



TABLET

BIULETYN PRACOWNICZY

Grudzień 2024 / nr 49

Wesołych Świąt!

*Z okazji Świąt Bożego Narodzenia
najlepsze życzenia pokoju, radości i ciepła
w gronie najbliższych.*

*Niech Nowy Rok obdaruje Państwa
zdrowiem, pomyślnością i szczęściem.*



INSTYTUCJA
WOJEWÓDZTWA
MAŁOPOLSKIEGO

 MAŁOPOLSKA



Nowe zespoły w Krakowie i Wieliczce

1 listopada w Krakowie i w Wieliczce rozpoczęły dyżury dwa nowe dodatkowe zespoły Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego. W sumie obecnie w Krakowie i powiatach: krakowskim, wielickim i olkuskim w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego pracują 42 zespoły ratownictwa medycznego KPR.

Zgodnie ze zaktualizowanym przez wojewodę małopolskiego Jana Krzysztofa Klęczara planem planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w całej Małopolsce zwiększy się liczba zespołów o pięć karetek. Tej zmiany udało się dokonać m.in. dzięki przekwalifikowaniu sześciu całodobowych zespołów specjalistycznych na podstawowe w: Wołbromiu, Węgrzcach, Wieliczce, Chrzanowie, Zakopanem i Tarnowie. Na podstawowy przekwalifikowany

został również zespół specjalistyczny ze Skawiny, któremu równocześnie wydłużono czas pracy z 16 do 24 godzin.

Dodatkowe zespoły KPR działają w Wieliczce oraz przy ul. Św. Łazarza, a pozostałe w Tarnowie, Jadownikach Mokrych i Nowym Sączu.

W ubiegłym roku do dyspozytorni medycznych w Krakowie i Tarnowie wpłynęło blisko 444 tys. zgłoszeń z numeru alarmowego 112 i 999, w tym do krakowskiej dyspozytorni prawie 319 tys. Karetki wyjeżdżały 254 268 razy, a 154 844 wyjazdów kończyło się przewiezieniem poszkodowanego do szpitala.

(red)

Na zdjęciach przygotowania do uruchomienia nowych zespołów.

Fot. Mikołaj Sokółowski





Pożar tuż przed otwarciem

Dosłownie już za chwilę otwarta ma zostać północna część obwodnicy Krakowa.

W ramach przygotowań do udostępnienia tej nowej ważnej drogi 8 listopada odby-

ły się ćwiczenia w tunelu TS-14 Batowice stanowiącym istotny element obwodnicy. Scenariusz przewidywał poważny karambol kilku aut i następujący po nim pożar. Ćwiczenia straży pożarnej, służb technicznych

oraz ratownictwa medycznego zorganizowała Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie.

(red)





20–22.02.2020 r.

V Międzynarodowe Zimowe Mistrzostwa Ukrainy w Krzemieńcu
– ostatnie, jakie się udało zorganizować przed pandemią i przed wojną.

Współpraca polsko-ukraińska

Historia (nie)przerwana przez wojnę

Już 10 lat minęło od pierwszej Polsko-Ukraińskiej Konferencji Naukowej poświęconej współczesnym wyzwaniom ratownictwa medycznego. To pierwsze wydarzenie, w którym uczestniczyło Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, zorganizowane zostało w Iwano-Frankowsku na Ukrainie, w zupełnie innej wtedy rzeczywistości. Dziś, podczas 10. edycji Konferencji, jednym z wiodących tematów było ratownictwo medyczne pola walki.

W dniach 13–15 listopada odbyła się jubileuszowa X Polsko-Ukraińska Konferencja pod hasłem „Współczesne zagrożenia i medycyna stanów nagłych: jak przygotować się na nowe wyzwania XXI wieku?”, zorganizowana przez Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu. Jednym z partnerów jest Krakowskie Pogotowie Ratunkowe. Wśród prelegentów są polscy naukowcy i przedstawiciele stacji pogotowia ratunkowego z całego kraju oraz goście z Ukrainy, m.in. z Kijowa, Iwano-Frankowska, Połtawy czy Lwowa. Wiele prelekcji poświęconych zostało tematyce ratownictwa medycznego w obliczu zagrożeń wojennych, w tym m.in. ewakuacji z pola walki, pracy służb medycznych w kontekście stanu wojennego czy specyfice opieki medycznej w stanach nagłych w kontekście pełnoskalowej inwazji.

Omawiano również najnowsze doniesienia naukowe w zakresie ratownictwa medycznego oraz bieżące tematy merytoryczne, takie jak np. wytyczne dotyczące wentylacji w trakcie zatrzymania krążenia, metody po-

stępowania w ostrym obrzęku naczynioruchowym na miejscu zdarzenia i na SOR czy wypalenie zawodowe wśród pracowników ratownictwa medycznego. Krzysztof Palimonka, kierownik zespołów wyjazdowych KPR, przedstawił referat pt. „System Państwowego Ratownictwa Medycznego w obliczu wyzwań związanych z roszczeniami za błędy medyczne”, którego współautorem jest Małgorzata Popławska, dyrektor KPR.

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe od pierwszej edycji jest uczestnikiem i partnerem tego cyklu konferencji. Pierwsze wydarzenie, które odbyło się 22 września 2014 roku w Iwano-Frankowsku, zostało zorganizowane przez Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Zakład Ratownictwa Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz Iwano-Frankowskie Centrum Medycyny Ratunkowej i Katastrof. Jednym z celów pierwszych edycji Konferencji było zaprezentowanie ukraińskim kolegom zasad funkcjonowania polskiego

systemu ratownictwa medycznego oraz wsparcie merytoryczne przy tworzeniu takiego systemu w Ukrainie. Były to również okazje do przekazywania pomocy humanitarnej w tym sprzętu medycznego i ambulansów.

(red)



Tegoroczna konferencja w Sosnowcu



↑ ↓ 22.09.2014 r. Iwano-Frankowsk (Ukraina).
Pierwsza Polsko-Ukraińska Konferencja Naukowa „Ratownictwo Medyczne i Medycyna Ratunkowa w Polsce i na Ukrainie”



28.10.2015 r. Ubluk (Polska).
II Polsko-Ukraińska Konferencja Naukowa „Ratownictwo Medyczne i Medycyna Ratunkowa w Polsce i na Ukrainie”



19–20.09.2016 r. Jaremcze (Ukraina).
III Polsko-Ukraińska Konferencja Naukowa „Ratownictwo Medyczne i Medycyna Ratunkowa w Polsce i na Ukrainie”



22–24.02.2018 r. Krzemieniec.
III Międzynarodowe Zimowe Mistrzostwa Ukrainy



21–22.02.2019 r. Krzemieniec.
IV Międzynarodowe Zimowe Mistrzostwa Ukrainy

Zapalenie wyrostka robaczkowego i ostry brzuch w praktyce Zespołu Ratownictwa Medycznego

Czy ból brzucha może być objawem sytuacji zagrażającej życiu

„Ból brzucha” to jedno najczęstszych wezwań w praktyce ZRM. W obiegowej opinii nie wiąże się z poważnym zagrożeniem życia i zdrowia, a pacjent, po podaniu leków przeciwbólowych i rozkurczowych pozostaje w domu z pouczeniem o kontakcie z placówką podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak ból brzucha, szczególnie taki, że zaniepokojony pacjent decyduje się na wybranie numeru 112, może być początkiem czegoś naprawdę groźnego.

Granica pomiędzy prozaicznymi dolegliwościami gastrycznymi a stanem zagrożenia życia może być bardzo cienka, a przede wszystkim trudna do wychwycenia na miejscu zdarzenia. Dlatego też decyzję o pozostawieniu bądź zabraniu pa-

cjenta należy podjąć z dużą rozważą. W przypadku ostrego brzucha stan pacjenta może się pogorszyć bardzo szybko i w razie wątpliwości warto rozpatrzyć transport do szpitala w celu przeprowadzenia diagnostyki w trybie pilnym.

Ostry brzuch

Ostry brzuch to zespół objawów świadczących o poważnym schorzeniu jamy brzusznej, wymagającym natychmiastowej diagnostyki i pilnego wdrożenia leczenia, najczęściej chirurgicznego. Stan ten charakteryzuje nagły początek wystąpienia objawów oraz szybki i gwałtowny przebieg. Należy założyć, że jest to stan zagrożenia życia, ponieważ może prowadzić m.in. do: sepsy, hipowolemii, zaburzeń wodno-elektrolitowych i wstrząsu.

Najczęstszą przyczyną ostrego brzucha jest **ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO** i związane z tym rozwijające się zapalenie otrzewnej.

Zespół ratownictwa medycznego nie ma wystarczających możliwości diagnostycznych, więc może jedynie zdecydować o tym, czy pacjent realnie znajduje się w stanie zagrożenia życia lub może do tego dojść w niedługim czasie czy też wystarczy podanie środków przeciwbólowych, rozkurczowych, ewentualnie płynoterapii oraz pouczenie o konieczności zgłoszenia się do lekarza pierwszego kontaktu.

Kluczem do podjęcia właściwej decyzji jest **SKRUPULATNY WYWIAD ORAZ STARANNE BADA-NIE FIZYKALNE.**

Przeprowadzając standardowy wywiad SAMPLE w przypadku dolegliwości ze strony jamy brzusznej należy koniecznie dodatkowo dopytać o:

- › charakter bólu (skurczowy, kolkowy, tępy, gniotący, palący)

- › lokalizację bólu
- › przebieg dolegliwości bólowych: czas wystąpienia, korelacja z innymi objawami, zmiany w charakterze i umiejscowieniu
- › inne objawy: nudności, wymioty, biegunka, zaparcia, zmiany w stolcu (np. krew), gorączka, zastabnięcie
- › doraźnie zażyte leki przeciwbólowe i/lub rozkurczowe i reakcję na nie
- › przebyte operacje w obrębie jamy brzusznej
- › u kobiet: krwawienie z dróg rodnych, ostatnia miesiączka (podejrzenie ciąży pozamajaczej).

Wykonując badanie ABCDE trzeba zwrócić szczególną uwagę na:

- › pozycję pacjenta (często przyjmowana jest pozycja ochraniająca okolice brzucha)
- › wygląd powłok: żółtaczka, blizny pooperacyjne (po appendektomii, cholecystektomii, po rozległych zabiegach w jamie brzusznej – zrosty, niedrożność, nowotwory), przepukliny
- › przy opukiwaniu i osłuchiowaniu: obecność płynu i gazów w jamie brzusznej, perystaltyka lub jej brak
- › w badaniu palpacyjnym: umiejscowienie bólu, tkiwość, napięcie mięśni, objaw Blumberga i inne.

Objawy palpacyjne miejscowego zapalenia otrzewnej w przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego w prawym dole biodrowym:

- › Objaw Blumberga: powoli i stopniowo naciskamy w miejscu bólu, a następnie nagle odrywamy dłoń. Zwiększona bolesność bez-

pośrednio po oderwaniu ręki wskazuje na podrażnienie otrzewnej

- › Objaw Rovsinga: przykładamy dłoń w lewym dole biodrowym i przesuwamy je ku górze, wzdłuż okężnicy (przeciwie do ruchów perystaltycznych). Powoduje to ból w prawym dole biodrowym i jest to objaw dość charakterystyczny dla zapalenia wyrostka robaczkowego
- › Objaw Jaworskiego: pacjent unosi wyprostowaną prawą nogę, a następnie badający uciska okolicę wyrostka robaczkowego. Pacjent ma następnie opuszczać wyprostowaną prawą nogę. Pojawienie się bólu w miejscu ucisku jest charakterystyczne dla zapalenia wyrostka robaczkowego.

Uwaga na objawy nietypowe!

W pewnych przypadkach, szczególnie u dzieci, osób starszych i kobiet w ciąży, objawy zapalenia wyrostka mogą być nietypowe:

- › Dzieci mogą mieć trudności w lokalizacji bólu, czasami dominują wymioty, gorączka i złe samopoczucie, bez charakterystycznego bólu w prawym dole biodrowym
- › Osoby starsze: u tych pacjentów objawy mogą być mniej wyraźne, co może prowadzić do opóźnień w diagnozie. Ból może być łagodniejszy, a gorączka nie zawsze występuje
- › Kobiety w ciąży: przemieszczenie wyrostka robaczkowego wskutek powiększenia macicy może powodować ból w nietypowym miejscu, np. wyżej w jamie brzusznej.

Zapalenie wyrostka robaczkowego

Zapalenie wyrostka robaczkowego to nagły stan zapalny, który rozwija się najczęściej na skutek zamknięcia światła wyrostka robaczkowego, co prowadzi do gromadzenia się bakterii i obrzęku. Przyczyny zapalenia wyrostka nie są znane, hipotezy wskazują na rozrost tkanki limfatycznej wyrostka na tle infekcyjnym czy też na zamknięcie światła przez twarde masy kałowe powstające w wyniku diety ubogoresztkowej.

➤ Przebieg bólu w przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego jest dość charakterystyczny:

rozpoczyna się on jako rozlany ból w okolicy pępka i dopiero później, zwykle w ciągu kilku godzin, przemieszcza się do prawego dołu biodrowego. Uczucie bólu narasta przy ruchach, kaszlu czy kichaniu

- Nudności i wymioty mogą w ogóle nie występować lub są niezbyt nasilone. Zwykle występują wtórnie do pojawienia się bólu
- Utrata apetytu
- Może pojawić się stan podgorączkowy
- W miarę jak stan zapalny narasta, ból staje się bardziej intensywny i ostry. U pacjentów można stwierdzić objaw Blumberga oraz ob-

jawy Rovsinga i Jaworskiego. Wtedy również może bardziej wzrastać temperatura ciała (powyżej 38 stopni)

- Jeśli zapalenie wyrostka nie jest leczone, stan zapalny narasta, a wyrostek może pęknąć (perforacja)
- Wskutek PERFORACJI dochodzi do przedostania się treści jelitowej i ropy do jamy brzusznej, co prowadzi do zakażenia i stanu zapalnego otrzewnej (zapalenie otrzewnej) oraz ryzyka sepsy. Stan ten wymaga natychmiastowej interwencji medycznej, ponieważ jest bezpośrednim zagrożeniem życia.

Zapalenie otrzewnej – stan zagrażający życiu

Objawy:

- bardzo silny ostry ból
- obrona mięśniowa – silne odruchowe napięcie mięśni brzucha (brzuch deskowaty)
- zatrzymanie perystaltyki (badanie osłuchowe!)
- tachykardia

- płytki, przyspieszony oddech
- gorączka, dreszcze
- nudności nasilają się, mogą pojawić się wymioty.

W niektórych przypadkach stan zapalny prowadzi do powstania ropnia, czyli zamkniętego zbiornika ropy wokół wyrostka. Może to powo-

dować długotrwały ból i wymagać interwencji chirurgicznej.

W skrajnych przypadkach, gdy zakażenie się rozprzestrzeni, może dojść do sepsy, wymagającej natychmiastowego leczenia w warunkach szpitalnych.

Inne częste przyczyny ostrego brzucha

Choroby układu pokarmowego

- Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego: najczęstsza przyczyna ostrego brzucha, charakteryzująca się bólem w okolicy prawego dołu biodrowego, gorączką, nudnościami
- Perforacja wrzodu żołądka lub dwunastnicy: ból nagły, ostry, zwykle w nadbrzuszu
- Kamica żółciowa i zapalenie dróg żółciowych: silny, kolkowy ból w prawym podbrzuszu, może pojawić się żółtaczka
- Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego (zwykle powikłanie kamicy): ból w prawym podbrzuszu, promieniujący do prawej łopatki, gorączka, nudności
- Ostre zapalenie trzustki: silny ból w nadbrzuszu promieniujący do pleców, wymioty, gorączka
- Niedrożność jelit: ból brzucha o charakterze falującym, wzdęcia, brak wypróżnień i gazów, wymioty treścią jelitową
- Uchyłkowatość jelit i zapalenie uchyłków: ból w dolnej części brzucha, gorączka, zaparcia lub biegunka
- Skręt jelit: nagły, silny ból brzucha, wymioty, brak gazów i stolca.

Schorzenia naczyniowe

- Pęknięcie tętniaka aorty brzusznej: nagły, silny ból w okolicy brzucha promieniujący do pleców, szybki spadek ciśnienia
- Zakrzepica krezkowa: ból brzucha bez wyraźnej lokalizacji, często związany z nudnościami i wymiotami, a także krwią w stolcu
- Zawał serca (szczególnie dolnej ściany): może dawać objawy bólu w nadbrzuszu, bywa mylony z problemami gastrycznymi, szczególnie u osób starszych.

Choroby układu moczowego

- Kolka nerkowa (najczęściej na tle kamicy): silny, kolkowy ból promieniujący do pachwiny, częste parcie na mocz, krwimocz
- Ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek: ból w okolicy lędźwiowej, gorączka, dreszcze, często towarzyszy infekcja dróg moczowych
- Pęknięcie torbieli nerki lub guza nerkowego: silny ból brzucha lub boku, nagły, może być krwimocz.

Schorzenia ginekologiczne

- Ciąża pozamaciczna: silny ból w podbrzuszu, często z krwawieniem z dróg rodnych
- Skręt jajnika: nagły, jednostronny, ostry ból w podbrzuszu, mogą być nudności, wymioty

- Pęknięcie torbieli jajnika: nagły ból w podbrzuszu, może być jednostronny, czasem towarzyszy krwawienie
- Zapalenie narządów miednicy mniejszej: rozlany ból w podbrzuszu, gorączka, upławy, często objawy infekcji.

Choroby metaboliczne

- Kwasica ketonowa u cukrzycy: ból brzucha, nudności, wymioty, oddech o zapachu acetonu, suchość w ustach, często zwiększone pragnienie
- Przełom nadnerczowy: silny ból brzucha, nudności, hipotensja, osłabienie u pacjentów z niewydolnością nadnerczy lub po przedwlekłej terapii steroidami.

Inne

- Zapalenie otrzewnej po perforacji przewodu pokarmowego spowodowane np. połknięciem substancji żrących (zwrócić uwagę u dzieci)
- Wgłobienie jelita: Nagły, kolkowy ból brzucha, wymioty, obecność krwi w stolcu (zwrócić uwagę u niemowląt)
- Uraz brzucha: silny ból, spowodowany urazem mechanicznym, który może prowadzić do krwawienia wewnętrznego.

Wejście w życie „ustawy Kamilka”

Nowe obowiązki związane z ochroną dzieci

W związku z wejściem w życie tzw. „ustawy Kamilka” w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym, podobnie jak we wszystkich placówkach medycznych, wprowadzone zostały standardy ochrony dzieci, a także obowiązek weryfikacji niekaralności personelu.

„Ustawa Kamilka” to potoczna nazwa nowelizacji polskiego prawa, której celem jest zaostrzenie przepisów dotyczących ochrony dzieci przed przemocą domową. Impulsem do jej wprowadzenia była tragiczna śmierć ośmioletniego Kamila z Częstochowy, który w maju 2023 roku zmarł w wyniku ciężkich obrażeń zadanych przez swojego ojczyma.

Nowelizacja, uchwalona przez Sejm 13 września 2023 roku, ma na celu usprawnienie mechanizmów ochrony dzieci przed przemocą domową i każdą inną formą krzywdzenia dzieci przez dorosłych oraz przez inne dzieci.

Kluczowym założeniem ustawy jest zwiększenie odpowiedzialności służb publicznych, takich jak policja, sądy, prokuratura oraz ośrodki pomocy społecznej, za wczesne wykrywanie przypadków przemocy i szybsze podejmowanie działań interwencyjnych.

Jednym z najważniejszych elementów ustawy jest wprowadzenie obowiązku współpracy międzyinstytucjonalnej – policja, szkoły, opieka społeczna i inne służby mają obowiązek wymiany informacji na temat sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia dziecka. Dzięki temu możliwe będzie szybsze reagowanie na sygnały o przemoc, co ma zapobiec sytuacjom, w których dziecko pozostaje bez ochrony mimo wcześniejszych alarmujących sygnałów.

Kolejną istotną zmianą jest zaostrzenie kar za znęcanie się nad dziećmi. Ustawa przewiduje surowsze sankcje dla sprawców przemocy domowej, szczególnie w przypadkach, gdy ofiarami są dzieci. Wprowadzono również regulacje, które mają na celu lepszą ochronę ofiar przed kontaktami z oprawcami – sądy będą mogły szybciej decydować o nakazach eksmisji sprawców przemocy z mieszkań, niezależnie od tego, czy są oni właścicielami lokalu.

„Ustawa Kamilka” ma również na celu poprawę efektywności działania systemu pomocy społecznej. Wprowadza obowiązki

tworzenia planów interwencyjnych w sytuacjach, gdy pojawiają się sygnały o możliwej przemoc, wobec dziecka. Ośrodki pomocy społecznej będą miały obowiązek reagować na każde zgłoszenie, a nie tylko w przypadkach potwierdzonych przez sąd.

Kluczowym elementem ustawy jest także wzmocnienie roli Rzecznika Praw Dziecka, który zyskał nowe narzędzia do monitorowania przypadków przemocy wobec dzieci. Ustawa przewiduje utworzenie centralnej bazy danych, w której będą gromadzone informacje na temat przypadków przemocy domowej, co ma umożliwić lepszą koordynację działań różnych instytucji.

Wraz z wejściem w życie „ustawy Kamilka” placówki medyczne otrzymały nowe obowiązki mające na celu wzmocnienie ochrony dzieci przed przemocą i zaniebdaniem. Wszystkie te obowiązki zapisane zostały w dokumencie **Polityka ochrony dzieci w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym**.

Przestrzeganie Polityki ochrony dzieci jest obowiązkiem:

- › pracowników KPR
- › osób współpracujących z KPR (na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy kontraktowej lub innej pisemnej formy współpracy)
- › studentów odbywających praktyki zawodowe w zespołach ratownictwa medycznego/zespołach transportowych KPR
- › osób odbywających wolontariat dla KPR,
- › którzy mają bezpośredni kontakt z osobą poniżej 18 roku życia będącą pacjentem Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego lub uczestnikiem szkolenia lub instruktażu pierwszej pomocy.

Polityka ochrony dzieci zawiera:

- › Kodeks bezpiecznych relacji personel – dziecko, oraz dziecko – dziecko, w tym zachowania niedozwolone
- › Procedurę interwencji na wypadek krzywdzenia oraz osoby odpowiedzialne
- › Dokumentowanie zgłoszeń
- › Zasady przeglądu i aktualizacji standardów (oceny standardów należy dokonywać co najmniej raz na dwa lata)
- › Edukowanie personelu
- › Informowanie rodziców i dzieci o standardach (udostępnienie na stronie inter-

netowej oraz wywieszenie w widocznym miejscu w placówce)

- › Zasady korzystania z urządzeń elektronicznych z dostępem do internetu
- › Plan wsparcia po ujawnieniu krzywdzenia.

Każda osoba pracująca w krakowskim pogotowiu ma obowiązek zapoznania się z *Polityką ochrony dzieci* oraz powinna stosować się do zasad w niej zapisanych. Dokument ten ma jednak przede wszystkim służyć pomocą i można w nim znaleźć cenne wskazówki dotyczące tego jak, zachowywać się wobec małoletnich, a czego nie należy robić. Całe opracowanie jest dostępne w formie elektronicznej na dysku sieciowym Iso-Kpr, na stronie www KPR i na tabletach, a w formie drukowanej w Dziale Organizacji, Statystyki i Dokumentacji Medycznej.

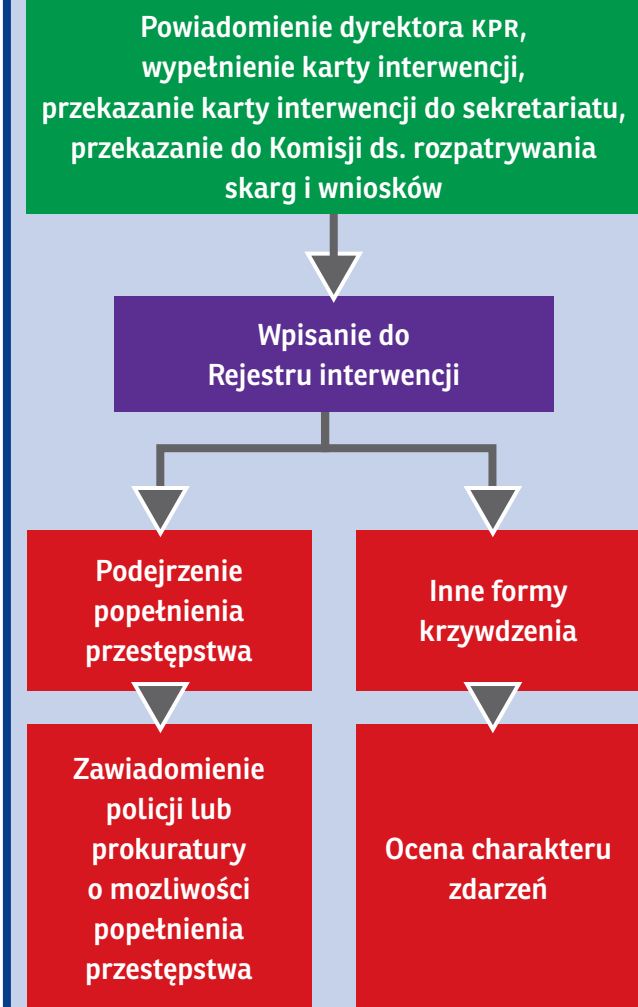
Jak powinna wyglądać właściwa komunikacja z dzieckiem?

1. Zaczniij od przedstawienia się i swojej funkcji. Jeśli wiesz, że pacjent może nie zrozumieć Twojego stanowiska, krótko wytłumacz mu czym się zajmujesz.
2. Pozwól pacjentowi-dziecku na wypowiedzenie się w każdej kwestii, także w zakresie ochrony zdrowia. Pamiętaj, że pacjent powyżej 16 r.ż. ma prawo do pełnej informacji medycznej i decydowania o procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
3. Każdą wypowiedź pacjenta traktuj z należytą uwagą. Odpowiadaj na pytania dziecka-pacjenta zgodnie z prawdą, dostosowując komunikat do jego możliwości (wieku, stanu emocjonalnego, poziomu rozwoju i sytuacji, w której się znajduje). Wyrażaj się prosto i zrozumiale. Jeśli masz wątpliwości, czy pacjent Cię zrozumiał, zapytaj. Upewnij się także, że pacjent wie, że może zadawać Tobie lub innym członkom personelu pytania.
4. Staraj się informować na bieżąco o przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Jeśli coś jest dla dziecka-pacjenta niezrozumiałe, staraj się to wytłumaczyć prostym językiem.
5. Nie zawstydzaj dziecka-pacjenta używając skomplikowanego języka i terminów medycznych, których może nie zrozumieć.

SCHEMAT REAGOWANIA NA KRZYWDZENIE DZIECKA PRZEZ OSOBĘ BLISKĄ NIE ZWIĄZANĄ Z KPR



SCHEMAT REAGOWANIA NA KRZYWDZENIE DZIECKA PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY KPR



6. Zwracaj się do dziecka po imieniu w formie preferowanej przez dziecko, respektuj jego tożsamość i ekspresję.
7. Zachowaj wrażliwość kulturową, szanuj i równo traktuj każde dziecko bez względu na jakiejkolwiek cechy, w tym specjalne potrzeby, niepełnosprawność, rasę, płeć, religię, kolor skóry, pochodzenie narodowe lub etniczne, język, stan cywilny, orientację seksualną, stan zdrowia, wiek, zdolności, przekonania polityczne lub status społeczny.
8. W przypadku udzielania pomocy osobie niesłyszącej kierownik ZRM/zespołu

transportowego, w celu bezpośredniego porozumienia się pacjentem oraz zebrania dokładnego wywiadu medycznego, może skorzystać z narzędzia jakim jest Karta komunikacji z osobą głuchą, której wzór karty stanowi załącznik nr 8 do procedury medycznej PM-3.

9. W przypadku udzielania pomocy dziecku, u którego występują problemy z komunikacją (dziecko niemówiące lub posługujące się mową w ograniczonym stopniu, dziecko, u którego występują bariery w porozumiewaniu się), kierownik ZRM/zespołu transportowego może

wykorzystać do rozmowy z osobą o złożonych potrzebach w komunikowaniu się, tablice z symbolami odnoszącymi się do zjawiska przemocy i innego pomocnego słownictwa, które stanowią załącznik 4 do *Polityki*.

10. Każdy pracownik lub osoba współpracująca z KPR zobowiązany jest się do niezwłocznego poinformowania bezpośredniego przełożonego na piśmie o postawieniu mu zarzutów lub wszczęciu jakiegokolwiek postępowania karnego lub dyscyplinarnego w zakresie przestępstw na szkodę dzieci. **(red)**

NIGDY TEGO NIE RÓB | CZŁONKOWI PERSONELU KPR NIE WOLNO:

› nawiązywać lub utrzymywać z dzieckiem (pacjentem) relacji o charakterze seksualnym lub romantycznym, relacji opartych na nagradzaniu, relacji wykorzystujących przewagę fizyczną bądź zależność dziecka

› składać dziecku propozycji, czynić komentarzy niewłaściwych dla relacji pracownik – dziecko, dotyczyć dziecka w sposób, który może być uznany lub jest nieprzyzwoity albo niestosowny

› oglądać treści erotycznych i porno-

graficznych bez względu na ich formę w obecności dzieci, udostępniać dzieciom treści erotycznych i pornograficznych bez względu na ich formę lub umożliwiać im zapoznanie się z tymi treściami



- › utrzymywać wizerunku dziecka (filmowanie, nagrywanie głosu, fotografowanie) dla potrzeb prywatnych
- › przyjmować pieniędzy, prezentów od dziecka lub jego opiekuna
- › naruszać prawa dziecka do intymności i prywatności, ujawniać danych osobowych ani medycznych
- › omawiać sytuację dziecka ignorując jego obecność,
- › ograniczać możliwość pobytu rodzica przy dziecku
- › straszyć dziecka ani szantażować go w celu nakłonienia do współpracy
- › ignorować, bagatelizować, zaprzeczać odczuciom dziecka np. strachu, lęku przed bólem, niepewności co do nowej sytuacji. Jeśli dziecko mówi, że czuje się w taki sposób, to tak właśnie jest. Nie można mówić, że nie może się tak czuć
- › mówić pacjentowi nieprawdy. Gdy dziecko zapyta, czy dana procedura będzie bolała, to jeśli tak, trzeba odpowiedzieć, że może boleć. Nie można mówić, że nie będzie bolało, jeśli wiemy, że boli
- › wyciągać pochopnych wniosków o dziecku i jego rodzinie, jeśli nie są uzasadnione profesjonalną wiedzą i oceną
- › krzyczeć, zawstydzать, upokarzać, lekceważyć, dyskryminować ani obrażać dziecka
- › zakładać, że dziecko i jego rodzice/opiekunowie wiedzą, jak działa system ochrony zdrowia w Polsce, w tym system Państwowego Ratownictwa Medycznego.

(red)

Symptomy krzywdzenia dziecka

Objawy, których wystąpienie nakazuje uwzględnienie krzywdzenia dziecka w diagnostyce różnicowej

Większość podanych objawów nie potwierdza jednoznacznie krzywdzenia dziecka, ale powoduje konieczność uwzględnienia tego rozpoznania w dalszej diagnostyce. Stwierdzenie jednego lub kilku objawów powinno skłonić pracownika ochrony zdrowia do poszukiwania kolejnych.

Dane z wywiadu:

- › Niewytłumaczalna zwtoka w zgłoszeniu się do pracownika medycznego (dotyczy to zarówno urazów jak i poważnych zachorowań)
- › Wielokrotnie urazy, dolegliwości (np. zgłaszane bóle brzucha, głowy)
- › niespójny wewnętrznie wywiad, sprzeczne informacje, różne odpowiedzi na te same pytania
- › Istotne różnice w zebrany wywiadzie (od różnych rodziców, opiekunów, dziecka)
- › Podawane nieprawdopodobne mechanizmy urazów lub zachorowań
- › Nierealizowanie zaleceń lekarskich (w zakresie profilaktyki i leczenia)
- › Brak jakiegokolwiek dokumentacji medycznej (szczególnie w przypadku pacjentów z licznymi obciążeniami, wielokrotnie hospitalizowanych) i brak zgody na udzielenie dostępu do dokumentacji elektronicznej
- › Ukrywanie wcześniejszych hospitalizacji, w szczególności związanych z urazami
- › Częste zmiany lekarzy, poradni, szpitali
- › Naciskanie na wizytę w ramach teleporady, pomimo danych z wywiadu świadczących o konieczności osobistego zbadania

dziecka lub w przypadku małych dzieci (do lat 6)

- › Pozostawianie dziecka bez opieki (w szczególności dziecka małego, niepełnosprawnego z powodu choroby przewlekłej lub zaburzeń rozwoju)
- › Brak podstawowej wiedzy o dziecku (w szczególności: data urodzenia, choroby przewlekłe, przyjmowane leki na stałe, korzystanie z placówek edukacyjnych, zajęcia dodatkowe, zainteresowania dziecka).

Zachowanie się rodzica/opiekuna:

- › Brak zgody na pełne zbadanie/rozebranie dziecka
- › Brak zgody na wykonanie dodatkowych badań
- › Opuszczenie gabinetu lub wypis na żądanie ze szpitala (w szczególności w przypadku pojawienia się danych mogących świadczyć o krzywdzeniu dziecka)
- › Nadmierne kontrolowanie dziecka
- › Odpowiadanie na pytania zadane dziecku, pomimo wielokrotnego zwracania na to uwagi (uniemożliwianie dziecku swobodnej wypowiedzi)
- › Brak emocjonalnego kontaktu z dzieckiem

- › Stosowanie przemocy emocjonalnej (krzyk, wyzwiska) lub fizycznej w obecności personelu
- › Bagatelizowanie stwierdzonych objawów, w szczególności urazów
- › Częste (usprawiedliwione przez rodzica lub nie) nieobecności dziecka w szkole z różnych powodów
- › Sprzeciw wobec objęcia dziecka opieką pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania
- › Ograniczanie/odmowa wizyt w domu pacjenta (opieka długoterminowa, hospicyjna nad dziećmi niepełnosprawnymi)
- › Nierealizowanie badań bilansowych
- › Odmowa/unikanie realizacji szczepień ochronnych
- › Wysyłanie dziecka do placówek oświatowych mimo objawów zachorowania, złego samopoczucia, gorączki, odmowa odebrania z placówki mimo informacji ze strony pracowników szkoły, przedszkola
- › Częste podawanie leków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, przeciwpalnych bez zlecenia lekarskiego
- › Zwalnianie/„załatwianie” zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego
- › Niewłaściwe odżywianie dziecka, częsty brak posiłków.

Zachowanie się dziecka:

- › Brak lub nieodpowiednie zachowania społeczne

- > Zachowanie nieadekwatne do wieku i stopnia rozwoju
 - > Wyraźny lęk przed rodzicem/opiekunem (w szczególności widoczny przy podniesieniu głosu lub wykonaniu gwałtownego ruchu przez rodzica/opiekuna)
 - > Nadmierna agresywność lub nadmierna apatia
 - > Lęk przed bliskością
 - > Zachowania destrukcyjne (niszczenie przedmiotów, agresja rówieśnicza)
 - > Zachowania autoagresywne (w szczególności samookaleczenia, używanie substancji psychoaktywnych, celowe zatrucia)
 - > Obniżona samoocena
 - > Nadmierne podporządkowanie się poleceniom
 - > Nadmierny niepokój związany z rozbieraniem się do badania
 - > Nasilony niepokój w określonych miejscach, sytuacjach, w obecności konkretnych osób
 - > Zaburzenia snu
 - > Lęk przed powrotem do domu
 - > Zaburzenia odżywiania się
 - > Nieadekwatne do wieku zainteresowanie seksualnością (w szczególności imitowanie czynności seksualnych przez dzieci przed okresem dojrzewania, znajomość zbyt „dorosłego” lub wulgarnego słownictwa)
 - > Odmowa/unikanie wykonania badań profilaktycznych w szkole
 - > Lęk przed udzieleniem pomocy/porady pielęgniarskiej w szkole w przypadku nagłych urazów i zachorowań, ukrywanie dolegliwości, prośby o nieinformowanie rodziców o zdarzeniu
 - > Samodzielne/bez nadzoru, przyjmowanie leków zarówno w sytuacjach nagłych jak i chorobach przewlekłych zwłaszcza przez dzieci poniżej 12 roku życia
 - > Rezygnacja z zajęć wychowania fizycznego, zgłaszanie dolegliwości, braku stroju sportowego, ćwiczenie w ubraniu zakrywającym całe ciało
 - > Częste bóle głowy, brzucha, nudności, wymioty
 - > Ucieczki ze szkoły, wagary, ucieczki z domu
 - > Przebywanie poza domem w późnych godzinach wieczornych/nocnych i bardzo wczesnym rano.
- Objawy w badaniu przedmiotowym:**
- > Świeże objawy poważnych urazów, które nie zostały podane w trakcie wywiadu
 - > Obrażenia, których wystąpienie jest niemożliwe lub mało prawdopodobne u dziecka w danym wieku lub stopniu rozwoju i możliwościach psychoruchowych (szczególną uwagę należy zwrócić na dzieci niesamodzielne, a w szczególności niepełnosprawne)
 - > Obrażenia w miejscach niezgodnych z podanym mechanizmem urazu, lub brak obrażeń w miejscach, w których spodziewalibyśmy się ich na podstawie innych obrażeń (np. obrażenia twarzy i klatki piersiowej u dziecka, które przewróciło się do przodu, bez żadnych obrażeń na kończynach górnych)
 - > Nasilenie obrażeń nieadekwatne do mechanizmu urazu (np. liczne złamania po upadku z niewielkiej wysokości)
 - > Ślady urazów (w tym oparzeń) w nietypowych okolicach (powierzchnie zgięciowe kończyn, plecy, pośladki, krocze)
 - > Obrażenia na przeciwległych powierzchniach ciała i/lub kończyn
 - > Ślady urazów w różnych stadiach gojenia
 - > Obrażenia o kształcie zastosowanego „narzędzia” (palców dłoni, podeszwy buta, paska, pałki, sznurka, żelazka)
 - > Nasilenie obrażeń nie odpowiadające podanemu urazowi lub urazom
 - > Obrażenia patognomoniczne dla celowego krzywdzenia (np. oparzenia „rękawiczkowe”, „skarpetkowe”, okrągłe ślady oparzeń w różnych okolicach)
 - > Obrażenia w obrębie jamy ustnej, szczególnie jeżeli nie zostały podane w wywiadzie
 - > Odmrożenia
 - > Opóźnienie psychoruchowe, w szczególności zaburzenia rozwoju mowy
 - > Niedobór masy ciała i wzrostu
 - > Ubranie nieadekwatne do pory roku, brudne, niedopasowane, niestosowne
 - > Krwawienie lub wydzielina z narządów moczowo-płciowych lub odbytu
 - > Ciało obce w pochwie lub odbycie
 - > Ślady samookaleczenia, na różnym etapie gojenia.
- Badania dodatkowe:**
- > Ciąża u dziecka (jeżeli do zajścia w ciążę doszło przed ukończeniem 15 lat sytuacja jest jednoznaczna, ale w przypadku starszych pacjentek również należy brać pod uwagę krzywdzenie)
 - > Zakażenie drobnoustrojami przenoszonymi najczęściej drogą płciową (w szczególności u dziecka poniżej 15 lat)
 - > Ślady starych urazów w różnych stopniach gojenia w badaniach obrazowych
 - > Krwiaki wewnętrzne widoczne w badaniach obrazowych, w szczególności jeżeli w wywiadzie negowano urazy
 - > Objawy niedoborów pokarmowych w badaniach laboratoryjnych
 - > Obecność substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu).

ŹRÓDŁO: Ministerstwo Sprawiedliwości,
www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/warto-wiedziec

Szczególne przypadki krzywdzenia dziecka

Zaniedbanie prenatalne

Picie alkoholu (FASD), używanie substancji psychoaktywnych, dopalaczy, energetyków, palenie papierosów, nadużywanie leków i brak odpowiedniej opieki medycznej, w tym badań prenatalnych.

Zespół dziecka potrząsanego (Shaken Baby Syndrome, SBS)

Dziecko poniżej 1 r.ż.

- > Triada objawów:
 - > krwiak podtwardówkowy

- > obrzęk mózgu
- > krwotok do siatkówki
- > złamania przynasad kości długich
- > złamania śródstawowe.

Zespół Dziecka Maltretowanego

Najbardziej narażone są dzieci poniżej 3. roku życia

- > Niewspółmierność pomiędzy motywem konsultacji i obrazem klinicznym
- > Rozbieżność między wyjaśnieniami

podanymi przez rodziców/opiekunów i objawami

- > Wyjaśnienia rodziców/opiekunów są niedokładne, sprzeczne ze sobą, zmienne w czasie
- > Długi odstęp czasu między początkiem zaburzeń a zgłoszeniem się do lekarza
- > Brak korelacji między etapem rozwoju dziecka a rodzajem urazu
- > Ślady poprzednich urazów w różnej fazie gojenia, których opiekun nie umie

- wyjaśnić lub z ich powodu nie szukać pomocy lekarskiej
- W wywiadzie częsta zmiana lekarza leczącego dziecko lub wizyty w różnych placówkach z powodu „wypadków” lub zranień
- Wielokrotne „przypadkowe” zatrucia, ale też niewyjaśnione nieżyty żołądkowo-jelitowe
- Niestosowanie się do zaleceń podstawowej opieki zdrowotnej, opóźnienia w szczepieniach, w bilansach
- Dziecko jest apatyczne, wycofane, obojętne lub nadmiernie pobudzone, agresywne
- Dziecko wyraźnie lepiej się czuje, gdy rodzica nie ma w pobliżu, dobrze współpracuje z personelem medycznym, jest dzielne i często nie przejawia typowego w kontakcie z lekarzem strachu

- Objawy psychosomatyczne u starszych dzieci: zaburzenia odżywiania, wymioty, moczenie nocne, zaburzenia snu, zaburzenia zachowania.

Zastępczy/przeniesiony zespół Münchhausena

Najczęściej rozpoznawany u dzieci do 6 r.ż.

- Celowe wywoływanie przez rodzica/opiekuna (przeważnie matki) objawów chorobowych u dziecka. Objawy te zazwyczaj mają charakter przewlekły lub nawracający, ponadto rodzice przekazują lekarzom fałszywe informacje na temat dotychczasowego przebiegu choroby u ich dzieci
- Wśród wywoływanych objawów najczęściej zdarzają się:
 - niezorność ruchowa i patologiczna senność na skutek podawania dzieciom dużych dawek barbituranów

- uporczywe wymioty na skutek mechanicznej prowokacji
- hipoglikemia po podaniu insuliny i zakażenia wywołane wstrzykiwaniem zanieczyszczonych substancji
- Wielokrotne hospitalizacje dziecka, zgłaszane nietypowe objawy chorobowe lub nietolerowanie przez dziecko zaleconego leczenia
- Objawy ustępują lub zmniejsza się ich nasilenie po oddzieleniu dziecka od rodziców/opiekunów
- Rodzic/opiekun sprawia wrażenie troskliwego, opiekuńczego, izoluje dziecko od otoczenia
- Jest bardzo dobrze zorientowany w kwestiach medycznych, nadzoruje przebieg leczenia, domaga się badań i leków
- Gwałtownie negatywnie reaguje na propozycje badania psychiatrycznego.

Szkolenia na profesjonalnym torze

Bezpieczna jazda ambulansem

Test łosia? Hamowanie i slalom na mokrej płycie? Najazd na dużą wodę na łuku? Tak, tak, to też są sprawności, jakie muszą zdobyć nasi etatowi ratownicy medyczni kierujący ambulansami.

W tej pracy, poza wiedzą i kwalifikacjami medycznymi, istotne są również umiejętności związane z bezpiecznym i sprawnym prowadzeniem pojazdów, szczególnie w ruchu uprzywilejowanym. W Krakowskim Po-

gotowiu Ratunkowym rozpoczęta została seria szkoleń, które odbywają się na specjalnym torze pod okiem profesjonalnych instruktorów.

(red)

