

Spółeczna rola Ochotniczej Straży Pożarnej w ratownictwie medycznym na obszarach wiejskich

Agata Pawlak¹, Karolina Kuśmierz², Klaudia Czerwonka², Marcin Węgrzyniak³

¹ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Warszawa

² Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

³ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa

Agata Pawlak, Karolina Kuśmierz, Klaudia Czerwonka, Marcin Węgrzyniak. Spółeczna rola Ochotniczej Straży Pożarnej w ratownictwie medycznym na obszarach wiejskich. *Med Og Nauk Zdr.* 2016; 22(3): 240–244. doi: 10.5604/20834543.1220530

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie, analiza oraz ocena roli jednostek Ochotniczej Straży Pożarnej (OSP) w Polsce w zakresie wparcia medycznego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Przedstawiony materiał dotyczy znaczenia społecznego strażaka-ratownika, jako wsparcia przy wykonywanych zawodowo świadczeniach przez Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM).

Materiał i metody. W pracy wykorzystano materiał źródłowy dotyczący OSP w Polsce. Analiza i ocena roli jednostek OSP została również przedstawiona w oparciu o obowiązujące akty prawne, a także publikacje naukowe.

Wyniki. Z uwagi na alokację, ZRM nie zawsze są w stanie dotrzeć na czas do poszkodowanego wymagającego zaawansowanych działań ratowniczych z powodu nagłego zatrzymania krążenia. Funkcjonujący w Polsce system ratowniczy daje możliwość wykorzystania potencjału strażaków ochotników do działań w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP) przed dotarciem do pacjenta ZRM.

Wnioski. Spółeczna rola OSP w Polsce w zakresie wparcia medycznego w zadaniach Systemu PRM jest kluczowa dla poprawy przeżywalności osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ustawodawcy udało się stworzyć odpowiednie regulacje dotyczące zadań i kompetencji strażaków ochotników w zakresie udzielania KPP. Istnieją również właściwe przepisy dotyczące współpracy systemów ratowniczych w Polsce – pogotowia ratunkowego i straży pożarnej. Należałoby jednak doprecyzować przepisy dotyczące bezpośredniego wykorzystania potencjału sprzętowego i ludzkiego OSP, zwłaszcza na obszarach wiejskich. Niezbędne jest również wyposażenie medyczne jednostek OSP w automatyczne defibrylatory zewnętrzne, a także modyfikacja procedur i regulacji prawnych w obszarze zdobywania i utrzymywania uprawnień do wykonywania KPP.

Słowa kluczowe

Ochotnicza Straż Pożarna (OSP), kwalifikowana pierwsza pomoc, strażak-ratownik, AED, NZK

WPROWADZENIE

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) jest główną przyczyną śmierci w Europie. Podczas wstępnej analizy rytmu serca w ok. 25%–30% przypadków NZK stwierdza się migotanie komór (ang. VF – *Ventricular Fibrillation*). Jeżeli ocena rytmu nastąpi tuż po utracie przytomności, odsetek pacjentów z VF może wzrosnąć i wynieść nawet od 59% do 65%. Zalecane leczenie zatrzymania krążenia w mechanizmie VF polega na natychmiastowym podjęciu przez świadków zdarzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) oraz szybkiej defibrylacji elektrycznej, co zwiększa 2- lub 3-krotnie szanse przeżycia poszkodowanego [1].

W Polsce za obszar działań ratownictwa medycznego przedszpitalnego odpowiada System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), posiłkując się naziemnymi i lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego. Działając według określonych kryteriów uwzględniających czasy dotarcia do miejsca zdarzenia czy zachorowania, system nie zawsze jest w stanie zapewnić we właściwym czasie pomoc

medyczną. Szczególnym przypadkiem są stany nagłego zagrożenia zdrowotnego, gdzie dochodzi do zatrzymania krążenia u pacjentów.

Biorąc pod uwagę aktualne zasoby kadrowe oraz rozwiązania prawne, wydaje się, iż bezpośrednie zaangażowanie strażaków ochotników, wyposażonych w automatyczne defibrylatory zewnętrzne AED (ang. *Automated External Defibrillator*), w działania medycznych może wprost przełożyć się na podniesienie przeżywalności pacjentów w NZK. Szczególnie znaczenie ma to w przypadku działań prowadzonych na obszarach wiejskich, gdzie czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) jest dłuższy niż w aglomeracjach miejskich.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie, analiza oraz ocena roli OSP w Polsce w zakresie wparcia medycznego w zadaniach systemu PRM. Przedstawiony materiał ma na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy rola strażaka ochotnika jest znacząca i może być wsparciem dla świadczeń wykonywanych przez ZRM, a tym samym w zdecydowany sposób zwiększyć rokowania na przeżycie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Adres do korespondencji: Agata Pawlak, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, ul. Księżykowa 5, 01-934 Warszawa
E-mail: agata.paczesa@gmail.com

Nadesłano: 20 sierpnia 2016; zaakceptowano do druku: 2 września 2016

MATERIAŁ I METODY

W przedstawionej pracy wykorzystane zostały m.in. materiały źródłowe dotyczące OSP w Polsce. Analiza i ocena roli jednostek OSP została również przedstawiona w oparciu o obowiązujące akty prawne, a także publikacje naukowe.

DYSKUSJA I WYNIKI

Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce jako system funkcjonuje od 2006 roku, a powierzone zadania realizuje w oparciu o jednostki systemu PRM: naziemne zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) – specjalistyczne i podstawowe, lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). PRM ukierunkowane jest przede wszystkim na udzielanie pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym [2] uregulowała stan prawny pogotowia ratunkowego w Polsce, i choć minęło od tamtej pory 10 lat, system nadal ulega dynamicznym przemianom, m.in. w zakresie współpracy jednostek Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego (KSRG). Aby wspomóc działania systemu w zakresie ratownictwa medycznego, regulacje prawne w Polsce stwarzają możliwość bezpośredniego zaangażowania w działania medyczne jednostek, które mają współpracować z systemem ustawowo w zakresie tzw. kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP). Należy tu podkreślić dodatkową rolę jednostek KSRG we współpracy z LZRM, szczególnie w zakresie wykonywania operacji nocnych, w przypadku których bez asysty jednostek straży pożarnej lądowania w porze nocnej nie byłyby możliwe [3].

Dla podniesienia poziomu bezpieczeństwa zdrowia publicznego właściwie zorganizowane współdziałania systemów ratowniczych w Polsce, dodatkowo wspierane przez powszechną znajomość udzielania pierwszej pomocy, mogą realnie zwiększyć szanse osób poszkodowanych na przeżycie. Debata nad organizacją efektywnej pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego trwa od wielu lat. Umowne określenie „łańcuch przeżycia” (rycina 1) odnosi się do działań medycznych mających na celu zwiększenie przeżywalności poszkodowanych. „Łańcuch przeżycia” obrazuje optymalny układ kolejnych ogniw działań ratunkowych. W wymiarze systemowym elementy te są realizowane przez państwo z pomocą służb i poszczególnych podmiotów ratowniczych, zarówno tych dedykowanych, jak i współpracujących z systemem PRM. Uregulowane prawnie są również obowiązki świadka zdarzenia co do powiadomienia o nagłym zdarzeniu oraz w zakresie udzielenia pierwszej pomocy. Obecny stan organizacyjno-prawny polskiego systemu ratownictwa pozwala na skuteczną realizację założeń schematu „łańcucha przeżycia”, co nie znaczy, że nie powinien on podlegać dalszym usprawnieniom, takim jak uwzględnienie KPP wykonywanej przez strażaków-ratowników OSP [4].

W ratownictwie medycznym kluczowe zagadnienie stanowi czas dotarcia pomocy medycznej do poszkodowanego. Aby zminimalizować problem czasu dotarcia ZRM do zdarzenia, tworzone są wojewódzkie plany działania systemu PRM, które stanowią o liczbie i rozmieszczeniu ZRM na danym obszarze operacyjnym. Zadaniem wojewody jest podjęcie działań organizacyjnych zmierzających do zapewnienia



Rycina 1. Schemat „łańcucha przeżycia”, uwzględniający modyfikację o kwalifikowaną pierwszą pomoc

określonych parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia przez ZRM od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego. Są to odpowiednio: mediana czasu dotarcia (w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców), trzeci kwartył czasu dotarcia (w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców), gdzie maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców (z zastrzeżeniem, iż 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów, chyba że przypadki te podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami) [2]. Analizując przepisy prawa, okazuje się, że w skrajnych przypadkach dotarcie w ciągu 3–4 minut do pacjenta z objawami zatrzymania krążenia przez wykwalifikowany personel posiadający kompetencje do udzielania

zaawansowanych zabiegów ratujących życie (ang. ALS – *Advanced Life Support*) to zadanie trudne albo wręcz niemożliwe w warunkach pozaszpitalnych. Niemniej taka sytuacja jest nie tylko problemem polskim. Nawet w najbogatszych krajach świata, zwłaszcza na terenach słabiej zaludnionych, zdarza się, że zespół medyczny dociera do poszkodowanego w dłuższym czasie [4].

KSRG został zorganizowany przez Państwową Straż Pożarną (PSP) w 1995 roku. System działa na trzech poziomach administracyjnych, odpowiadających strukturze administracyjnej kraju: powiatowym, wojewódzkim oraz krajowym. KSRG stanowi integralną część bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, obejmującą w celu ratowania życia, zdrowia, mienia lub środowiska, prognozowanie, rozpoznawanie i zwalczanie zagrożeń. Podstawowym celem jego działania jest ochrona życia, zdrowia, mienia lub środowiska poprzez walkę z pożarami i innymi klęskami żywiołowymi, ratownictwo techniczne, chemiczne i od 1997 roku również poprzez ratownictwo ekologiczne i medyczne [5].

W Polsce w ramach KSRG w 2015 roku funkcjonowało 4194 jednostek OSP, zrzeszając 139 500 ochotników [6]. We wsiach i w małych miasteczkach to często największy społeczny kapitał. Działalność OSP skupia się w głównej mierze na terenach wiejskich i ma lokalny wymiar, gdyż blisko 75% jednostek OSP nie wykracza ze swoimi działaniami poza granicę terytorialną powiatu. OSP funkcjonują tam jako alternatywna forma samoorganizowania się społeczeństwa. Przyczynia się do tego wielozadaniowość jednostek OSP, także w aspekcie społeczno-kulturowym [7].

Typowa jednostka OSP zrzesza przeciętnie 33 osoby, z których w aktywną działalność angażuje się nieco ponad 3/5 z nich (więcej niż w przypadku innych stowarzyszeń w Polsce) [8]. Zdecydowana większość członków OSP to mężczyźni (92%). Członkowie OSP pracują przede wszystkim społecznie. Ogółem, aż 90% osób zaangażowanych w działalność to członkowie pracujący nieodpłatnie na rzecz swojej jednostki [7].

Zasoby KSRG pozwalają na wykorzystanie kadry ratowników do udzielania KPP na poziomie podstawowym. Jednostki OSP są często jedynymi podmiotami ratowniczymi na terenie gminy, dzięki czemu zachowane jest kryterium czasowe pozwalające skutecznie likwidować zagrożenia i minimalizować ich skutki. Strażacy OSP, w zależności od posiadanego wyposażenia, wykonują zadania z zakresu gaszenia pożarów, ratownictwa technicznego, ratownictwa medycznego oraz usuwania skutków klęsk żywiołowych. Jednocześnie przedstawiciele Ochotniczej Straży Pożarnej, pytani o główny obszar zainteresowań w ramach działań OSP, w zdecydowanej większości (56% respondentów) wskazują na działania związane bezpośrednio z ratownictwem przeciwpożarowym [7].

W obszarze organizacji KSRG w ostatnich latach przyjęto kilka istotnych założeń. Dla każdej jednostki KSRG utrzymującej gotowość do podjęcia działań ratowniczych z zakresu KPP zdefiniowano obszar chroniony niezależny od podziału administracyjnego kraju i PSP. Mianowicie dana jednostka podejmuje działania ratownicze w czasie do 15 min, 20 min, 25 min i do 30 min, zależnie od rodzaju poziomu gotowości, określając tym samym dostępność jednostek KSRG dla potrzeb współpracy z jednostkami Systemu PRM. Określono szczegółowo 3 poziomy gotowości: A, B i C. W zależności od poziomu gotowości opracowano minimalny standard wyposażenia dla jednostki OSP włączonej do KSRG. Przy

podstawowym poziomie gotowości typu A przyjęto, że jednostka OSP musi posiadać co najmniej 8 ratowników z przeszkoleniem z zakresu KPP, w tym przynajmniej 2 ratowników gotowych podjąć interwencję w czasie nie dłuższym niż 15 minut (z prawdopodobieństwem 80%) [9].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w Polsce jest łącznie 2479 gmin, z czego 1566 stanowią gminy wiejskie, 608 – gminy miejsko-wiejskie, a 305 – gminy miejskie [10]. Z analizy zebranych danych wynika, że gmin, w których nie ma jednostek OSP włączonych do KSRG i w których nie funkcjonują jednostki ratowniczo-gaśnicze PSP, jest w Polsce 48 (36 wiejskich, 11 miejskich i jedna miejsko-wiejska). Wyzwaniem, przed jakim stoją OSP ubiegające się o włączenie do systemu KSRG, jest m.in. brak możliwości spełnienia określonych wymogów minimalnej liczby ratowników KPP (8 osób) uprawnionych do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczo-gaśniczych. Innym ważnym powodem braku jednostki OSP z KSRG w danej gminie jest brak chętnych do działalności ratowniczej w ramach OSP, czy też nieobecność strażaków w rejonie zamieszkania przez większą część doby, spowodowana zatrudnieniem w odległych miastach. Dodatkowo sytuacji takiej sprzyja mała gęstość zaludnienia, czy też typowo rolniczy charakter terenu, gdzie duże obszary zajmują zbiorniki wodne, tereny leśne, uprawy itp. [11].

Aktualnie w zakresie wyposażenia ratownictwa medycznego, zgodnie z zasadami organizacji ratownictwa medycznego w KSRG [9], obowiązuje zestawienie sprzętu stanowiące standard minimalnego wyposażenia jednostki zależnie od określonego poziomu gotowości. Dla podstawowego poziomu gotowości typu A, wyposażenie stanowi zestaw ratownictwa medycznego R1 (torba z wyposażeniem) oraz płachta ratownicza. Wyposażenie medyczne adekwatne do wyznaczonych przepisami prawa kwalifikacji ratowników odzwierciedla dopiero minimum standardu sprzętowego dla poziomu gotowości typu B, gdzie ratownicy wyposażeni są m.in. w AED. Wydaje się, iż słabą stroną założeń reformy KSRG jest możliwość spełnienia normatywu wyposażenia i przygotowania OSP do realizowania ratownictwa specjalistycznego na poziomie podstawowym (spełnienie kryteriów osobowych, sprzętowych, szkoleniowych i logistycznych). Aspekt finansowy nie jest tu również bez znaczenia. Zakupione urządzenia nierzadko wymagają bieżącej konserwacji i przeglądów sprawności technicznej. Powstałe dodatkowe koszty eksploatacji stanowią znaczące obciążenie budżetu, szczególnie dla małych jednostek.

NZK jest główną przyczyną śmierci w Europie. W zależności od tego, jak jest definiowane, NZK rozpoznaje się u 350 tys.–700 tys. osób w skali roku. Z każdą minutą opóźnienia defibrylacji szanse na przeżycie pacjenta w przypadku zauważonego VF zmniejszają się o 10%–12%. Jeżeli świadkowie zdarzenia podejmą RKO, szanse przeżycia pacjenta maleją wolniej, średnio o 3%–4% z każdą minutą. Zalecane leczenie zatrzymania krążenia w mechanizmie VF polega na natychmiastowym podjęciu przez świadków zdarzenia RKO oraz szybkiej defibrylacji elektrycznej [1].

Podjęcie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (ang. BLS – *Basic Life Support*) w czasie do 3–4 minut od zatrzymania krążenia zwiększa szanse na przeżycie 2- lub 3-krotnie. Samą RKO może efektywnie prowadzić każdy, kto został w tym zakresie przeszkolony, podtrzymując utrzymanie przepływu krwi przez mózg i mięsień sercowy osoby ratowanej do czasu przybycia pomocy medycznej. Zgodnie z art. 162 § 1 Kodeksu karnego, „kto człowiekowi znajdującemu

się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” [12]. Zatem warunkiem zapewnienia jak najszybszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest powszechne nauczanie zasad pierwszej pomocy i stosowanie ich w praktyce. Poddawane debacie jest rozwiązanie, aby wykorzystać w tym zakresie potencjał służb ratowniczych (niemedycznych) przygotowanych do udzielania KPP. Należy zmodyfikować istniejące procedury i regulacje prawne w zakresie organizacyjnym, jak również w obszarze zdobywania kwalifikacji i szkoleń.

Pojęcie i zakres KPP zostały zdefiniowane w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. KPP to czynności podejmowane przez ratownika wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ratownikiem może być osoba, która m.in. jest zatrudniona lub pełni służbę w jednostkach współpracujących z systemem lub będąca członkiem tych jednostek oraz posiada ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie KPP i uzyskaniu tytułu ratownika. Zadania, które w ramach KPP może wykonywać ratownik, obejmują m.in.: RKO, tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrwanie ran; unieruchamianie złamań i zwichnięć; ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem; prowadzenie wstępnego postępowania przeciwstrząsowego; stosowanie tlenu-terapii biernej; ewakuację z miejsca zdarzenia. Biorąc pod uwagę szerszy niż w pierwszej pomocy zakres kompetencji KPP udzielony ratownikom, określono zasady przeprowadzania kursu z zakresu KPP, opisując wymogi organizacyjne i sprzętowe dla podmiotów realizujących szkolenia, skład osobowy komisji egzaminacyjnej, zasady przeprowadzania egzaminu, a także wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i zdaniu egzaminu. Wskazano również szczegółowy plan nauczania KPP, który został wypracowany przez ekspertów Ministerstwa Zdrowia [2].

Na potrzeby oceny roli jednostek ratowniczych włączonych do KSRG została opracowana ankieta internetowa „Współpraca jednostek KSRG z systemem PRM”. Ankieta skierowana była do lekarzy systemu, pielęgniarek systemu oraz ratowników medycznych. Celem jej przeprowadzenia była próba zbadania poziomu udzielania KPP przez jednostki KSRG oraz próba oceny zaangażowania jednostek KSRG w udzielanie KPP. Wyniki badania wskazywały, że samo odbycie szkolenia nie świadczy o wysokich zdolnościach praktycznych w zakresie udzielania KPP. Bez możliwości ćwiczenia oraz praktycznego wykorzystywania zdobytych umiejętności wiedza teoretyczna i praktyczna ratownika staje się mniej wartościowa. Dopracowania wymagają zasady utrwalania i okresowej kontroli umiejętności po 66-godzinym kursie KPP, pomimo określonej przepisami recertyfikacji, która odbywa się w cyklach 3-letnich [4]. W gminach, gdzie prężnie działają strażacy-ratownicy podejmowane są próby organizowania praktyk w pogotowiu ratunkowym we własnym zakresie. Działania takie mają na celu podnoszenie umiejętności praktycznych strażaków, którzy na co dzień rzadko mają do czynienia z realnym pacjentem. Przedsięwzięcie nie jest łatwe do przeprowadzenia z uwagi na fakt, iż strażacy ochotnicy na co dzień prowadzą własną aktywność zawodową. Praktyki w pogotowiu wymagają dodatkowego zaangażowania kosztem wolnego czasu. Uczestnicy tej formy stażu wskazują wyraźnie na potrzebę ustawicznego

praktykowania, ponieważ przekłada się ono bezpośrednio na pogłębienie ich wiedzy teoretycznej i przede wszystkim umiejętności praktycznych.

Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji 2015 podkreślają rolę powszechnego dostępu do automatycznych defibrylatorów zewnętrznych w miejscach o stosunkowo wysokim ryzyku wystąpienia NZK, tj. w obrębie dużych skupisk ludzi, jak lotniska, metro, centra handlowe, instytucje państwowe [1]. Możliwość natychmiastowego zastosowania AED przez świadków zdarzenia (również bez przeszkolenia w tym zakresie) powinna stanowić podstawę postępowania w NZK jeszcze przed dotarciem ZRM. Filarem dostępu do AED w Polsce powinny stać się jednostki OSP, które, włączone do KSRG, mogłyby być najbardziej skuteczne ze względu na lokalizację remiz. W Polsce coraz częściej jednostki OSP pozyskują AED we własnym zakresie, który to sprzęt jest oznakowywany i zgłaszany do Powiatowych Stanowisk Kierowania PSP. Coraz częściej ratownicy medyczni, będący jednocześnie strażakami OSP, organizują dla mieszkańców gminy ogólnie dostępne szkolenia z zasad prowadzenia RKO oraz stosowania AED, podkreślając tym samym swoją społeczną rolę w lokalnym środowisku. W dużej mierze przekłada się to na autorytet, jaki posiadają strażacy OSP wśród mieszkańców danej gminy. System opieki medycznej w Polsce powinien posiadać przepisy gwarantujące konieczność zgłaszania lokalizacji AED w miejscach publicznych, co w zdecydowany sposób przyczyniłoby się do podniesienia jakości i skuteczności wykonywanych działań ratowniczych przez jednostki ratownicze, w tym również jednostki OSP.

WNIOSKI

1. Społeczna rola jednostek Ochotniczej Straży Pożarnej w Polsce w zakresie wparcia medycznego w zadaniach Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jest kluczowa dla poprawy przeżywalności osób będących w stanie zagrożenia zdrowotnego.
2. Ustawodawcy udało się stworzyć odpowiednie regulacje dotyczące zadań i kompetencji strażaków ochotników w zakresie udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy.
3. Na terenach wiejskich oraz w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma jednostek PSP, funkcjonowanie jednostek OSP pozwala na zachowanie kryterium czasowego pozwalające skutecznie likwidować zagrożenia i minimalizować ich skutki.
4. Potrzebna jest możliwość sformalizowania procedur włączania innych służb ratowniczych, takich jak jednostki OSP, w udzielanie pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zwłaszcza poza dużymi aglomeracjami miejskimi.
5. Wyposażenie jednostek KSRG w automatyczne defibrylatory zewnętrzne AED daje szansę na udzielenie szybkiej pomocy przez strażaków OSP, dzięki czemu system opieki medycznej w Polsce może wspomóc rejony pozbawione możliwości szybkiego dotarcia na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego.
6. Należy wzmocnić aktualne finansowanie zakupu sprzętu przez jednostki Ochotniczej Straży Pożarnej i jego bieżącego utrzymania.
7. Należy rozważyć modyfikacje w programach nauczania, jak i całego systemu utrzymywania uprawnień i recertyfikacji kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy. Należy

również dopracować wymagania dotyczące zasad utrwalania i okresowej kontroli umiejętności.

PIŚMIENNICTWO

1. Wytyczne Resuscytacji 2015 Europejskiej Rady Resuscytacji; Polska Rada Resuscytacji, 2015 r.
2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. (Dz. U. nr 191, poz. 1410).
3. Gałązkowski R, Pawlak A. Analiza procesu szkolenia strażaków Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego do współpracy z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym w zakresie operacji nocnych. *Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza*, s. 21–29, 24/4/11, ISSN 1895–8443.
4. Gałązkowski R, Pawlak A, Pszczołowski K. Rola jednostek Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego w funkcjonowaniu systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w rejonach wiejskich w Polsce. *Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza*, s. 15–26, 34/2/2014, ISSN 1895–8443.
5. http://www.straz.gov.pl/panstwowa_straz_pozarna/krajowy_system_ratowniczo_gasniczy [dostęp: 26.08.2016].
6. Wykaz OSP z KSRG wg stanu na dzień 31.12.2015 r. Dane statystyczne KG PSP, <http://www.kgppsp.gov.pl> [dostęp: 20.08.2016].
7. Adamiak P. Ochotnicze Straże Pożarne w Polsce. Raport z badania 2012. Stowarzyszenie Klon/Jawor, 2013 r.
8. Ochotnicze Straże Pożarne nie tylko gaszą pożary – raport na temat OSP, <http://www.strazacki.pl/artykuly> [dostęp: 20.08.2016].
9. Zasady organizacji ratownictwa medycznego w krajowym systemie ratowniczo-gaśniczym. KGPPSP, Warszawa, 26 lipca 2013 r.
10. <http://www.stat.gov.pl> [dostęp: 06.02.2015].
11. Polimirski P. KSRG i białe plamy na mapie Polski. *Strażak*, nr 3/2015.
12. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88, poz. 553).

Social role of the Voluntary Fire Service in rural areas in the field of emergency medical services

Abstract

Introduction and aim. The objective of the article is to present, analyze and evaluate the role of the Voluntary Fire Service in Poland, in the medical support of National Emergency Medical System (NEMS). The material presented is the importance of the social paramedic fire fighter, as support for professional services performed by National Emergency Medical System (NEMS) teams.

Materials and methods. The article used source materials for the Volunteer Fire Brigade in Poland. Analysis and evaluation the role of the Voluntary Fire Service in Poland is also presented in accordance with applicable legislation, as well as scientific publications.

Results. Due to the allocation of teams, they are not always able to arrive on time for the victim requiring advanced rescue operations in sudden cardiac arrest. The system of emergency gives the opportunity to use the potential of volunteer fire fighters into action in the field of qualified first aid (QFA) reaching the patient's National Emergency Medical System (NEMS) teams.

Conclusions. The social role of the Volunteer Fire Service support in the field of medical tasks in the system of the National Emergency Medical System (NEMS) is the key to improving the survival rate of people in a health emergency. Legislation has not created appropriate regulations concerning the tasks and powers of volunteer fire fighters in the provision of QFA. There are also relevant provisions for the cooperation of the emergency services in Poland – the ambulance and the fire brigade. Legislation should clarify the rules regarding the direct use of the potential of the hardware and human volunteer fire brigades, especially in rural areas. There should also be changes in the regulations concerning medical equipment in units of the Volunteer Fire Brigades, making it obligatory to have automated external defibrillators (AED) for all individuals in the National Rescue and Fire Fighting System (NRFS), as well as modifying existing procedures and regulations in the area of obtaining permission to perform QFA, and the maintenance of these qualifications. It is also necessary to retrofit the medical units Voluntary Fire Service to AED, as well as the modification of procedures and regulations in the area of obtaining and maintaining entitlement to exercise QFA.

Key words

Volunteer Fire Brigades, qualified first aid (QFA), paramedic fire fighter, automated external defibrillators – AED, cardiac arrest