyktorem dobrego radzenia sobie jest wiek (w końcu coś pozytywnego w czasach gonitwy za wieczną młodością). **Warto przyjrzeć się tym, którzy zachowują spokój w obliczu rozpacz rodziny i porozmawiać z nimi na ten temat. Może być tak, że za tym spokojem kryje się warta poznania filozofia życia i śmierci.**

dr Małgorzata Wypych

Wzmocnienie istniejącej opieki medycznej

- wzmocnienie systemu o 32 ZRM – będą u dotychczasowych dysponentów (m.in. w Krakowie, Wadowicach, Oświęcimiu, Wieliczce)
- dodatkowe 4 śmigłowce LPR (w sumie 5 helikopterów)
- dodatkowych 5 stanowisk dyspozycyjnych (w sumie 17 stanowisk)
- dodatkowe umowy z POZ i placówkami NiŜOM w Krakowie i w pozostałej części
- 14 SOR w woj. małopolskim (wszystkie w Krakowie)
- 10 Izb Przyjęć w woj. małopolskim (wszystkie w Krakowie)
- uruchomienie dodatkowych izb przyjęć w placówkach, które na co dzień ich nie mają, m.in. Krakowskie Centrum Rehabilitacji, Szpital im. Dietla (placówka przy al. Focha), Wojewódzki Szpital Okulistyczny

Wojsko

- wsparcie logistyczne i sprzętowe
- dodatkowa wojskowa jednostka medyczna
- most powietrzny

Dokumentacja medyczna

- ankieta dla pacjentów z możliwością samodzielnego wypełnienia, stworzona specjalnie na tę okazję przez naszych pracowników. Każdy egzemplarz w języku polskim i jednym z 9 obcych, co daje możliwość szybkiego porozumienia między pacjentem a personelem medycznym bez obecności tłumacza. Ułatwieniem są proste grafiki, na których można wskazać m.in. miejsce występowania bólu i poziom jego natężenia.
- specjalny obieg dokumentacji medycznej, również opracowany w KPR na potrzeby ŐDM. Karty informacyjne są samokopiujące, dzięki czemu zawsze jeden egzemplarz może otrzymać pacjent, drugi pozostaje w systemie.
- procedury zbierania danych statystycznych.

Obszary:

- mieszkańcy – wzmocnienie istniejącej opieki medycznej, tak, aby pozostała ona na dotychczasowym poziomie, nie może być pogorszona.
- zabezpieczenie Ojca Świętego i VIP-ów – ścisła współpraca z BOR
- pielgrzymi – obsługa wszystkich wydarzeń z odrębnym planem dedykowanym dla każdego z nich oraz zabezpieczenie miejsc wzmoczonego ruchu (dworce, miejsca kultu)

Zabezpieczenie dedykowane wydarzeniom

- precyzyjnie dostosowane do potrzeb i liczby uczestników każdego spotkania
- koordynowane przez sztab zabezpieczenia medycznego
- największe wydarzenia zabezpieczane w systemie modułowym:
 - › namioty szpitalne
 - › stałe punkty medyczne
 - › patrole piesze
 - › patrole ruchome
 - › zespoły wyjazdowe



Sztab KPR

- koordynacja wszystkich elementów zabezpieczenia podczas każdego z wydarzeń
- koordynacja współpracy pomiędzy wszystkimi jednostkami (przy zabezpieczeniu ŐDM pracować będzie ponad 3500 osób)
- utrzymanie stałej łączności z każdą jednostką
- reagowanie w sytuacjach kryzysowych i współpraca z WCZK

Logistyka

- rozbudowane, zastępowalne i wielowarstwowe systemy łączności dla wszystkich jednostek zabezpieczenia medycznego
- zaplecze apteczne: zaopatrzenie i dystrybucja leków, środków opatrunkowych, drobnego sprzętu medycznego
- rezerwy sprzętowe: zapasowe defibrylatory, kardiomonitoring, respiratory i in.
- uzupełnianie gazów medycznych
- zaplecze warsztatowe dla ambulanсів, rezerwowe karetki

Procedury

- specjalnie przygotowane na potrzeby ŐDM, na podstawie już funkcjonujących procedur w KPR, np.:
- jednolite standardy wyposażenia w sprzęt, leki i personel każdego ogniw pomocy
- ściśle uregulowane zasady współpracy pomiędzy jednostkami
- identyczne schematy postępowania i harmonogram udziału szczególnie opracowane dla każdego z elementów
- jednolite postępowanie z odpadami medycznymi

Przygotowania służb przed ŐDM.
Ćwiczenia, które odbyły się 1 czerwca w okolicach Bochni

