

**Anna Ślifirczyk, Aleksander Olejnik,
Katarzyna Jańczuk, Wojciech Kołodziuk**

Katedra Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Ewolucja koncepcji ratownictwa medycznego na terenie Polski oraz Stanów Zjednoczonych Ameryki – próba porównania

Streszczenie: Ratownictwo medyczne jakie znamy dzisiaj jest kierunkiem stosunkowo nowym. To zaledwie 35 lat działalności. Aby podjąć dyskusje na temat ratownictwa medycznego trzeba poznać korzenie tejże dziedziny. Rozwój nowych technologii, czy rozwiązań, mających pomóc człowiekowi szedł często w parze z konfliktami zbrojnymi. Tak też było w przypadku ratownictwa medycznego.

Już w starożytnej Grecji czy też w Rzymie po stoczonych walce rannych zabierano z pola bitwy. Istnieją przesłanki, iż sam Cezar posiadał lekarzy, którzy zaopatrywali poszkodowanych. Od starożytności musiało jednak minąć wiele wieków by ludzkość doszła do wniosku, iż rannego żołnierza nie należy spisywać na straty, gdyż poddany odpowiedniej opiece medycznej może skutecznie uczestniczyć w kolejnej bitwie. Pionierem takiego rozwiązania był główny lekarz Napoleona – Dominik Jean Larrey. On to właśnie w 1797 roku stworzył pierwszy system przedszpitalny, który opierał się na segregacji medycznej oraz transporcie rannych z pola bitwy. Armia francuska utworzyła pierwszy korpus medyczny, który był odpowiedzialny za znoszenie poszkodowanych z placu bitwy, przy użyciu wyznaczonych ludzi, zaopatrzonych w specjalne wózki. Z powyższego przykładu pomocy doraźnej na polu bitwy korzystano po pierwszym roku starć Wojny Secesyjnej na terenie tworzących się Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej (<http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Ratownictwo medyczne jako idea w Polsce zaczęło rozwijać się znacznie później. Historia służb ratowniczych rozpoczyna się w XIX wieku, kiedy to ziemie nasze znajdowały się jeszcze pod zaborami wrogich państw. Pierwszą jednostką, która w sposób zorganizowany udzielała pierwszej pomocy było Towarzystwo Ratunkowe od Ognia – pierwowzór obecnej Ochotniczej Straży Pożarnej. Od tamtego czasu rozwój ratownictwa nabierał szybkości wraz z pojawieniem się nowych technologii. Ewolucja ratownictwa medycznego na terenie Polski trwała do czasu II wojny światowej. Po wprowadzeniu nowego ustroju polityczno - gospodarczego rozwój ratownictwa medycznego został wstrzymany. Dopiero po 1989 roku, ratownictwo medyczne zaczęło ponownie funkcjonować.

Krokiem milowym w budowaniu nowoczesnego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego była ustawa z 25 lipca 2001 roku. Zawierała jednak szereg błędów i luk prawnych, które zostały poprawione w ustawie z 2006 roku. Jednym z głównych postanowień nowego projektu ustawy było opracowanie szczegółowych definicji dotyczących ratownictwa medycznego (Guła, Paździoch, 2008).

Cel pracy: W niniejszej pracy starano się porównać systemy ratownictwa medycznego w Polsce oraz w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Do realizacji założonego celu skorzystano

z analizy dokumentów historycznych i naukowych opracowanych przez poszczególne kraje. Poza tym praca opiera się na ocenie poszczególnych etapów ewolucji systemów ratownictwa medycznego na przestrzeni wieków. Podkreślono również rolę osób, konfliktów zbrojnych oraz technologii, które bezpośrednio wpłynęły na ewolucję ratownictwa medycznego. Zaakcentowano też niezwykle istotne aspekty edukacji, etyki oraz sytuacji prawnej zawodu ratownika. Poruszone zostały problemy związane z pracą ratownika, zagrożeniami oraz możliwościami jakie daje nam współczesna medycyna.

Słowa kluczowe: rozwój koncepcji ratownictwa medycznego, ewolucja ratownictwa medycznego

Nowym etapem w rozwoju medycyny był okres renesansu. W przeciwieństwie do średniowiecza, który głównie bazował na starożytnych księgach, renesans obfitował w wiele innowacyjnych odkryć. Wraz z zakończeniem renesansu nastąpił okres baroku i oświecenia, a wraz z nimi nowe rozwiązania myśli, teorie, które do tej pory nie były znane człowiekowi.

W okresie wojen napoleońskich medycyna wkroczyła w nową dziedzinę do tej pory pomijaną i nieokreśloną. Medycyna ratunkowa, bo o niej mowa zaczęła nabierać kształtów. Czynnikiem, który to spowodował były działania zbrojne, które do tej pory nie były postrzegane jako możliwość testowania nowych technologii tym bardziej w medycynie. Masowość wypadków na polu walki zmusiła lekarzy polowych do opracowania segregacji rannych. Stąd też pochodzi dobrze znane w codziennej pracy każdego lekarza, ratownika czy pielęgniarki określenie „triaż”. Terminu tego używa się do „segregowania” poszkodowanych w wypadku masowym. System umożliwia służbom medycznym podział rannych w zależności od rokowania oraz obrażeń. Najprawdopodobniej po raz pierwszy określenia „triaż” użył w 1792 roku chirurg, a zarazem główny lekarz Napoleona Jean Dominique Larrey. Stwierdził, iż podczas bitew zbyt duża ilość żołnierzy ginie mimo niewielkich obrażeń. Ten sam żołnierz mógłby ponownie wziąć udział w kolejnej bitwie jeżeli uzyskałby pomoc medyczną. Larrey wprowadził więc w życie tak zwane lotne ambulanse „Ambulance Volante”, które miały za zadanie zbieranie rannych żołnierzy z pola walki. Hipokrates mawiał cyt. „najlepszą szkołą chirurga jest wojna” (Robertson-Steel, 2006).

Nowożytność w dziejach ludzkości wniosła wiele aspektów życia codziennego do tej pory nieznanego, nieokreślonego oraz przyniosła ze sobą niezwykle popularną modę na filantropię. W tym okresie padły pierwsze konkretne fundamenty pod ratownictwo medyczne. Kluczową postacią tego okresu jest Henry Dunant, który był świadkiem najkrwawszej bitwy ówczesnej Europy. Ujrzał skalę zniszczeń, rannych oraz zabitych w bitwie z 1859 pod Solferino, która odbyła się pomiędzy armią cesarstwa Austrii a sprzymierzoną armią francusko – włoską. Dunant namówił lokalnych mieszkańców do pomocy przy opatrywaniu i znoszeniu poszkodowanych po stoczonym bitwie. Ciekawym zjawiskiem była spontaniczność miejscowej ludności, która to nie zważała na narodowość żołnierzy i pomagała każdemu.

W drugiej połowie XIX wieku na terytorium Stanów Zjednoczonych oraz w Europie powstały pierwsze cywilne systemy ratownictwa. Pierwsza pomoc opierała się tam głównie na transporcie poszkodowanych. Społeczeństwo żyjące w tamtych czasach znało jeden medyczny pojazd „Czarną Marię”, który służył do przewożenia ludzi z chorobami zakaźnymi. Kiedy więc na drogach pojawił się ambulans, ludzie uporczywie kojarzyli go z okrzykniętym złą sławą pojazdem. Koniec XIX wieku to wybuch rewolucji przemysłowej, za którą szły kolejne ofiary nowych technologii i industrializacji. Ówczesny etap w ewolucji człowieka przyczynił się do rozwiązań technicznych umożliwiających przede wszystkim szybszy transport medyczny. Powozy konne sukcesywnie zostały zastępowane silnikami spalinowymi. Rozwój nowych możliwości szybszego transportu doprowadził w 1865 roku do powstania przedszpitalnej służby pogotowia w Cincinnati. Już rok później lekarz medycyny, a zarazem inspektor sanitarny przy Miejskiej Radzie Zdrowia – Edward Dalton założył miejskie pogotowie ratunkowe w Nowym Yorku. Pogotowie to miało charakter przyszpitalnej służby ratownictwa medycznego, co było dość powszechnym rozwiązaniem w wielu miastach Ameryki jak i Europy. Do komunikacji pomiędzy policją a pogotowiem ratunkowym używano linii telegraficznej i telefonicznej oraz skrzynek alarmowych podłączonych do jednostek straży pożarnej, które utrzymywały kontakt ze szpitalami. Szpital odbierając alarm za pomocą odpowiedniego dźwięku wzywał chirurga, odźwiernego oraz kierowcę do wyjazdu. Dziewiętnastowieczne karetki były wyposażone w wyjmowane łóżko, poduszki, nosze, koce, oraz materiały medyczne i chirurgiczne. Po zakończonej akcji, wezwane pogotowie miało dwie możliwości: przetransportowanie pacjenta do szpitala bądź domu. Przy każdym wyjeździe prowadzono rejestr, który mówił o czasie wyjazdu, przyjazdu, podjętych czynnościach, których w późniejszej procedurze mógłby się domagać sąd. Mimo iż system był prymitywny już w tamtym okresie zabezpieczano się przed ewentualnymi rozprawami, co stanowiło swoistą kontrolę jakości (<http://www.emsglobal.org/Polish/historia-EMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Pomoc medyczna na polu walki odgrywała znaczącą rolę nawet w starożytności. Pierwsza pomoc w głównym założeniu najlepiej sprawdzała się na wojnach ze względu na dużą urazowość. W latach pięćdziesiątych w pięć lat po II wojnie światowej dochodzi do kolejnego konfliktu tym razem w Korei. Amerykanie odstępują od dotychczasowych wzorów przewozu rannego żołnierza za pomocą jeepa (pojazdu samochodowego oznaczonego czerwonym krzyżem) na rzecz nowo powstałego środka transportu jakim jest śmigłowiec. W porównaniu do pojazdów kołowych, helikopter nie potrzebował dróg. Nie ważne było ile kilometrów należy przebyć aby dostać się do poszkodowanego, w dobie nowej technologii ważny był czas (King, Jatoi, 2005).

Lata 60 XX wieku były skokiem milowym w cywilnej opiece przedszpitalnej. Do tej pory pacjent przy zatrzymaniu krążenia praktycznie nie miał żadnych szans na przeżycie. Opieka przedszpitalna była wielokrotnie określana stratą czasu,

a stan wiedzy medycznej był niewystarczający, by udzielić fachowej opieki przed przyjazdem do szpitala. Kluczem do zmiany opinii o pomocy przedszpitalnej było opracowanie techniki RKO, czyli resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Pomiędzy 1954 a 1960 rokiem powstały podstawy medycyny resuscytacyjnej. Dwa lata później opublikowano badania Kouwenhowena, które wskazywały pozytywne zastosowanie pośredniego masażu serca u poszkodowanych z zatrzymaniem akcji serca. W 1961 roku połączono pośredni masaż serca z metodą usta-usta i tak powstało RKO-resuscytacja krążeniowo-oddechowa, w znacznym stopniu zwiększając szanse przeżycia pacjenta (<http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Do lat 60 ubiegłego wieku w pogotowiu Stanów Zjednoczonych pracowali ludzie z minimalnym wykształceniem bądź też jego brakiem (Manish, Shah, 2006).

Od 1968 roku coraz większy nacisk zaczęto kłaść na edukację i szkolenia. W 1973 roku podczas konferencji AHA (American Heart Association) stowarzyszenie doszło do wniosku, iż należy przeszkolić jak największą liczbę osób z zakresu RKO. W ten sposób w Seattle rozpoczęto 25-letni projekt Medic 2. Kurs ukończyło 600 tysięcy ludzi, dzięki czemu odnotowano niezwykle wysoki odsetek pacjentów przeżywających zatrzymanie akcji serca poza szpitalem (<http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18, <http://www.nremt.org/nremt/downloads/EMS%20Agenda%20for%20the%20Future.pdf> udostępniono 01.02.2013, 20:20).

Programem rozwoju opieki nad pacjentem pediatrycznym zajął się Amerykański Departament Zdrowia, nakreślając problemy związane z odpowiednim podejściem do młodych pacjentów, zmniejszeniu urazowości oraz wprowadzaniu badań pediatrycznych w systemie EMS (samolotowy zespół transportowy). Jednym z charakterystycznych wytycznych było wprowadzenie ośmiominutowego czasu reagowania pogotowia, włącznie z przyjęciem zgłoszenia zdarzenia. Problemem okazała się duża wypadkowość karettek spowodowana zbyt szybką reakcją na każde wezwanie zespołu ratunkowego. Szybki, zorganizowany dojazd okazał się przydatny w stanach zagrożenia życia natomiast nie miał odniesienia przy pacjentach nie potrzebujących natychmiastowej pomocy. Stwierdzono tym samym, iż system który opiera się na ratowaniu życia ludzkiego w efekcie staje się zagrożeniem dla społeczeństwa (Manish, Shah, 2006; <http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Lata 80 przyniosły ze sobą nowe rozwiązania techniczne, a medycyna ratunkowa stała się uznawaną specjalizacją medyczną w USA. Ważnym elementem było wprowadzanie w miejscach publicznych automatycznych defibrylatorów zewnętrznych AED (Automated External Defibrillator). Mimo początkowych problemów z aparaturą, umiejętność posługiwania się defibrylatorem AED jest obecnie podstawą w zakresie podtrzymania życia (<http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18).

Pierwsze wzmianki o transporcie medycznym sanitarnym drogą powietrzną plasują się w USA na rok 1870 podczas wojny francusko-pruskiej, w której to poszkodowani byli zabierani do szpitali za pomocą balonów na ciepłe powietrze. Amerykanie zainteresowali się nowymi rozwiązaniami transportu podczas pierwszej wojny światowej. W 1918 roku dwaj oficerowie major Nelson E. Driver oraz kapitan William C. Ocker przekonwertowali samolot marki Curtiss „Jenny” na samolot sanitarny wycinając tylnią część kokpitu w taki sposób, aby można było umieścić w nim pacjenta. Transportowanie pacjentów za pomocą samolotu wykorzystano w wielu krajach. Wojny były punktem zapalnym w rozwoju lotnictwa sanitarnego czego przykładem jest powstanie mobilnych wojskowych szpitali chirurgicznych (M.A.S.H.), do których poszkodowani byli transportowani po raz pierwszy za pomocą śmigłowców podczas wojny Koreańskiej. Sama idea transportu rannych żołnierzy była dopracowana w wojnie w Wietnamie (1965 – 1974), gdzie do legendy przeszedł śmigłowiec UH-1 „Huey”. Cywilne latające ambulanse w Stanach Zjednoczonych znajdują swoje zastosowanie po raz pierwszy w 1946 roku tuż po II wojnie światowej. Oficjalnie lotnictwo sanitarne USA pod nazwą HEMS działa od 1969 roku (<http://www.airambulanceservice.com/history.html> udostępniono:15.03.2013,10:20, Pozner i wsp. 2004).

Historia służb ratowniczych w Polsce rozpoczęła się w XIX wieku, kiedy to ziemie nasze znajdowały się jeszcze pod zaborami wrogich państw. Pierwszą jednostką, która w sposób zorganizowany udzielała pierwszej pomocy było Towarzystwo Ratunkowe od Ognia – pierwowzór obecnej Ochotniczej straży Pożarnej. Dyżurujący strażnik zawsze posiadał przy sobie torbę z materiałami opatrunkowymi i udzielał pomocy osobom poszkodowanym w pożarach. Pod koniec XIX wieku w Warszawie pojawiło się „Towarzystwo Pomocy Lekarskiej w porze nocnej”. Działalność organizacji opierała się, jak sama nazwa wskazuje, na pomocy potrzebującym w nocy przez pełniących dyżur lekarzy. Lata 90-te XIX wieku to również czas rozwoju stacji pogotowia ratunkowego. Pierwszą taką stację utworzono w Krakowie w 1891 roku. Głównym bodźcem, który przyczynił się do zorganizowania pracy ratowników były dwa tragiczne pożary, w których właśnie przez brak organizacji służb zginęło wiele osób. Początkowo dyżury w dwupokojowej stacji pełnili studium medycyny ochotnicy. Mieli oni do dyspozycji jedną karetkę zaprzęganą w dwa konie oraz pięć par noszy. Kilka lat później zwiększono wyposażenie stacji do czterech karetek konnych, lektyki na gumowych kołach, składanego fotela i siedmiu kuferków wypadkowych. W 1917 roku w pogotowiu pojawiły się pierwsze samochody sanitarne.

W kilka lat po powstaniu Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego otworzono pogotowie w Warszawie. Pozycję swoją silnie wzmocniło po zorganizowaniu tak zwanego „zabezpieczenia medycznego” wizyty samego cara Rosji i jego rodziny.

Pierwsze wzmianki o utworzeniu lotnictwa sanitarnego w Polsce datuje się na rok 1924. Początkowo lotnictwo sanitarne było wykorzystywane w wojsku, a od

roku 1934 wprowadzono je również do służby cywilnej. W czasie II wojny światowej lotnictwo sanitarne przestaje funkcjonować (Konieczny, 2007). Po zakończeniu wojny powstał pomysł przywrócenia lotnictwa sanitarnego. W 1954 roku wprowadzono do użytku pierwsze samoloty sanitarne. Pomysł okazał się trafiony, gdyż już pierwszego roku zarejestrowano 2600 lotniczych przewozów sanitarnych na terenie kraju. W 1958 roku zaczęto przewozić pacjentów śmigłowcami (Kłosiński, 2005).

Należy zaznaczyć, iż śmigłowce po raz pierwszy zostały użyte do przewozu poszkodowanych żołnierzy przez amerykańców w wojnie koreańskiej (1950-1953). Wprowadzenie śmigłowców w 1958 roku do obszaru cywilnego pokazuje, iż Polska nie była na ostatnim miejscu i chętnie przyjmowała nowe technologie i rozwiązania (Kłosiński, 2005; Konieczny, 2007).

Od 2000 roku na terenie kraju działa Lotnicze Pogotowie Ratunkowe kultywując tradycję przed i powojennych dokonań lotnictwa sanitarnego. LPR rozprzeszczerzone jest na 17 placówek rozlokowanych w całym kraju. Skład zespołu wylotowego to lekarz, ratownik/pielęgniarka, pilot. Jednostka działa na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 8 września 2006 roku. Po II wojnie światowej i nastaniu socjalizmu pierwsza pomoc praktycznie przestała istnieć. Wojna przyczyniła się do spadku liczby specjalistów medycyny na ziemiach polskich. Niewątpliwie ważnym elementem po II wojnie światowej było odtworzenie systemu pomocy doraźnej jak również organizacja stacji pogotowia ratunkowego. W 1946 roku zaczęto omawiać sprawę rozwoju lecznictwa urazowego w kraju. Od początku działalności pogotowie borykało się z problemami finansowymi, wyszkoleniem kadr. W wielu placówkach brakowało lekarzy, a nawet sanitariuszy. Pogotowie oferowało czasem wyłącznie przewóz pacjentów do jednostek specjalistycznych. Wyłącznie stan pacjenta decydował o tym, czy pacjent dotrze do szpitala na czas czy też nie. W latach sześćdziesiątych wprowadzono odpowiednie zespoły wyjazdowe, takie jak zespoły reanimacyjne „R”, wypadkowe „W”, specjalistyczne, ogólne oraz przewozowe. W 1962 roku w Chorzowie zorganizowano pierwszą w Polsce karetkę reanimacyjną dla dzieci, oznaczoną literą „N” (Urbanek, 2012).

Podsumowanie

Od 90 lat XX wieku system ratownictwa zmieniał się wielokrotnie. W Polsce widoczny był wpływ, w szczególności po II wojnie światowej, organów władzy, które niechętnie realizowały plan rozwoju ratownictwa medycznego w naszym kraju. Największym problemem powojennej Polski było wyszkolenie w krótkim czasie dużej liczby specjalistów, których brakowało po działaniach wojennych. Polska wielokrotnie dokonywała zmian w strukturach organizacyjnych ówczesnych stacji pogotowia ratunkowego, o czym świadczą inicjatywy takie jak wprowadzenie oznaczeń ambulansów czy też reakcja na widoczne zapotrzebowanie poszczególnych rodzajów pacjentów. Przykładem jest wprowadzenie karetek pe-

diatrycznych już w 1962 roku. Analogicznie karetka tego typu na terenie USA powstała dopiero w 1984 roku. Kolejnym przykładem wprowadzania nowych rozwiązań technologicznych było zaprezentowanie w 1958 roku śmigłowca transportowego. A więc kilka lat po użyciu ich po raz pierwszy w wojnie koreańskiej, która rozgrywała się od 1950 do 1953 roku. Paradoksalnie zastój w rozwoju ratownictwa medycznego jest widoczny po upadku socjalizmu. Ratownik medyczny nie istnieje w nowym systemie. Pierwsze wzmianki o zawodzie ratownika są wprowadzone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 25 lipca 2001 roku.

Różnice między systemami ratownictwa medycznego w Polsce i USA są widoczne na każdym kroku: od edukacji personelu medycznego po samo funkcjonowanie ratownictwa jako całości. Uzasadniona jest darmowa edukacja w Polsce. Mimo kryzysu Polska jest w stanie szkolić każdego roku nowych ratowników. Za oceanem system kształcenia zupełnie odbiega od modelu polskiego. Charakterystyczną cechą jest szybkość prowadzonych szkoleń. Przygotowanie ratowników jest szybsze gdyż w chwili zdobycia pierwszego poziomu kształcenia, kursanci mogą podjąć pracę tym samym zdobywając doświadczenie oraz środki na kolejne kształcenie. Wadą są zbyt wysokie ceny za zdobycie wyższych kwalifikacji. W Polsce system ratownictwa medycznego czerpie pomysły z dwóch systemów anglo – amerykańskiego oraz francusko – niemieckiego. W analizowanym materiale źródła wskazują na słuszność takiego zastosowania ze względu na rozmieszczenie placówek, liczby ratowników oraz do tej pory małych możliwości udzielania pomocy poszkodowanym wyłącznie przez samych ratowników. Polska dąży do przyjęcia w całości systemu anglo – amerykańskiego. Zespoły wyjazdowe mają bezpośrednie odniesienie do systemu jaki panuje w danym kraju. Bez przyjęcia w całości systemu USA oraz poprawek w ustawie Polska nie jest w stanie wprowadzić w całości systemu anglo – amerykańskiego.

Kolejnym z widocznych aspektów jest system zdecentralizowany jak i w USA. Polska jednak dąży do scentralizowania systemu na wzór Francji. O samym aspekcie scentralizowania systemu mówi konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej prof. Andrzej Zawadzki cyt. „Sądzę, że całościowa analiza różnych modeli funkcjonowania pogotowia wskazałaby, że system scentralizowany, zintegrowany, jest jednak lepszy. Zapewnia szybkie dotarcie do pacjenta i – co równie ważne – właściwy transport do odpowiedniego miejsca” (http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi_medyczne/scentralizowany-system-ratownictwa-jest-bardziej-skuteczny,119584,8.html udostępniono: 15.06.2013, 10:55). Jak wynika z dokumentów, Amerykanie są zwolennikami systemu zdecentralizowanego o czym świadczy fakt, iż placówki stacjonujące w poszczególnych stanach niechętnie wymieniają się danymi statystycznymi. Wynika to z chęci zachowania autonomiczności w różnych dziedzinach życia czy też nauki.

Reasumując, mimo wprowadzonych zmian obecny system ratownictwa medycznego wymaga wielu korekt. Problemy występują na całym świecie. System

Stanów Zjednoczonych również nie jest idealny i występują w nim luki organizacyjne. Jednak mimo braków, USA dysponuje najlepszym dostępnym systemem, z którego Polska może wyciągać wnioski oraz niwelować błędy popełnione do tej pory przez Amerykanów.

Wnioski

1. W systemach ratownictwa medycznego pomiędzy Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki występują charakterystyczne różnice ewolucyjne spowodowane przeciwnymi systemami politycznymi, zwłaszcza po II wojnie światowej.
2. Do Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce po 1989 roku wprowadza się model anglo-amerykański z zauważalnymi elementami modelu francusko-niemieckiego.
3. W edukacji młodego personelu w obu krajach są istotne różnice.
4. Zaniedbania ze strony resortu edukacji w Polsce powodują widoczne braki w etyce zawodu.
5. Brakuje w Polsce konkretnej ustawy określającej jednoznacznie miejsce ratownika medycznego w systemie.

Bibliografia

1. Guła P., Paździoch S. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym Komentarz Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2008
2. <http://www.emsglobal.org/Polish/historiaEMS.aspx> udostępniono 25.11.2013, 19:18
3. <http://www.airambulanceservice.com/history.html> udostępniono:15.03.2013,10:20
4. <http://www.nremt.org/nremt/downloads/EMS%20Agenda%20for%20the%20Future.pdf>. udostępniono 01.02.2013, 20:20
5. <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugimedyczne/scentralizowany-system-ratownictwa-jest-bardziej-skuteczny,119584,8.html> udostępniono: 15.06.2013, 10:55
6. King B., Jatoi I., The mobile Army surgical hospital (M.A.S.H.):a military and surgical legacy Journal of the National Medical Association 97/5, 2005
7. Kłosiński P. Polskie początki lotnictwa sanitarnego. Lotnicza Polska 2005, nr 12
8. Konieczny J. Edukacja w ratownictwie medycznym Gramond, Inowrocław-Poznań 2007,
9. Manish N., Shah, MD, "The Formation of the Emergency Medical Services System" American Journal of Public Health. 2006,96/3
10. Pozner ChN, Zane R. i inni International EMS Systems:The United States: past, present and future. Resuscitation.2004;60
11. Robertson-Steel I. Evolution of triage system Emerg Med. J., West Midlands 2006, 23/2
12. Urbanek B. Zawód ratownika medycznego na ziemiach polskich w XIX i XX wieku Śląski Uniwersytet Medyczny Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2012

Liczba znaków ze spacjami: 23 393