



Stanowisko nr 4/2025
Krajowej Rady Ratowników Medycznych
z dnia 1 grudnia 2025 roku
w sprawie
standaryzacja procesu rozpoznawania i prenotyfikacji udaru mózgu w działaniach
zespołów ratownictwa medycznego
w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne

KIRM-KRRM-S-04

Metryka dokumentu

Nazwa dokumentu:	Stanowisko nr 4/2025 Krajowej Rady Ratowników Medycznych w sprawie standaryzacja procesu rozpoznawania i prenotyfikacji udaru mózgu w działaniach zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne
Oznaczenie dokumentu:	KIRM-KRRM-S-04
Rodzaj dokumentu:	Stanowiska
Autor dokumentu:	Członkowie Komitetu ds. medycznych przy Krajowej Izbie Ratowników Medycznych dr n. med. i n. o zdr. Michał Kucap mgr Michał Borowczyk mgr Karol Wojtczak
Wersja dokumentu:	1.0
Ostatnia modyfikacja:	18 listopada 2025 rok
Liczba stron:	8
Data zatwierdzenie dokumentu przez Członków Komitetu ds. medycznych przy KIRM:	12 listopada 2025 rok
Oznaczenie uchwały zatwierdzającej dokument przez Członków Krajowej Rady Ratowników Medycznych:	Uchwała Krajowej Rady Ratowników Medycznych nr 131/KR/2025 z dnia 1 grudnia 2025 r. w sprawie przyjęcia stanowiska nr 4/2025 w sprawie standaryzacja procesu rozpoznawania i prenotyfikacji udaru mózgu w działaniach zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne KIRM-KRRM-S-04
Status dokumentu:	Obowiązujący
Administrator dokumentu:	dr n. med. i n. o zdr. Michał Kucap – wiceprezes Krajowej Rady Ratowników Medycznych, Przewodniczący Komitetu ds. medycznych przy Krajowej Izbie Ratowników Medycznych

Załączniki:

Integralną częścią stanowiska jest formularz zgłaszania nowej funkcjonalności SWD PRM:



Zał. do stanowiska
- Formularz nowej

Historia dokumentu

Numer wersji dokumentu	Data	Opis	Autor
0.1	20-09-2025	Przygotowanie projektu dokumentu.	Michał Borowczyk
0.2	23-09-2025	Aktualizacja dokumentu.	Karol Wojtczak
0.3	26-09-2025	Aktualizacja dokumentu.	Michał Kucap
0.4	01-10-2025	Aktualizacja dokumentu.	Michał Borowczyk
0.5	02-10-2025	Omówienie projektu dokumentu podczas V posiedzenia Komiteu ds. medycznych.	Michał Borowczyk
0.6	12-11-2025	Akceptacja dokumentu podczas VI posiedzenia Komiteu ds. medycznych.	Członkowie Komitetu ds. medycznych
0.7	14-11-2025	Przekazanie dokumentu do konsultacji do Prezesa KRRM.	Michał Kucap
0.8	18-11-2025	Aktualizacja dokumentu w zakresie przeniesienia treści do stanowiska.	Mateusz Komza
0.9	21-11-2025	Aktualizacja dokumentu w zakresie metryki dokumentu.	Michał Kucap
0.9	22-11-2025	Przekazanie dokumentu do Członków Krajowej Rady Ratowników Medycznych.	Michał Kucap
1.0	01-12-2025	Przyjęcie stanowiska uchwałą Krajowej Rady Ratowników Medycznych nr 131/KR/2025 z dnia 1 grudnia 2025 r. w sprawie przyjęcia stanowiska nr 4/2025 w sprawie <i>standaryzacja procesu rozpoznawania i prenotyfikacji udaru mózgu w działaniach zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne</i> KIRM-KRRM-S-04	Członkowie Krajowej Rady Ratowników Medycznych

Stanowisko nr 4/2025

Krajowej Rady Ratowników Medycznych

z dnia 1 grudnia 2025 roku
w sprawie

**standaryzacja procesu rozpoznawania i prenotyfikacji udaru mózgu w działaniach
zespołów ratownictwa medycznego
w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne**

Komitet ds. medycznych przy Krajowej Izbie Ratowników Medycznych we współpracy z Krajową Radą Ratowników Medycznych (KRRM) podjął inicjatywę mającą na celu znaczącą poprawę i ujednoczenie procesu identyfikacji osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z podejrzeniem świeżego udaru mózgu oraz ich przedszpitalnej prenotyfikacji do ośrodków udarowych.

Stanowisko dotyczy konieczności wprowadzenia modyfikacji w wykorzystywanym przez kierowników zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, jednolitym w skali kraju Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM).

Uzasadnienie i Podstawa Prawna

Ratownicy medyczni są prawnie zobowiązani do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Zgodnie z zapisami art. 35 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 339, 637), ratownik medyczny, który jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Aby wypełnić ten obowiązek w kontekście udarów mózgu, konieczne jest wdrożenie narzędzi cyfrowych, które wymuszają i ułatwiają stosowanie najnowszych, zintegrowanych wytycznych postępowania przedszpitalnego (m.in. AHA/ASA 2021, ESO 2023).

Obecnie w SWD PRM nie zostały wprowadzone zmiany wynikające z obowiązujących zintegrowanych wytycznych postępowania przedszpitalnego (m.in. AHA/ASA 2021, ESO 2023) związane z udarami mózgu.

Cel wnioskowanej modyfikacji SWD PRM

Zaproponowane zmiany do oprogramowania SWD PRM mają na celu:

- 1) ujednoczenie i usystematyzowanie identyfikacji pacjentów ze świeżym udarem mózgu;
- 2) zapewnienie kompletności krytycznych danych (np. czas wystąpienia objawów/"*last known well*", leki przeciwkrzepliwe, glikemia) niezbędnych do bezzwłocznego podjęcia leczenia interwencyjnego w szpitalu;
- 3) automatyczne generowanie spójnego i kompletnego opisu klinicznego zdarzenia, co ogranicza błędy w dokumentacji medycznej;

- 4) wymuszenie prenotyfikacji ośrodka udarowego, co bezpośrednio skraca czasy "od drzwi do interwencji" i poprawia wskaźniki jakości opieki ostrodławowej.

Kluczowe zmiany funkcjonalności SWD PRM

Propozycja modyfikacji wprowadza szereg obligatoryjnych pól i walidacji, aktywowanych i dostępnych dla kierownika zespołu ratownictwa medycznego **wyłącznie** po zaznaczeniu opcji "Objawy świeżego udaru mózgu = Tak":

- 1) **poła czasu:** obowiązkowe określenie czasu wystąpienia objawów lub momentu, gdy pacjent był ostatni raz widziany bez objawów (LKW);
- 2) **badanie udarowe:** rozbudowana sekcja, wymagająca oznaczenia co najmniej jednego objawu klinicznego (np. asymetria twarzy, zaburzenia mowy, niedowład kończyn);
- 3) **pozostałe dane:** obowiązkowe ustalenie czy pacjent przyjmuje leki przeciwkrzepliwie oraz określenie wcześniejszego stanu samodzielności pacjenta;
- 4) **prenotyfikacja:** dodanie obligatoryjnej sekcji "Prenotyfikacja pacjenta z objawami świeżego udaru mózgu" z opcją wskazania powodu niewykonania prenotyfikacji.
- 5) **walidacja rozpoznai:** wymóg wskazania przynajmniej jednego rozpoznania z kodów ICD-10 (I61-I64) odpowiadających świeżemu udarowi mózgu.

Wdrożenie tych zmian jest naukowo i organizacyjnie uzasadnione, wspiera zgodność z międzynarodowymi wytycznymi i tworząc podstawę do monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Potrzeba standaryzacji przedszpitalnego procesu „identyfikacja → prenotyfikacja”

Wczesna identyfikacja udaru i przedszpitalna prenotyfikacja ośrodka udarowego skracają czasy „od drzwi do obrazowania i interwencji”, zwiększając odsetek chorych kwalifikowanych do leczenia reperfuzyjnego (IVT/EVT). Liczne badania obserwacyjne i przeglądy wskazują, że wdrożenie schematów prenotyfikacji przez ZRM istotnie redukuje opóźnienia i poprawia wskaźniki jakości opieki ostrodławowej. [1] Zgodnie z przeglądem AHA/ASA dot. opieki przedszpitalnej, zintegrowane systemy ZRM-szpital wspierające prenotyfikację są elementem składowym skutecznych „stroke systems of care”. [2]

Krytyczne dane kliniczne wymagające wymuszenia

Czas początku objawów / „last known well” (LKW) – to warunek kwalifikacji do IVT/EVT i podstawowy parametr jakości w rejestrach udarowych. Wymóg jednoznacznego udokumentowania LKW jest standardem (zalecenia kliniczne i definicje jakości). [3]

Parametry życiowe + glikemia kapilarna – hipoglikemia i hiperglikemia są częstymi objawami błędnie wskazującymi udaru; szybki pomiar glukozy i podstawowych parametrów jest obowiązkowy w triage przedszpitalnym. [4]

Leki przeciwkrzepliwie / migotanie przedsionków – status przeciwkrzepliwym i obecność AF wpływają na kwalifikację do IVT, wybór dawki/strategii oraz ryzyko krwawienia; dlatego pola te muszą być obligatoryjne. (ESO/AHA wprost akcentują ustrukturyzowane zbieranie tych danych). [2]

Ustrukturyzowana ocena neurologiczna i selekcja chorych z podejrzeniem niedrożności dużych naczyń (LVO)

Dodanie obligatoryjnej sekcji „Badanie udarowe” z wymogiem zaznaczenia co najmniej jednego objawu zwiększa trafność rozpoznania oraz umożliwia celowaną prenotyfikację do ośrodków EVT. Walidacje terenowe i porównawcze pokazują dobrą czułość/swoistość skal w identyfikacji LVO. [5]

Zgodność z wytycznymi i trendami organizacyjnymi

Projekt jest spójny z zaleceniami AHA/ASA i ESO w zakresie wczesnego rozpoznawania, minimalnego zestawu danych przedszpitalnych, priorytetyzacji prenotyfikacji i integracji łańcucha opieki (ZRM–SOR–oddział udarowy/angio). [2]

Walidacje i kontrola jakości – logika pól i automatyzacje [2]

Automatyczne uzupełnianie pola „Opis” z pól strukturalnych zwiększa spójność dokumentacji medycznej i ogranicza braki. Podejście jest ukierunkowane na standaryzację procesów i danych jakościowych.

Powiązanie flagi „świeży udar” z wymuszeniem prenotyfikacji oraz jakościowej walidacji danych uzyskanych z badania podmiotowego i przedmiotowego.

Walidacja rozpoznań ICD-10 – sugerowane zawężenie do kodów ostrych (I61–I64) eliminuje niejednoznaczności.

Podsumowanie

Proponowana modyfikacja jest uzasadniona naukowo i organizacyjnie: wspiera zgodność z międzynarodowymi wytycznymi, wymusza rejestrację krytycznych danych czasowych i klinicznych, formalizuje prenotyfikację oraz tworzy podstawę do monitorowania jakości w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wdrożenie powinno przełożyć się na krótsze czasy leczenia i wyższy odsetek pacjentów leczonych reperfuzyjnie, co potwierdzają dane z badań i rejestrów.

Literatura

[1] C. B. Lin, E. D. Peterson, E. E. Smith, Emergency Medical Service Hospital Prenotification Is Associated With Improved Evaluation and Treatment of Acute Ischemic Stroke, 2012, *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5(4):514–522, DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.112.965210

[2] K. S. Zachrison, V. M. Nielsen, N. Perez de la Ossa, Prehospital Stroke Care Part 1: Emergency Medical Services and the Stroke Systems of Care, 2023, *Stroke*, 54(4): 1069–1084, DOI: 10.1161/STROKEAHA.122.039586

[3] N. G. Ferrone, M. X. Sanmartin, J. O’Hara, Ten-Year Trends in Last Known Well to Arrival Time in Acute Ischemic Stroke Patients: 2014 to 2023, 2025, *Stroke*, 56(3): 734–742, DOI: 10.1161/STROKEAHA.124.049169

[4] N. K. Guber, K. A. Sporer, K. Z. Guluma, Acute Stroke: Current Evidence-based Recommendations for Prehospital Care, 2016, *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(2):104–128, DOI: 10.5811/westjem.2015.12.28995

[5] N. Pérez de la Ossa, D. Carrera, M. Gorchs, Design and Validation of a Prehospital Stroke Scale to Predict Large Arterial Occlusion: The Rapid Arterial Occlusion Evaluation Scale (RACE), 2014, Stroke, 45(1):87–91, DOI: 10.1161/STROKEAHA.113.003071