

Marek Wyrozębski

Doctoral School of the War Studies University / Szkoła Doktorska, Akademia Sztuki Wojennej w Warszawie
Corresponding author / Autor korespondencyjny: m.wyrozebski@gmail.com

The Organization of Activities in a Qualified First Aid Team on the Example of the State Fire Service. Preliminary Research Report

Problematyka organizacji działań w zespole kwalifikowanej pierwszej pomocy na przykładzie Państwowej Straży Pożarnej. Raport z badań wstępnych

ABSTRACT

Purpose: The article presents the results of research on the impact of pro-active organization of activities and division of roles in qualified first aid (QFA) teams on the effectiveness and coordination of rescue activities carried out by the national rescue and firefighting system units. The work also indicates potential training gaps and proposes a concept for improving the organization of work of QFA teams.

Project and methods: The online survey questionnaire was sent to State and Voluntary Fire Service rescuers. Questions in the questionnaire concerned, among others, the effectiveness of QFA procedures, the impact of task division and equipment preparation on rescue operations, and the subjective sense of confidence and competence of rescuers when providing QFA. Participants also submitted their own suggestions for improving training and the organization of team work.

Results: Although most of the respondents considered the procedures included in the training materials to be sufficient for rescue operations (72.7%), almost one quarter of the respondents expressed doubts as to their practical usefulness (23.6%). Most respondents (90.9%) also agreed that in QFA, regardless of the type of medical event, can be distinguished, performed set of repeatable activities, which provides a basis for their standardization. It was also found that the earlier task division between rescuers gives a positive effect on the efficiency of rescue operations (89.2%), and the earlier preparation of the medical equipment field was assessed similarly highly (87.2%). The results of the studies also indicate a low level of confidence of rescuers in providing QFA in their units. Only about one third of the respondents (34.5%) positively assessed the level of confidence of their teams, and only half of the respondents (56.4%) personally feel competent to perform the role of a leader of medical operations. This situation has a negative impact on the team dynamics – many respondents (89.1%) observe a pattern in which only one person (the leader) is actively involved, while the rest of the members wait for instructions without showing much initiative.

Conclusions: It was found that many tasks can be performed routinely in the QFA, without having to wait for an order to be issued. Tasks can be routinely divided between rescuers, which increases the individual responsibility of each team member, but also improves communication and the effectiveness of their cooperation. This work also proposes a concept in which such a division could take place. The essence of the conducted research was to confirm that a clear division of tasks and designation of rescue roles in the QFA team is an element that will improve activities.

Keywords: State Fire Service, qualified first aid, task organization

Type of article: short scientific report

Received: 03.06.2025; Reviewed: 10.07.2025; Accepted: 08.08.2025;

Author's ORCID ID: M. Wyrozębski – 0009-0005-2481-9680;

Please cite as: SFT Vol. 66 Issue 2, 2025, pp. 24–38, <https://doi.org/10.12845/sft.66.2.2025.2>;

This is an open access article under the CC BY-SA 4.0 license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).

ABSTRAKT

Cel: Artykuł przedstawia wpływ wcześniejszej organizacji działań i podziału ról w zespołach kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP) na skuteczność i koordynację działań ratowniczych realizowanych przez jednostki krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego. Praca wskazuje również potencjalne luki szkoleniowe i proponuje koncepcję usprawnień organizacji pracy zespołów KPP.

Projekt i metody: W pracy wykorzystano wyniki ankiety przeprowadzonej wśród ratowników PSP i OSP. Pytania w kwestionariuszu dotyczyły m.in. skuteczności procedur KPP, wpływu podziału zadań i przygotowania sprzętu na działania ratownicze oraz subiektywnego poczucia pewności i kompetencji ratowników podczas udzielania KPP. Uczestnicy zgłaszali również własne sugestie dotyczące poprawy szkoleń i organizacji pracy zespołu.

Wyniki: Większość respondentów uznała, że procedury zawarte w materiałach szkoleniowych są wystarczające do podejmowania działań ratowniczych (72,7%), jednak blisko jedna czwarta ankietowanych wyraziła wątpliwości co do ich użyteczności w praktyce (23,6%). Aż 90,9% badanych zgodziło się również, że w ramach KPP można wyróżnić zestaw powtarzalnych czynności, wykonywanych niezależnie od rodzaju zdarzenia medycznego, co daje

podstawy do ich standaryzacji. Stwierdzono także, że wcześniejszy podział zadań między ratownikami pozytywnie wpływa na sprawność działań ratowniczych (89,2%), a podobnie wysoko (87,2%) oceniono wcześniejsze przygotowanie medycznego pola sprzętowego. Wyniki badań wskazują również na niski poziom pewności ratowników w udzielaniu KPP w swoich jednostkach. Tylko około jedna trzecia respondentów (34,5%) pozytywnie oceniła poziom pewności swoich zespołów, a jedynie połowa respondentów (56,4%) oświadczyła, że czuje się kompetentna do pełnienia roli lidera działań medycznych. Sytuacja ta wpływa negatywnie na dynamikę zespołu – wielu respondentów (89,1%) obserwuje schemat, w którym tylko jedna osoba (lider) aktywnie działa, podczas gdy reszta członków czeka na polecenia, nie przejawiając większej inicjatywy.

Wnioski: Stwierdzono, że w KPP wiele zadań może być realizowanych według określonych procedur, bez konieczności oczekiwania na wydanie polecenia. Dzięki temu zadania można rozdzielić między ratowników standardowo, co zwiększa indywidualną odpowiedzialność każdego członka zespołu, ale również znacząco poprawia komunikację i skuteczność ich współpracy. W niniejszej pracy zaproponowano, w jaki sposób można przeprowadzić taki podział. Istotą badań było potwierdzenie, że sprecyzowanie obowiązków i wyznaczenie ról ratowniczych w zespole KPP jest elementem, który usprawnia działania i pomoże strażakom w praktycznym zastosowaniu swojej wiedzy.

Słowa kluczowe: Państwowa Straż Pożarna, kwalifikowana pierwsza pomoc, organizacja działań

Typ artykułu: doniesienie wstępne (komunikat z badań)

Przyjęty: 03.06.2025; **Zrecenzowany:** 10.07.2025; **Zaakceptowany:** 08.08.2025;

Identyfikator ORCID autora: M. Wyróżębski – 0009-0005-2481-9680;

Proszę cytować: SFT Vol. 66 Issue 2, 2025, pp. 24–38, <https://doi.org/10.12845/sft.66.2.2025.2>;

Artykuł udostępniany na licencji CC BY-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).

Introduction

Medical rescue in the units of the national firefighting and rescue system (KSRG) dates back to the 1990s [1], when the State Fire Service (PSP) was just forming as an organization. The first qualified first aid (KPP) procedures were developed in 1999 and were then regularly updated in accordance with the recommendations of the European Resuscitation Council and the system of prehospital trauma care (International Trauma Life Support) [2]. Currently, there are many KPP rescuers in the ranks of the State and Voluntary Fire Service (OSP), whose qualifications do not differ from standards recognized worldwide [3]. They are dispatched to help people in a state of sudden health threat as a support for the State Medical Rescue system (PRM). It has been proven that assistance from KSRG entities before the arrival of a medical rescue team increases the chances of the injured to survive [4, p. 15].

Despite such a rich history, a mandated legal obligation, and subsequent generations of firefighters trained in KPP, the author of this paper, as a PSP officer – based on their own observations – perceives a lack of balance and a palpable unease among firefighters during medical drills and rescue operations. In a 2014 study on the cooperation between KSRG units and PRM rescuers, high involvement of firefighters and ‘high awareness among KPP rescuers of the importance of their actions’ were noted [4, p. 25]. At the same time PRM rescuers themselves positively assessed the quality of support provided by PSP. However, in a 2016 study, the level of satisfaction with this cooperation was rated only as average [5, p. 271]. This trend contradicts the perspective of the service’s development, especially given that KPP rescuers in PSP are obligated to continuously improve their skills, including those in the area of medical rescue [6], which should foster confidence and operational consistency within the teams.

Due to a research gap concerning the self-assessment of conducted actions and the observed lack of balanced organization

Wprowadzenie

Ratownictwo medyczne w jednostkach krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (KSRG) sięga lat 90. ubiegłego wieku [1], kiedy Państwowa Straż Pożarna (PSP) jako organizacja dopiero się kształtowała. Pierwsze procedury kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP) zostały opracowane w 1999 roku, a następnie były regularnie aktualizowane zgodnie z zaleceniami Europejskiej Rady Resuscytacji oraz systemem postępowania przedszpitalnego w urazach (ang. *International Trauma Life Support*) [2]. Obecnie w szeregach Państwowej i Ochotniczej Straży Pożarnej (OSP) znajduje się wielu ratowników KPP, o kwalifikacjach nieodlegających od standardów uznawanych na świecie [3]. Są oni dysponowani do pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jako wsparcie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Dowiedziono, że pomoc podmiotów KSRG przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego zwiększa szanse poszkodowanych na przeżycie [4, s. 15].

Mimo tak bogatej historii, narzuconego obowiązku prawnego i kolejnych pokoleń strażaków wyszkolonych w KPP, autor pracy, jako funkcjonariusz PSP – opierając się na własnych obserwacjach – dostrzega brak równowagi i odczuwalny niepokój wśród strażaków podczas realizacji ćwiczeń medycznych i akcji ratowniczych. W badaniach z 2014 roku dotyczących współpracy jednostek KSRG z ratownikami PRM odnotowano wysokie zaangażowanie strażaków oraz „wysoką świadomość ratowników KPP co do znaczenia podejmowanych działań” [4, s. 25], a sami ratownicy PRM pozytywnie ocenili jakość wsparcia udzielanego przez PSP. Jednak już w badaniach z 2016 roku poziom zadowolenia z tej współpracy został oceniony jedynie jako średni [5, s. 271]. Tendencja ta stoi w sprzeczności z perspektywą rozwoju formacji – zważywszy na fakt, że ratownicy KPP w PSP są zobowiązani do codziennego doskonalenia swoich kompetencji, również w obszarze ratownictwa medycznego [6], co powinno sprzyjać budowaniu pewności i spójności działania zespołów.

in KPP teams, this paper undertakes an initial, pilot study on the standardization of tasks and roles within these teams. The inspiration for this concept comes from T. Kotarbiński's considerations on organizational values, in which the most important is order. This derives from the definition of 'what should follow what so that one thing not only doesn't interfere with another, but so that earlier actions enable or facilitate their more efficient execution' [7, p. 405]. In the author's opinion, providing medical assistance is largely based on routine actions that are repeated with almost every casualty, such as: rapid ABC assessment, cervical spine stabilization, or preparing the equipment field. Their standardization can become the basis for organizational order, so that the actions of one rescuer not only do not interfere with another's, but actually help them, 'just as setting a switch allows a train to pass' [7, p. 405]. In the context of KPP, this means precisely defining responsibilities, roles, and the sequence of actions performed. Strengthening such an organization of tasks through intense, regular team training will significantly develop rescuers' competencies. As researchers working with rescuers providing aid to victims of terrorist attacks note, 'preparation strengthens the ability to cope in a chaotic situation, and daily training and practice enable skill development and build confidence in performing an assigned role' [8, p. 8].

Medical assistance in KSRG

According to the Act on State Medical Rescue [9, art. 14], qualified first aid consists of actions taken towards a person in a state of sudden health threat by a rescuer, who is defined as: a person with full legal capacity who is also employed or serves in units cooperating with the State Medical Rescue system or is a member of those units. Furthermore, such a person must hold a valid certificate of completion of a qualified first aid course [10, art. 13] and a certificate of obtaining the title of a rescuer. Moreover, their state of health must allow them to provide KPP. The units that cooperate with the State Medical Rescue system include units of the State Fire Service and Volunteer Fire Services integrated into the national firefighting and rescue system. These units provide KPP to people in a state of sudden health threat. The scope of actions performed by a rescuer as part of KPP is very broad and includes, among other things: cardiopulmonary resuscitation, stopping external haemorrhages and dressing wounds, immobilizing fractures, protection against hypothermia or overheating, conducting initial anti-shock procedures, administering passive oxygen therapy, evacuation, providing psychological support to people in a state of sudden health threat, and conducting initial medical triage.

According to the *Principles of the Organization of Medical Rescue in the national firefighting and rescue system* [11, p. 5], two levels of medical rescue are distinguished: a basic level (covering the scope of KPP) and an advanced level (covering the scope of

Z uwagi na lukę badawczą dotyczącą samooceny prowadzonych działań i obserwowany brak zrównoważonej organizacji w zespołach KPP, w niniejszej pracy podjęto się wstępnego, pilotażowego badania nad standaryzacją zadań i ról w tych zespołach. Inspiracją dla tej koncepcji są rozważania T. Kotarbińskiego o walorach organizacyjnych, w których najważniejszy jest porządek, czyli zdefiniowanie, „co po czym ma następować tak, aby jedno drugiemu nie tylko nie przeszkadzało, ale żeby czynności wcześniejsze umożliwiały lub ułatwiały sprawniejsze ich wykonanie” [7, s. 405]. W ocenie autora udzielanie pomocy medycznej opiera się w dużej mierze na czynnościach rutynowych, powtarzanych niemal przy każdym poszkodowanym, takich jak: szybka ocena ABC, stabilizacja odcinka szyjnego, czy przygotowanie pola sprzętowego. Ich standaryzacja może stać się podstawą porządku organizacyjnego, aby działanie jednego ratownika nie tylko nie przeszkadzało kolejnemu, ale wręcz mu pomagało „tak jak nastawienie zwrotnicy umożliwia przejazd pociągu” [7, s. 405]. W kontekście KPP oznacza to precyzyjne określenie odpowiedzialności, ról i kolejności wykonywanych czynności. Wzmocnienie takiej organizacji zadań poprzez intensywne, regularne szkolenia zespołowe pozwoli znacząco rozwinąć kompetencje ratowników. Jak zauważają badacze pracujący z ratownikami udzielającymi pomocy ofiarom zamachów terrorystycznych, „przygotowanie wzmacnia zdolność radzenia sobie w chaotycznej sytuacji, a codzienne szkolenie i praktyka umożliwiają rozwijanie umiejętności oraz budowanie pewności siebie w pełnieniu przypisanej roli” [8, s. 8].

Pomoc medyczna w KSRG

Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym [9, art. 14], kwalifikowana pierwsza pomoc to czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, którego definiuje się jako: osobę posiadającą pełnię czynności prawnych, a która dodatkowo jest zatrudniona lub pełni służbę w jednostkach współpracujących z systemem PRM lub jest członkiem tych jednostek. Ponadto taka osoba musi posiadać ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy [10, art. 13] i zaświadczenie o uzyskaniu tytułu ratownika, a jej stan zdrowia musi umożliwiać udzielenie KPP. Jednostkami, które współpracują z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, są m.in. jednostki Państwowej Straży Pożarnej oraz Ochotniczych Straży Pożarnych włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego. Jednostki te udzielają KPP osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zakres czynności wykonywanych przez ratownika w ramach KPP jest bardzo szeroki i obejmuje m.in. resuscytację krążeniowo-oddechową, tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran, unieruchamianie złamań, ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem, prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego, stosowanie tlenoterapii biernej, ewakuację, wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie wstępnej segregacji medycznej.

Zgodnie z *Zasadami organizacji ratownictwa medycznego w krajowym systemie ratowniczo-gaśniczym* [11, s. 5] wyróżnia się dwa

health services other than medical rescue activities). The document specifies that in the State Fire Service, all organizational units must implement the first level of rescue, and therefore, all firefighters (approximately 32 thousand people) must hold valid KPP qualifications. OSP units belonging to KSRG that have operational readiness to undertake medical rescue activities must have at least 8 KPP rescuers per unit (it is estimated that there are about 18,000 such volunteers with KPP qualifications [2]). The advanced level, under the PRM regulations [9, art. 15], applies to medical rescuers employed in cooperating units who can also perform health services other than KPP. In practice, this means that a medical rescuer (who has higher qualifications than a KPP rescuer) who is also a KSRG firefighter can, as part of the rescue operations they participate in as a firefighter, provide advanced medical services to the injured. These principles [11] are supplemented by attached procedures and medical scripts developed by the PSP Headquarters, which, along with the PSP knowledge base [12], constitute the main source of guidelines for providing medical assistance within the service.

Due to the additional points awarded to PSP candidates for holding medical rescuer qualifications [13], the number of officers with these qualifications is steadily growing within the service (already about 9% of the total). In practice, this means that during rescue operations, it is increasingly medical rescuers who take on the role of leader in medical actions. However, the biggest challenge remains the systematic improvement of skills for the other KPP rescuers, who, although operating within a narrower medical scope, constitute the vast majority of this service.

Test method

Based on the issues outlined above, a research objective was defined, i.e. to assess the impact of prior organization of actions and division of tasks among rescuers on the coordination of work in qualified first aid teams during rescue operations. Thus, the following research questions were formulated:

- to what extent does the prior organization and division of tasks among rescuers in a KPP team affect the efficiency of rescue operations?
- how do firefighters assess their own competencies and their role as a leader in a KPP team?
- how often do KPP actions focus on one person, with the passivity and waiting of other rescuers?
- what are the main shortcomings in current KPP training?

The online survey questionnaire was addressed to PSP and OSP rescuers, but this group also included individuals who were simultaneously members of other rescue services (e.g. PRM). The questions in the questionnaire concerned, among other things, the assessment of whether the content of the KPP medical procedures and PSP materials is sufficient to perform medical actions in the correct sequence, and whether certain standard

poziomy ratownictwa medycznego – podstawowy (obejmujący zakres KPP) oraz zaawansowany (obejmujący zakres świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe). Dokument precyzuje, że w Państwowej Straży Pożarnej wszystkie jednostki organizacyjne muszą realizować pierwszy poziom ratownictwa, a w związku z tym wszyscy strażacy (ok. 32 tysięcy osób) muszą posiadać ważne uprawnienia KPP. Jednostki OSP należące do KSRG posiadające gotowość operacyjną do podjęcia działań ratownictwa medycznego muszą mieć w swoich szeregach przynajmniej 8 ratowników KPP na jednostkę (szacuje się ok. 18 tysięcy druhów z KPP [2]). Poziom zaawansowany, w ramach przepisów o PRM [9, art. 15], dotyczy ratowników medycznych zatrudnionych w jednostkach współdziałających, którzy mogą wykonywać również inne świadczenia zdrowotne niż KPP. W praktyce oznacza to, że ratownik medyczny (który ma wyższe kwalifikacje od ratownika KPP) będący jednocześnie strażakiem KSRG może w ramach działań ratowniczych, w których uczestniczy jako strażak, świadczyć zaawansowane usługi medyczne poszkodowanym. Uzupełnieniem tych zasad [11] są załączone do nich procedury oraz skrypty medyczne opracowane przez Komendę Główną PSP, które wraz z bazą wiedzy PSP [12] stanowią główne źródło wytycznych do udzielania pomocy medycznej w formacji.

Dzięki dodatkowej liczbie punktów przyznawanych kandydatom do PSP za posiadanie uprawnień ratownika medycznego [13] w szeregach formacji stale rośnie liczba funkcjonariuszy legitymujących się tymi kwalifikacjami (już ok. 9% ogółu). W praktyce oznacza to, że podczas akcji ratowniczych to właśnie ratownicy medyczni coraz częściej obejmują funkcję lidera w działaniach medycznych. Największym wyzwaniem pozostaje jednak systematyczne podnoszenie kompetencji pozostałych ratowników KPP, którzy choć działają w węższym zakresie medycznym, stanowią zdecydowaną większość tej formacji.

Metoda badawcza

Na podstawie tak zarysowanej problematyki, wyznaczono cel badawczy, którym była ocena wpływu dokonania wcześniejszej organizacji działań i podziału zadań między ratownikami na koordynację pracy w zespołach kwalifikowanej pierwszej pomocy podczas akcji ratunkowych. Tym samym sformułowano następujące pytania badawcze:

- w jakim stopniu dokonana wcześniejsza organizacja i podział zadań między ratownikami w zespole KPP wpływa na sprawność działań ratowniczych?
- jak strażacy oceniają własne kompetencje i swoją rolę jako lidera w zespole KPP?
- jak często działania KPP skupiają się wokół jednej osoby, przy bierności i oczekiwaniu pozostałych ratowników?
- jakie są główne braki w obecnych szkoleniach KPP?

Kwestionariusz ankiety w wersji internetowej został skierowany do ratowników PSP i OSP, ale w tej grupie były również osoby będące jednocześnie członkami innych służb ratowniczych (np. PRM). Pytania w kwestionariuszu dotyczyły m.in. oceny, czy treści zawarte w procedurach medycznych KPP i materiałach PSP są wystarczające do wykonywania działań medycznych

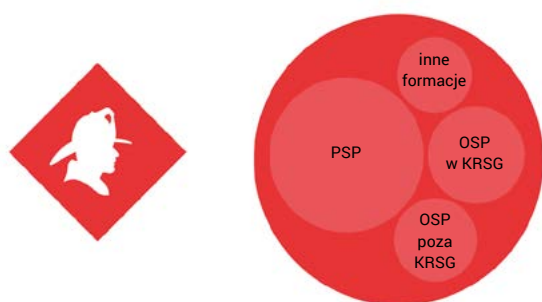
actions performed by the rescuers can be distinguished in rescue operations, regardless of the type of incident. The respondents were also asked to assess the impact of prior task division on improving rescue operations, the importance of quick equipment preparation, and the subjective level of confidence of rescuers in performing KPP activities. Additionally, the study gathered opinions on the observed role of a leader in the team and the firefighters' competence to fulfil this role. Participants also had the opportunity to submit suggestions for improving KPP training and the organization of rescue operations.

The study was conducted between March and April 2025. 55 respondents participated, serving in both the State and Voluntary Fire Services (including units integrated into the KSRG and those outside the system). The selection of respondents for the study was carried out using the snowball sampling method via social media, which allowed reaching individuals who actively participate in rescue operations and hold current qualifications for providing qualified first aid. The largest group consisted of PSP firefighters (78.2%), as well as members of OSP within the KSRG (29.1%), OSP outside the KSRG (21.8%), and PRM rescuers (12.7%), with many participants belonging to several of these organizations simultaneously. More than half of the respondents served in cities with over 500,000 inhabitants (50.9%); the second largest group were people working in villages (21.8%) and small towns with up to 50,000 inhabitants (12.7%). The average length of service for the respondents was 12 years. The demographic data of the surveyed rescuers are presented in Figure 1.

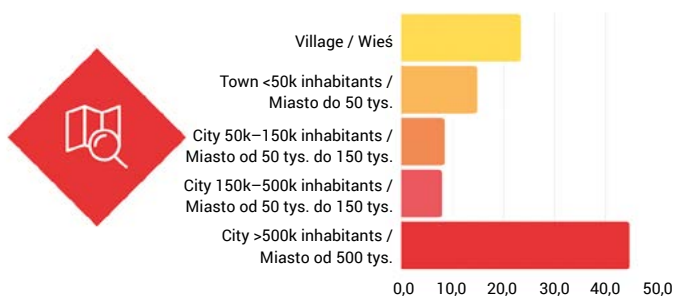
w odpowiedniej kolejności oraz tego, czy w działaniach ratowniczych można wyróżnić pewne stałe czynności wykonywane przez ratowników standardowo, niezależnie od rodzaju zdarzenia. Ankietowani proszeni byli także o ocenę wpływu wcześniejszego podziału zadań na usprawnienie działań ratowniczych, znaczenia szybkiego przygotowania sprzętu oraz subiektywnego poziomu pewności ratowników w wykonywaniu czynności KPP. Dodatkowo w badaniu zebrano opinie na temat obserwowanej roli lidera w zespole oraz kompetencji strażaków do pełnienia tej roli. Uczestnicy mieli także możliwość zgłoszenia sugestii dotyczących poprawy nauki KPP i organizacji działań ratowniczych.

Badania zostały przeprowadzone na przełomie marca i kwietnia 2025 roku. Wzięło w nich udział 55 ankietowanych, pełniących służbę w Państwowej oraz Ochotniczej Straży Pożarnej (zarówno w jednostkach włączonych do KSRG, jak i spoza systemu). Dobór respondentów do badania przeprowadzono metodą kuli śnieżnej, za pomocą mediów społecznościowych, co pozwoliło na dotarcie do osób aktywnie uczestniczących w działaniach ratowniczych i posiadających aktualne uprawnienia do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy. Największą grupę stanowili strażacy PSP (78,2%), a także członkowie OSP w KSRG (29,1%), OSP poza KSRG (21,8%) oraz ratownicy PRM (12,7%), przy czym w wielu przypadkach uczestnicy przynależeli jednocześnie do kilku z tych organizacji. Respondenci w ponad połowie przypadków pełnili swoją służbę w miastach liczących powyżej 500 tysięcy mieszkańców (50,9%), drugą grupą były osoby pracujące we wsiach (21,8%) oraz małych miastach do 50 tysięcy mieszkańców (12,7%). Średni staż służby respondentów to 12 lat. Dane metryczkowe badanych ratowników przedstawiono na rycinie 1.

Affiliation / Rodzaj formacji



Place of service / Miejsce pełnienia służby



Length of service / Staż służby

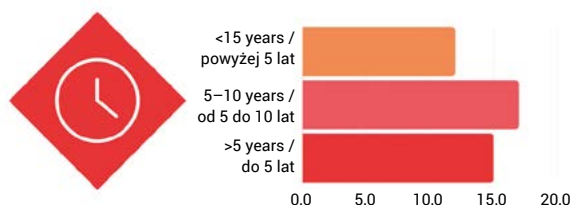


Figure 1. Demographic data of the surveyed KPP rescuers
Rycina 1. Dane metryczkowe badanych ratowników KPP

Source: Own elaboration.

Źródło: Opracowanie własne.

Presentation of test results

One of the first questions concerned the content of the KPP medical procedures and PSP scripts. Respondents were asked to answer whether they were sufficient to know precisely the order in which rescue actions should be performed and wounds dressed during rescue operations. The vast majority of respondents answered in the affirmative (72.7%), while 23.6% disagreed, suggesting that the theoretical knowledge was not sufficient for them to provide assistance.

The next question concerned agreeing with the statement that when assisting casualties according to KPP procedures, certain actions can be distinguished that rescuers perform every time, regardless of the incident mechanism. In this case, as many as 90.9% of respondents agreed with this statement, which confirms that even in such a dynamic field as saving health and life, certain routine actions can be identified.

In the study, it was also assessed whether organizational fire protection units, as part of their training and medical scenarios, consider not only specific procedures but also organization of team work and the division of tasks among the rescuers. 60% of the respondents answered this question affirmatively, while 32.7% disagreed, indicating that this topic is not addressed in training.

In the next part of the study, the focus was placed on assessing the influence of the organization of work in a rescue team on the effectiveness of KPP actions. Respondents answered questions by assigning values on a scale from 1 to 5, where a value of 1 indicated a low level of the trait being studied, and a value of 5 indicated a very high level.

The respondents were asked to what extent a clear division of tasks among the rescuers (made even before arriving at the scene) could improve the organization of the KPP actions. Almost half, 47.3%, rated that it would have a very positive impact (rating 5), while another 41.8% assigned this impact a rating of 4. Therefore, it can be concluded that for 89.2% of respondents, a clear division of responsibilities in the team has positive consequences for rescue operations.

A similar question concerned the prior preparation of a standard equipment field by the rescuer responsible for the medical bag, while the KPP team leader performs the ABC assessment and trauma examination. In this case, 43.6% of respondents indicated a rating of 5 (very high), and another 43.6% a rating of 4 (high). Thus, similar to the previous question, the vast majority of respondents (87.2%) indicate that such an action can improve the provision of assistance.

The final aspect of the study was the assessment of the level of confidence and ease with which firefighters perform KPP actions within their own fire protection units. Only 12.7% assigned their teams the highest level of confidence (rating 5 – very high), and 21.8% rated it as high (rating 4). This same value applied to a low level of confidence (rating 2), while 7.3% indicated a very low level of confidence among their teams (rating 1). The largest group of respondents, 36.4%, gave them an average level of confidence (rating 3). Assuming that rescue teams should possess high competencies, it can be concluded that only one in three respondents

Prezentacja wyników badań

Jedno z pierwszych pytań dotyczyło treści zawartych w procedurach medycznych KPP i skryptach PSP. Należało odpowiedzieć, czy są one wystarczające, aby podczas akcji ratowniczych dokładnie wiedzieć, w jakiej kolejności należy wykonywać czynności ratownicze i opatrywać rany. Na to pytanie zdecydowana większość respondentów odpowiedziała twierdząco (72,7%), zaś 23,6% zaprzeczyło, sugerując, że wiedza zawarta w teorii nie jest dla nich wystarczająca do udzielania pomocy.

Kolejne pytanie dotyczyło ustosunkowania się do stwierdzenia, że udzielając pomocy poszkodowanym zgodnie z procedurami KPP, można wyróżnić pewne działania, które ratownicy wykonują za każdym razem, niezależnie od mechanizmu zdarzenia. W tym przypadku aż 90,9% respondentów zgodziło się z tym stanowiskiem, co potwierdza, że nawet w tak dynamicznej dziedzinie, jaką jest ratowanie zdrowia i życia można wyróżnić pewne rutynowe czynności.

W badaniu oceniano również, czy w jednostkach organizacyjnych ochrony przeciwpożarowej w ramach szkoleń i scenariuszy medycznych uwzględnia się nie tylko konkretne procedury, ale także organizację pracy zespołu i podział zadań pomiędzy ratownikami. Na to pytanie twierdząco odpowiedziało 60% badanych, zaś 32,7% zaprzeczyło – wskazując, że temat ten nie jest poruszany na szkoleniach.

W kolejnej części badania skupiono się na ocenie wpływu organizacji pracy w zespole ratowniczym na skuteczność działań KPP. Respondenci odpowiadali na pytania, przyporządkowując wartości w skali od 1 do 5, przy czym wartość 1 oznaczała niski poziom badanej cechy, zaś wartość 5 – bardzo wysoki.

Zapytano badanych, w jakim stopniu wyraźny podział zadań między ratownikami (dokonany jeszcze przed dojazdem do miejsca zdarzenia) mógłby usprawnić organizację działań KPP. Prawie połowa, bo aż 47,3% oceniło, że miałoby to bardzo pozytywny wpływ (ocena 5), zaś kolejne 41,8% przypisało temu wpływowi ocenę 4. Można zatem wnioskować, że dla 89,2% ankietowanych wyraźny podział obowiązków w zespole niesie za sobą pozytywne konsekwencje dla działań ratowniczych.

Podobne pytanie dotyczyło wcześniejszego przygotowania standardowego pola sprzętowego przez ratownika zajmującego się torbą medyczną w czasie, gdy lider zespołu KPP prowadzi badanie ABC oraz badanie urazowe. W tym przypadku 43,6% respondentów wskazało ocenę 5 (bardzo wysoko), a kolejne 43,6% ocenę 4 (wysoko). Zatem podobnie jak w poprzednim pytaniu, zdecydowana większość respondentów (87,2%) wskazuje, że takie działanie może usprawnić udzielanie pomocy.

Ostatnim aspektem badania była ocena poziomu pewności i swobody strażaków w wykonywaniu działań KPP we własnych jednostkach ochrony przeciwpożarowej. Jedynie 12,7% przypisało swoim zespołom najwyższy poziom pewności (ocena 5 – bardzo wysoki), a jako wysoki (ocena 4) 21,8%. Ta sama wartość dotyczyła niskiego poziomu pewności (ocena 2), zaś 7,3% wskazało na bardzo niski poziom pewności wśród swoich zespołów (ocena 1). Najwięcej badanych – 36,4% przyznało im średni poziom pewności (ocena 3). Zakładając, że zespoły ratownicze powinny posiadać wysokie kompetencje, można wywnioskować, że jedynie co trzeci

(34.5% combined) positively assesses their teams' confidence in KPP (ratings 5 and 4), while almost two-thirds of them indicate uncertainty in this area (65.5% combined, ratings: 3, 2, 1).

The competence of firefighters to serve as a medical action leader (leader) when providing qualified first aid as a team was also assessed. Nearly half of the respondents evaluated their skills positively (25.5% – rating 5 and 30.9% – rating 4, respectively). The largest number of respondents, 32.7%, rated their competence at an average level (rating 3), while a low (rating 2) and very low (rating 1) level combined accounted for 10.9%. As with the previous question, assuming that rescue teams should possess high competencies, it can be concluded that only half of the respondents rated their 'leadership' competencies positively.

One of the most important questions in the survey concerned the observation of how medical assistance is provided during operations or medical simulations. Respondents were asked how often they observed a phenomenon where one rescuer provides assistance (leader), while the others mainly wait and react to their commands. 9.1% of respondents admitted that they observe this phenomenon very often, 38.2% that it is noticeable often, and 41.8% that they observe such a pattern of action sometimes. Only 9.1% of the study participants indicated that they had never observed such a situation (see Figure 2).

badany (łącznie 34,5%) ocenia pewność w KPP swoich zespołów pozytywnie (oceny 5 i 4), zaś prawie dwie trzecie z nich wskazują na niepewność w tym temacie (łącznie 65,5%, oceny: 3, 2, 1).

Oceniano również, w jakim stopniu strażacy czują się kompetentni do pełnienia funkcji przodownika działań medycznych (lidera) podczas udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy jako zespół. Blisko połowa badanych oceniła swoje umiejętności pozytywnie (kolejno 25,5% – ocena 5 i 30,9% – ocena 4). Najwięcej respondentów – 32,7%, oceniło swoje kompetencje na poziomie średnim (ocena 3), zaś na niskim (ocena 2) i bardzo niskim (ocena 1) łącznie 10,9%. Tak jak przy poprzednim pytaniu: wychodząc z założenia, że zespoły ratownicze powinny posiadać wysokie kompetencje, można wywnioskować, że jedynie połowa badanych oceniła swoje kompetencje „liderskie” pozytywnie.

Jedno z najważniejszych pytań ankiety dotyczyło obserwacji sposobu udzielania pomocy medycznej podczas działań lub symulacji medycznych. Zapytano respondentów, jak często podczas udzielania pomocy medycznej obserwowano zjawisko, w którym jeden ratownik udziela pomocy, a pozostali głównie oczekują i reagują na jego polecenia. 9,1% badanych przyznało, że obserwuje takie zjawisko bardzo często, 38,2%, że jest to zauważalne często, a 41,8%, że taki schemat działania obserwuje czasami. Tylko 9,1% uczestników badania wskazało, że nigdy dotąd nie zaobserwowało takiej sytuacji (zob. ryc. 2).

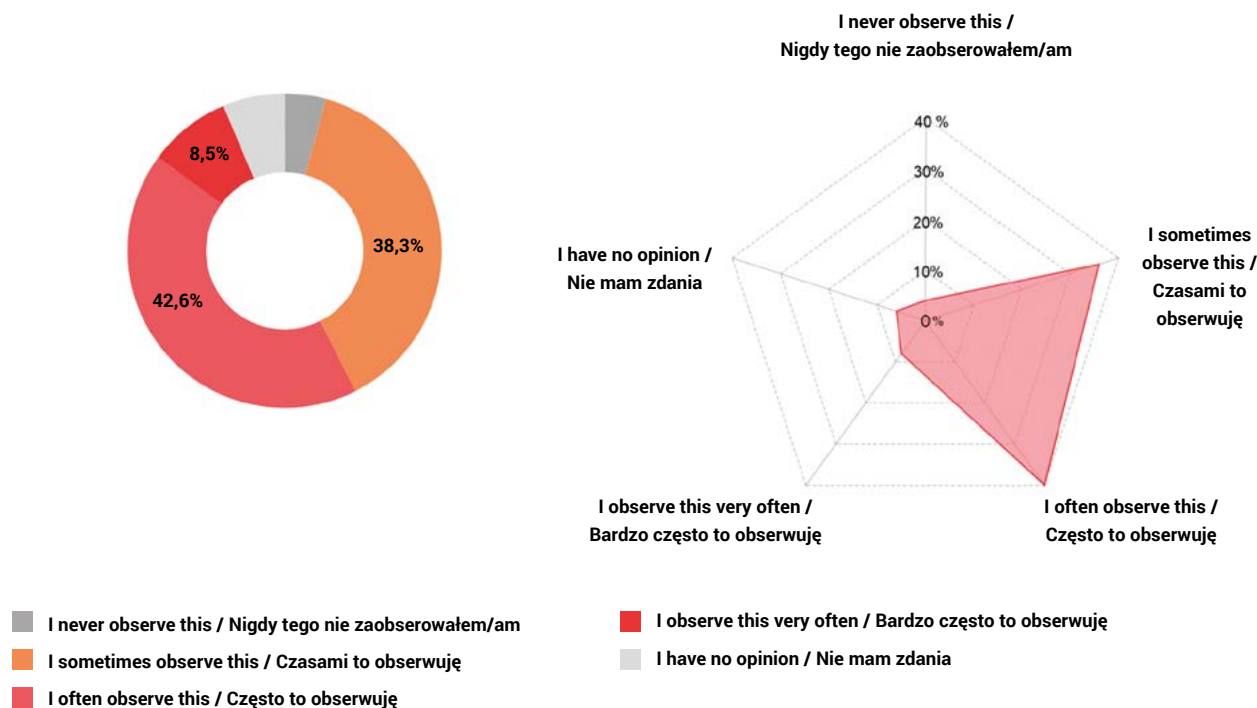


Figure 2. Respondents' answers to the question: while providing medical assistance during operations or simulations, have you observed that one rescuer provides assistance ('leader'), while the others mainly wait and react to their commands?

Rycina 2. Odpowiedzi respondentów na pytanie: czy podczas udzielania pomocy medycznej podczas działań lub symulacji zaobserwował/a Pan/i, że jeden ratownik udziela pomocy („lider”), a pozostali głównie oczekują i reagują na jego polecenia?

Source: Own elaboration.

Źródło: Opracowanie własne.

Therefore, it can be concluded that 89.1% of the respondents encounter this phenomenon. This means that in these cases, the 'leader' must bear the entire burden of KPP actions, thinking and being responsible not only for their own actions but also for the other crew members who do not show much initiative. This phenomenon has negative consequences and causes one person with higher competencies to be excessively burdened within the team, while the other rescuers do not get involved enough to relieve them of the burden of tasks and help them. This also affects the learning process, lowering the motivation of other rescuers to learn and develop their skills in KPP, because someone else will always take on the role of the leader.

The last question was open-ended and concerned indicating areas for improvement in qualified first aid training. The issue most frequently raised by the respondents was the need to increase the number of practical KPP exercises that would best replicate real-life rescue conditions. They pointed to the necessity of using more realistic phantoms and trauma simulations, as well as showing videos demonstrating the correct execution of a given medical procedure or protocol.

Many participants also believed that the current KPP courses are focused mainly on theoretical learning, i.e. procedures, rather than on a practical, real-world approach to a casualty during operations. The topics of a lack of proper supervision over the quality of training, insufficient involvement of provincial coordinators, lack of uniform standards for improvement in the units, and an insufficient amount of medical equipment (e.g. dressings) that could be freely used during KPP exercises were also raised.

Respondents also emphasized the need for a division of roles within the rescue team. They suggested introducing standard operational scenarios where each rescuer has a specific function. A postulate was also put forward that KPP training should teach not only the techniques themselves, but also effective communication and coordination within the team.

Limitations

The research results presented above were obtained from a relatively small group of respondents, which limits the ability to generalize the conclusions to the entire population of firefighter-rescuers. Studies covering a much larger research group would allow for a more accurate assessment of the rescuers' state of preparation for KPP actions and the effectiveness of the current methods of operation and training. The collected data are also based solely on the self-assessment of the rescuers expressed in surveys – and not on objective evaluations of their actions.

Nevertheless, the results presented above confirm the existence of the mentioned phenomena, as well as indicating directions for the development of firefighter services that will allow them to be mitigated.

Można więc wywnioskować, że 89,1% badanych spotyka się z takim zjawiskiem. Oznacza to, że w tych przypadkach lider musi przyjąć na siebie cały ciężar działań KPP, myśleć i odpowiadać nie tylko za swoje działania, ale i za pozostałych członków załogi, którzy nie wykazują dużej inicjatywy. Zjawisko to ma negatywne konsekwencje i powoduje, że w zespole nadmiernie obciąża się jedną osobą o wyższych kompetencjach, podczas gdy pozostali ratownicy nie angażują się wystarczająco, by zdjąć z niej ciężar zadań i jej pomóc. Przekłada się to również na proces nauki, obniżając motywację pozostałych ratowników do uczenia się i rozwijania swoich umiejętności w zakresie KPP, bo zawsze rolę lidera będzie obejmował ktoś inny.

Ostatnie pytanie miało charakter otwarty i dotyczyło wskazania obszarów wymagających poprawy w szkoleniach z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy. Najczęściej podnoszoną przez respondentów kwestią była potrzeba zwiększenia liczby praktycznych ćwiczeń KPP, które jak najlepiej odwzorowałyby realne warunki działań ratowniczych. Wskazywano przy tym na konieczność wykorzystania bardziej realistycznych fantomów oraz symulacji urazów, ale także prezentowania filmów przedstawiających prawidłowe wykonanie danego postępowania czy procedury medycznej.

Wielu uczestników uważało również, że obecne kursy KPP są nastawione głównie na naukę teorii, czyli procedur, a nie praktycznego, rzeczywistego podejścia do poszkodowanego w trakcie działań. Podniesiono także temat braku odpowiedniego nadzoru nad jakością szkoleń, niedostatecznego zaangażowania koordynatorów wojewódzkich, braku jednolitych standardów doskonalenia w jednostkach, a także niedostatecznej ilości sprzętu medycznego (np. opatrunków), które można swobodnie zużyć podczas ćwiczeń KPP.

Respondenci podkreślili także konieczność podziału ról w zespole ratowniczym. Sugerowano wprowadzenie standardowych scenariuszy działania, w których każdy ratownik ma określoną funkcję. Wysunięto również postulat, by szkolenia KPP uczyły nie tylko samych technik, ale również skutecznej komunikacji i koordynacji w zespole.

Ograniczenia

Przedstawione wyżej wyniki badań zostały uzyskane na stosunkowo małej grupie respondentów, co ogranicza możliwość uogólnienia wniosków na całą populację strażaków-ratowników. Badania obejmujące znacznie większą grupę badawczą pozwoliłyby na dokładniejszą ocenę stanu przygotowania ratowników do działań KPP oraz skuteczności stosowanych obecnie metod działania i szkolenia. Zebrane dane opierają się również wyłącznie na samoocenie ratowników wyrażonej w ankietach – nie zaś na obiektywnych ocenach ich działań.

Niemniej przedstawione powyżej wyniki potwierdzają istnienie wymienionych zjawisk, a także wskazać kierunki rozwoju dla formacji strażackich, które pozwolą je zniwelować.

Analysis of test results

According to the author of the paper, the discussed topic is extremely important and deserves attention. KPP in the fire service is not a new issue. Its history is over 30 years old, yet many firefighters still do not feel confident in providing it. The most significant results seem to be those indicating a relatively low level of confidence among the rescuers in providing medical assistance and their competence in the role of a KPP team leader. These values explain the phenomenon of concentrating all actions around one rescuer and limiting the initiative of others to a minimal level. Uncertainty in KPP actions reduces the engagement of firefighters and limits their activity to avoid making a mistake. At the same time, this attitude puts a great burden on the team leader, meaning that many necessary actions must be preceded by their command. This phenomenon has features of an authoritarian leadership style within the team, and it limits communication and cooperation.

Some of the answers to the survey questions, in turn, suggest a way to solve this problem. The vast majority of the respondents supported the statement that during KPP actions, a number of repeatable, even routine tasks can be distinguished that are always performed – regardless of the type of incident (e.g., checking the casualty's consciousness and breathing, preparing dressings and equipment from the medical bag). At the same time, a high percentage of respondents indicated that the prior division of tasks within the team and the prior preparation of the equipment field by one of the rescuers are actions that positively affect the efficiency of providing assistance. This first suggestion also appeared in the open-ended question regarding the improvement of the quality of medical training. It was deemed that they should include not only the techniques themselves, but also the organization of team work and the division of tasks among them. One in three respondents in the study pointed to a lack of such content in the training.

It can be concluded from this that a clear division and assignment of duties even before a rescue operation, the designation of roles within the team (leader, person handling medical equipment, and assistant), and even writing down these rules, would improve team cooperation. Such a division would likely reduce the uncertainty of the rescuers' actions and the pressure on the leader – distributing the burden of decisions and actions from one person to the entire team.

Recommendations – concept for organizing activities within the KPP team

As a response to the problems presented above, the author introduces his concept for organizing actions, assigning roles, and dividing tasks among the KPP rescuers. It is not intended to replace the learning of medical techniques and procedures, but rather to supplement them, with the aim of improving the organization of medical activities at the scene of an incident. The proposed solution is based on the assumption, confirmed by the study, that during the provision of qualified first aid, there are actions performed routinely that do not require the leader to

Analiza wyników badań

Omawiany temat, zdaniem autora pracy, jest niezwykle istotny i zasługuje na uwagę. KPP w straży pożarnej nie jest zagadnieniem nowym, jej historia ma już ponad 30 lat, a jednak wciąż wielu strażaków nie czuje się pewnie w jej udzielaniu. Najbardziej istotne wydają się wyniki wskazujące na stosunkowo niski poziom pewności ratowników w udzielaniu pomocy medycznej oraz kompetencji w roli lidera zespołu KPP. Wartości te wyjaśniają zjawisko koncentrowania całych działań wokół jednego ratownika oraz ograniczenia inicjatywy pozostałych do minimalnego poziomu. Niepewność w działaniach KPP zmniejsza zaangażowanie strażaków i ogranicza ich aktywność, aby nie popełnić błędu. Jednocześnie taka postawa bardzo obciąża lidera zespołu, powodując, że do wielu niezbędnych czynności musi zostać wypowiedziane jego polecenie. Zjawisko to posiada cechy autorytarnego stylu przywództwa w zespole, ogranicza komunikację i współpracę.

Niektóre odpowiedzi na pytania z ankiety sugerują z kolei sposób rozwiązania tego problemu. Zdecydowana większość respondentów poparła twierdzenie, że podczas działań KPP można wyróżnić część powtarzalnych, wręcz rutynowych zadań, które realizuje się zawsze – niezależnie od rodzaju zdarzenia (np. sprawdzenie przytomności i oddechu poszkodowanego, przygotowanie opatrunków i sprzętu z torby medycznej). Jednocześnie wysoki odsetek respondentów wskazał, że wcześniejszy podział zadań w zespole oraz uprzednie przygotowanie pola sprzętowego przez jednego z ratowników to czynności, które pozytywnie wpływają na sprawność udzielania pomocy. Ta pierwsza sugestia pojawiła się również w pytaniu otwartym dotyczącym poprawy jakości szkoleń medycznych. Uznano, że powinny one obejmować nie tylko same techniki, ale również organizację pracy zespołu i podział zadań między nimi. Co trzeci respondent w badaniu wskazał na brak takich treści w szkoleniu.

Można z tego wnioskować, że wyraźny podział i ustalenie obowiązków jeszcze przed akcją ratunkową, wyznaczenie ról w zespole (lidera, osoby zajmującej się sprzętem medycznym i pomocnika), a nawet spisanie tych zasad, pozwoliłoby poprawić współpracę w zespole. Taki podział prawdopodobnie zmniejszyłby niepewność działań ratowników oraz presję na liderze – rozkładając ciężar decyzji i działań z jednej osoby na cały zespół.

Rekomendacje – koncepcja organizacji działań w zespole KPP

Jako odpowiedź na przedstawione powyżej problemy autor przedstawia swoją koncepcję organizacji działań, wyznaczania ról i podziału zadań między ratownikami KPP. Nie ma ona na celu zastąpienia nauki technik i procedur medycznych, lecz stanowi ich uzupełnienie, mające usprawnić organizację działań medycznych na miejscu zdarzenia. W zaproponowanym rozwiązaniu przyjęto potwierdzone badaniem założenie, że podczas udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy istnieją czynności wykonywane rutynowo, które nie wymagają każdorazowego wydawania poleceń

issue commands every time. Therefore, every rescuer who knows their role in the team knows from the beginning which area of KPP actions they are responsible for and what tasks they must perform. The medical actions of the team are still directed by a designated rescuer (leader), but the other members carry out their assigned basic tasks automatically, without the need to receive detailed instructions from the leader, who, 'with divided tasks in the team, can focus on a precise assessment of the casualty's parameters and making the right decisions' [14]. This approach promotes better cooperation, shortens the time required for actions, and increases their efficiency. The division of roles does not release the rescuers from the obligation to take actions appropriate to the situations found at the scene, such as a massive haemorrhage or cardiac arrest. The proposed system is intended to streamline the organization of the crucial first minutes of a rescue operation, during which assistants also carry out all additional commands from the rescuer who is the team leader. Rescuers, when taking on specific rescue roles and then swapping tasks (e.g. exchanging during cardiopulmonary resuscitation), should also adopt new, appropriate rescue roles. Although the terminology used in the presented concept differs from that contained in the 'Medical Rescue in the KSRG' script issued by the PSP Headquarters (e.g. medical team commander, medical team commander's assistant, and third rescuer), the presented division of tasks remains in full compliance with it. It should be emphasized that, in accordance with the KSRG regulations [15, § 22.2], it is the rescue operation commander who directs the actions of the forces and means of the KSRG entities, as well as other entities participating in the rescue operation. The presented concept of role division concerns a sub-section of the entire rescue operation and is an aid for rescuers in organizing KPP, but it does not relieve the KDR from issuing orders or supervising these divisions. An exception is the designation by the KDR of a coordinator of medical rescue actions, i.e. a person with the professional title of a doctor, nurse, or medical rescuer authorized to perform health services, who, on their behalf, coordinates and carries out medical rescue actions with KSRG rescuers until the arrival of the first State Medical Rescue unit [16, p. 4, item 2.2].

The proposed concept for standardizing the actions of rescuers in a KPP team takes into account three rescue roles: foreman (rescuer I, leader), lead rescuer (rescuer II, assistant), and bag rescuer. The proposed division of tasks among these rescuers is described below. It is presented in graphic form in Figure 3.

przez lidera. Dlatego każdy ratownik, który zna swoją rolę z zespołem, od początku wie, za jaki obszar działań KPP odpowiada oraz jakie czynności musi wykonać. Działaniami medycznymi zespołu nadal kieruje wyznaczony ratownik (lider), jednak pozostali członkowie realizują przypisane im podstawowe zadania automatycznie, bez konieczności otrzymywania szczegółowych instrukcji od lidera, który „mając podzielone zadania w zespole, może skupić się na precyzyjnej ocenie parametrów poszkodowanego oraz podjęciu właściwych decyzji” [14]. Takie podejście sprzyja lepszej współpracy, skraca czas wykonywania działań i zwiększa ich sprawność. Podział ról nie zwalnia ratowników z obowiązku podejmowania działań adekwatnych do sytuacji zastanych na miejscu zdarzenia, takich jak masywny krwotok czy zatrzymanie krążenia. Zaproponowany system ma usprawnić organizację kluczowych pierwszych minut akcji ratunkowej, kiedy pomocnicy realizują przy tym również wszystkie dodatkowe polecenia ratownika, który jest liderem zespołu. Ratownicy, wcielając się w poszczególne role ratownicze, jeśli zamieniają się zadaniami (np. wymieniają się podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej), powinni również wejść w nowe, adekwatne role ratownicze. Choć użyte w prezentowanej koncepcji nazewnictwo różni się od terminologii zawartej w skrypcie „Ratownictwo medyczne w KSRG” wydanym przez Komendę Główną PSP (np. dowódca rotacji medycznej, pomocnik dowódcy rotacji medycznej i ratownik trzeci), to przedstawiony podział zadań pozostaje z nim w pełnej zgodności. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z przepisami o KSRG [15, § 22.2] to kierujący działaniem ratowniczym kieruje działaniami sił i środków podmiotów KSRG i innych podmiotów uczestniczących w działaniu ratowniczym. Prezentowana koncepcja podziału ról dotyczy wycinka całych działań ratowniczych i stanowi pomoc dla ratowników w organizacji KPP, ale nie zwalnia KDR z wydawania rozkazów ani prowadzenia nadzoru nad tymi działaniami. Wyjątkiem jest wyznaczenie przez KDR koordynatora medycznych działań ratowniczych, czyli osoby posiadającej tytuł zawodowy lekarza, pielęgniarki lub ratownika medycznego, uprawnionej do wykonywania świadczeń zdrowotnych, która w jego imieniu koordynuje i realizuje wraz z ratownikami KSRG medyczne działania ratownicze do czasu przybycia pierwszej jednostki Państwowego Ratownictwa Medycznego [16, s. 4, pkt 2.2].

Proponowana koncepcja standaryzacji działań ratowników w zespole KPP uwzględnia trzy role ratownicze: przodownik (ratownik I, lider), czołowy (ratownik II, pomocnik), ratownik torbowy. Poniżej opisano proponowany podział działań pomiędzy tych ratowników. W formie graficznej zaprezentowano go na rycinie 3.

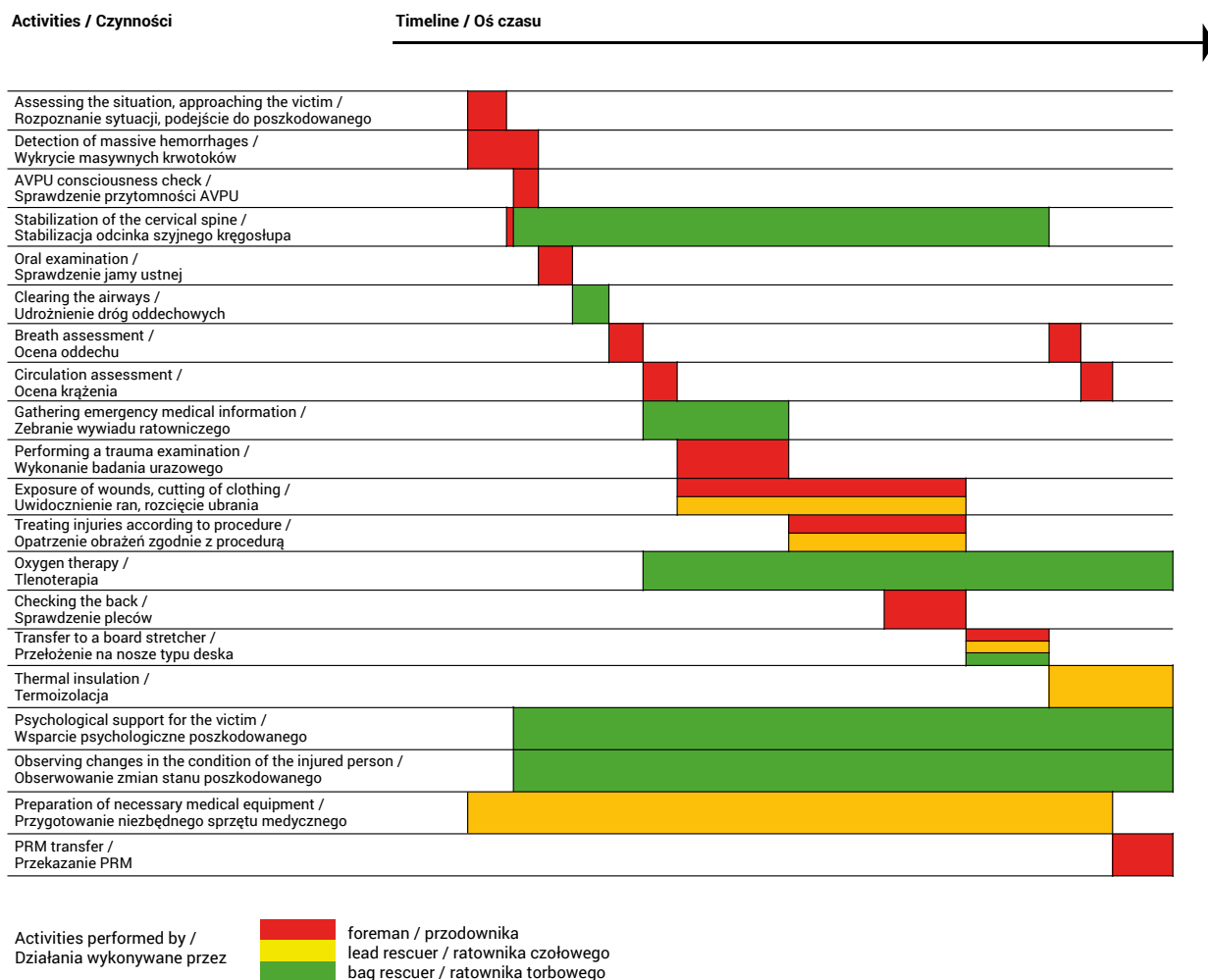


Figure 3. Gantt chart showing routine tasks performed by individual rescuers during KPP in a sample medical scenario

Rycina 3. Diagram Gantta przedstawiający rutynowe zadania wykonywane przez poszczególnych ratowników podczas udzielania KPP w przykładowym założeniu medycznym

Source: Own elaboration.

Źródło: Opracowanie własne.

Foreman (rescuer I, leader) – this is, by design, the most experienced firefighter, best prepared to provide qualified first aid, or a firefighter with medical rescuer qualifications. They lead the rescue team and assess the situation. They decide on how to deploy rescuers, identify potential threats to rescuers, assess the general condition of the casualty. They also analyse the mechanism of the incident, and determine the need for additional forces and means (e.g. equipment to evacuate the casualty from a vehicle), while also informing the rescue operation commander of everything.

In typical operations, the foreman is the first to make contact with the casualty – approaching them from the foot end, assessing consciousness according to the AVPU scale, and stabilizing the head until it is taken over by the lead rescuer. They then perform the ABC assessment: they check for airway patency, and after the airway has been cleared by the lead rescuer, they assess breathing and circulation for 10 seconds. In special situations, such as when a massive haemorrhage is observed, the

Przodownik (ratownik I, lider) – z założenia to najbardziej doświadczony strażak, najlepiej przygotowany do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy lub strażak o kwalifikacjach ratownika medycznego. Kieruje on zespołem ratowniczym i dokonuje oceny sytuacji. To on decyduje o sposobie wprowadzenia ratowników do działań, identyfikuje potencjalne zagrożenia dla ratowników, ocenia ogólny stan poszkodowanego, analizuje mechanizm zdarzenia oraz określa zapotrzebowanie na dodatkowe siły i środki (np. sprzęt do ewakuacji poszkodowanego z pojazdu), dodatkowo informując o wszystkim kierującego działaniem ratowniczym.

W typowych działaniach przodownik jako pierwszy nawiązuje kontakt z poszkodowanym – podchodzi do niego od strony nóg, ocenia przytomność według skali AVPU oraz stabilizuje głowę poszkodowanego do czasu jej przejęcia przez ratownika czołowego. Następnie wykonuje ocenę ABC: sprawdza drożność dróg oddechowych, a po ich udrożnieniu przez ratownika II czołowego – przez 10 sekund ocenia oddech oraz stan krążenia. W sytuacjach szczególnych, np. w przypadku zaobserwowania masywnego

foreman immediately proceeds to control the bleeding: they apply direct pressure, apply a pressure dressing or a tactical tourniquet, according to the CABC procedure.

After checking vital functions, the foreman performs a full trauma assessment – consistently to the end, even if less severe injuries are detected along the way (with the exception of severe haemorrhages that require immediate action). Any discovered injuries or areas suspected of bleeding are exposed by cutting clothing with rescue scissors. Throughout this time, the foreman actively communicates with the team and the casualty, reporting on the actions being performed and the results of the assessment, e.g. ‘checking head and neck, no injuries found,’ etc. After completing the trauma assessment, they proceed to dress the discovered wounds, using the support of the bag rescuer (rescuer III), who should have already prepared the medical equipment field in the meantime.

Lead Rescuer (rescuer II, assistant) – this is the rescuer who takes a position at the casualty’s head and is responsible for all actions related to the head area. First, they take over head stabilization from the foreman. They then perform non-instrumental airway opening – depending on the mechanism of injury: in case of a suspected cervical spine injury, by a jaw thrust, or in the absence of an injury, by a head-tilt, chin-lift. The lead rescuer’s duties include counting 10 seconds while the foreman assesses breathing, as well as stabilizing the cervical spine during any changes in the casualty’s position, at which point the lead rescuer takes responsibility for coordinating the casualty’s movement, issuing appropriate commands to the team. When possible and indicated, the lead rescuer is also responsible for instrumental airway opening: inserting an oropharyngeal airway (O-G), an I-GEL tube, or a laryngeal mask, especially in deeply unconscious casualties. This is a very important point, as in their studies, R. Gałązkowski, A. Pawlak, and K. Pszczołowski [16, p. 25] noted with concern that firefighters rarely use airway opening in practice, and they assessed the level of performance of this action as only satisfactory.

In the subsequent phase of operations, the lead rescuer is responsible for administering passive and active oxygen therapy, taking a medical history, and providing psychological support to the casualty. Additionally, they continuously monitor the patient’s condition, paying attention to their breathing, reactions, skin colour, and any changes. If necessary, they alert the team to sudden threats such as loss of breath, sudden cardiac arrest (SCA), vomiting, haemorrhages, or airway obstruction by bodily fluids, and in the latter case, they should also be prepared to use a mechanical suction device.

The bag rescuer performs a new, crucial function resulting from the introduction of the so-called equipment field, analogous to a place for organizing equipment during technical operations or a surgical instrument table for an operating team in a hospital. In the first phase of operations, the ‘bag’ rescuer prepares the equipment field by laying out medical equipment on a special sheet or thermal foil, provided the situation does not require the immediate use of a defibrillator or a tactical tourniquet. This makes all necessary tools immediately available for use, without the need to search through the medical bag during the operation.

krwotoku, przodownik natychmiast przystępuje do opanowania krwawienia: stosuje bezpośredni ucisk, zakłada opatrunek uciskowy lub stażę taktyczną, zgodnie ze schematem postępowania CABC.

Po kontroli czynności życiowych przodownik wykonuje pełne badanie urazowe – konsekwentnie do końca, nawet w przypadku wykrycia po drodze mniej groźnych urazów (z wyjątkiem silnych krwotoków, które wymagają natychmiastowego działania). Odkryte obrażenia oraz miejsca podejrzane o krwawienie – odsłania, rozcinając ubranie nożyczkami ratowniczymi. Przez cały ten czas przodownik aktywnie komunikuje się z zespołem i poszkodowanym, informując o wykonywanych czynnościach oraz o wynikach oceny, np. „sprawdzam głowę i szyję nie stwierdzam urazów” itp. Po zakończeniu badania urazowego przystępuje do opatrywania wykrytych ran, korzystając ze wsparcia ratownika III torbowego, który w tzw. międzyczasie powinien przygotować już medyczne pole sprzętowe.

Czołowy (ratownik II, pomocnik) to ratownik, który zajmuje pozycję przy głowie poszkodowanego i odpowiada za wszystkie czynności związane z obszarem głowy. W pierwszej kolejności przejmuje od przodownika jej stabilizację. Następnie wykonuje bezprzyrządowe udrożnienie dróg oddechowych – w zależności od mechanizmu urazu: przy podejrzeniu urazu kręgosłupa szyjnego – poprzez wysunięcie żuchwy, lub w przypadku braku urazu – przez odchylenie głowy do tyłu i uniesienie żuchwy. Do obowiązków ratownika czołowego należy odliczanie 10 sekund podczas oceny oddechu przez przodownika, a także stabilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa również przy wszelkich zmianach pozycji poszkodowanego, kiedy to ratownik czołowy przejmuje odpowiedzialność za koordynację przemieszczania poszkodowanego, wydając odpowiednie polecenia zespołowi. W miarę możliwości i wskazań, ratownik czołowy odpowiada również za przyrządowe udrożnienie dróg oddechowych: założenie rurki ustno-gardłowej (U-G), rurki I-GEL lub maski krtaniowej, zwłaszcza u poszkodowanych głęboko nieprzytomnych. Jest to bardzo istotny punkt, bo w swoich badaniach R. Gałązkowski, A. Pawlak, K. Pszczołowski [16, s. 25] z niepokojem zauważyli, że strażacy w praktyce rzadko stosują udrożnienie dróg oddechowych u poszkodowanych, a sam poziom wykonywania tej czynności ocenili jedynie jako dostateczny.

W dalszej fazie działań ratownik czołowy odpowiada za prowadzenie tlenoterapii biernej i czynnej, wywiadu medycznego, udzielania wsparcia psychicznego poszkodowanemu. Ponadto przez cały czas monitoruje on stan pacjenta, zwracając uwagę na jego oddech, reakcje, kolor skóry oraz wszelkie ich zmiany. W razie potrzeby alarmuje zespół o nagłych zagrożeniach, takich jak utrata oddechu, nagłe zatrzymanie krążenia (NZK), wymioty, krwotoki czy zalanie płynami ustrojowymi dróg oddechowych, a w tym ostatnim przypadku powinien być również przygotowany do użycia ssaka mechanicznego.

Ratownik torbowy pełni nową, istotną funkcję, wynikającą z wprowadzenia tzw. pola sprzętowego, analogicznego do miejsca organizacji sprzętu podczas działań technicznych lub stolika na narzędzia chirurgiczne zespołu operacyjnego w szpitalu. Torbowy w pierwszej fazie działań przygotowuje pole sprzętowe, rozkładając sprzęt medyczny na specjalnej płachcie lub folii

The equipment field should contain protective goggles and gloves, which – if not already distributed – are immediately made available to team members. A pulse oximeter is prepared for immediate use, allowing for quick monitoring of the casualty's condition, along with rescue scissors for the foreman to perform the trauma assessment. The basic standard equipment also includes kits for instrumental airway opening (the aforementioned I-GEL, O-G, or laryngeal masks), a full set of a self-inflating bag, a defibrillator, and a passive oxygen therapy kit. The bag rescuer should also take care to prepare a dressing kit, containing gauze, bandages, elastic nets, and hydrogels, appropriately selected for the needs of a specific case, as well as prepare a mechanical suction device and, if the situation requires it, immobilization splints, an orthopaedic collar, or other additional equipment.

The organization of the equipment field is the responsibility of the bag rescuer, who adjusts its layout to the spatial conditions, type of incident, available space, and weather conditions. It is important that the field is as close as possible to the lead rescuer, while maintaining a working space for the entire team. It is also very important to maintain order, for example, by collecting used packaging in one place outside the main work area. During the preparation of the equipment field, the bag rescuer should think several minutes ahead, considering what equipment might be needed soon and constantly reacting to the current needs of the foreman and lead rescuer. In a situation such as a sudden haemorrhage in the casualty, they should immediately provide the appropriate dressings according to the team's communications, and during free moments, continue preparing the equipment on the mat.

In the second phase of operations, after the full ABC procedure has been performed and the trauma assessment completed by the foreman, the bag rescuer finishes preparing the equipment field and actively joins in the further rescue actions. They assist with wound dressing, operate the prepared equipment, and also participate in performing subsequent rescue activities according to the current needs of the team.

The implementation of this model requires adaptation to the local conditions of the fire protection unit and the conduct of numerous practical exercises, thanks to which rescuers will be able to develop effective cooperation schemes. A very important element of such training is a high level of realism, which was also mentioned by respondents in the study. Therefore, during exercises, artificial wounds, fake blood should be used, training phantoms should be dressed in clothes for cutting, and entire medical training bags should be organized, equipped with (expired) dressing materials that can be used during the exercises. All of this is to bring the training conditions as close as possible to real-life incidents.

termicznej, o ile sytuacja nie wymaga natychmiastowego użycia defibrylatora lub stazy taktycznej. Dzięki temu wszystkie niezbędne narzędzia są od razu dostępne do użycia, bez konieczności przeszukiwania torby medycznej w trakcie prowadzenia akcji.

Na polu sprzętowym powinny znaleźć się okulary i rękawiczki ochronne, które – jeśli wcześniej nie zostały rozdane – są natychmiast udostępniane dla członków zespołu. Pulsoksymetr przygotowany jest do bezpośredniego użycia, co pozwala na szybkie monitorowanie stanu poszkodowanego, a nożyczki ratownicze dla przodownika do wykonywania badania urazowego. Wśród podstawowego standardowego wyposażenia znajdują się także zestawy do przyrządowego udrożnienia dróg oddechowych (wspomniany I-GEL, U-G lub maski krtaniowe), pełny zestaw worka samorozprężalnego, defibrylator oraz zestaw do tlenoterapii biernej. Torbowy powinien również zadbać o przygotowanie zestawu opatrunkowego, zawierającego gazy, bandaże, siatki elastyczne i hydrożele, odpowiednio dobrane do potrzeb konkretnego przypadku, a także przygotować ssak mechaniczny oraz, jeśli sytuacja tego wymaga, szyny unieruchamiające, kołnierz ortopedyczny lub inny dodatkowy sprzęt.

Organizacja pola sprzętowego leży w gestii ratownika torbowego, który dostosowuje jego układ do warunków przestrzennych, rodzaju zdarzenia, dostępnego miejsca oraz warunków atmosferycznych. Istotne jest, aby pole było możliwie najbliżej ratownika czołowego, przy jednoczesnym zachowaniu przestrzeni roboczej dla całego zespołu. Bardzo ważne jest również dbanie o porządek, m.in. poprzez zbieranie zużytych opakowań w jednym miejscu poza głównym obszarem pracy. W trakcie przygotowywania pola sprzętowego torbowy powinien myśleć kilka minut naprzód, zastanawiając się, jaki sprzęt może być potrzebny za chwilę oraz stale reagując na bieżące potrzeby przodownika i czołowego. W sytuacji np. gwałtownego krwotoku u poszkodowanego powinien niezwłocznie podać odpowiednie opatrunki zgodnie z komunikatami zespołu, a w chwilach wolnych kontynuować przygotowywanie sprzętu na macie.

W drugiej fazie działań, po wykonaniu pełnej procedury ABC i zakończeniu badania urazowego przez przodownika, ratownik torbowy kończy przygotowywanie pola sprzętowego i aktywnie włącza się w dalsze działania ratunkowe. Wspiera opatrywanie ran, obsługuje przygotowany sprzęt, a także uczestniczy w wykonywaniu kolejnych czynności ratowniczych według aktualnych potrzeb zespołu.

Wdrożenie tego modelu wymaga dostosowania do lokalnych uwarunkowań jednostki ochrony przeciwpożarowej oraz przeprowadzenia licznych ćwiczeń praktycznych, dzięki którym ratownicy będą mogli wypracować skuteczne schematy współpracy. Bardzo ważnym elementem takiego szkolenia jest wysoki poziom realizmu, co zostało również wymienione przez respondentów w badaniu. Dlatego podczas ćwiczeń należy stosować sztuczne rany, sztuczną krew, ubierać fantomy szkoleniowe w ubrania do cięcia oraz zorganizować całe torby medyczne – szkoleniowe, wyposażone w (przetknięte) materiały opatrunkowe, które można zużyć podczas ćwiczeń. Wszystko to, aby maksymalnie zbliżyć warunki szkoleniowe do rzeczywistych zdarzeń.

Conclusion

Many years ago, after arriving at the scene of an incident and before beginning rescue operations, a firefighting crew would gather at the fire truck to listen to detailed orders from their commander. Only after hearing the specific orders could they proceed with the actions according to the commands. Fortunately, those times are long gone, and firefighters, having developed and practiced procedures, undertake their first actions almost automatically immediately after arriving at the scene, but remain in communication and cooperation with their commander. Many tasks can be carried out routinely without the need to wait for a command to be issued each time. This approach not only increases the individual responsibility of each team member but also improves communication and the effectiveness of cooperation in the dynamic conditions of a rescue operation.

The essence of the conducted research was to confirm that a clear division of duties and the assignment of rescue roles in a KPP team is an element that is possible to be applied and will also significantly streamline operations. It will also help firefighters in the practical application of their knowledge. Therefore, this article opens the way for further research, the refinement of this concept, and KPP training, but above all, it is also a step towards creating a more cohesive, confident, and effective medical rescue system in the fire service.

Podsumowanie

Wiele lat temu załoga strażyacka po przyjeździe na miejsce zdarzenia, a przed rozpoczęciem działań ratowniczych, gromadziła się przy samochodzie pożarniczym, aby wysłuchać szczegółowych rozkazów swojego dowódcy. Dopiero po wysłuchaniu konkretnych rozkazów mogli przystąpić do działań zgodnie z poleceniami. Czasy te szczęśliwie odeszły w zapomnienie, a strażacy mając wypracowane i wyćwiczone procedury, podejmują swoje pierwsze działania niemal automatycznie zaraz po przyjeździe na miejsce, ale pozostając w komunikacji i współpracy ze swoim dowódcą. Wiele zadań może być realizowanych rutynowo bez konieczności oczekiwania na każdorazowe wydanie polecenia. Takie podejście nie tylko zwiększa indywidualną odpowiedzialność każdego członka zespołu, ale również poprawia komunikację i skuteczność współpracy w dynamicznych warunkach akcji ratowniczej.

Istotą przeprowadzonych badań było potwierdzenie, że wyraźny podział obowiązków i wyznaczenie ról ratowniczych w zespole KPP jest elementem, który jest możliwy do zastosowania, a także w znaczący sposób usprawni działania i pomoże strażakom w praktycznym zastosowaniu wiedzy. Niniejszy artykuł otwiera więc drogę do dalszych badań, doskonalenia tej koncepcji i szkoleń KPP, ale przede wszystkim jest też krokiem do stworzenia bardziej spójnego, pewnego i skutecznego systemu ratownictwa medycznego w straży pożarnej.

Literature / Literatura

- [1] Baumberg I., *U źródeł ratownictwa w PSP*, „Przegląd Pożarniczy” 2022, 10, <https://www.ppoz.pl/czytelnia/ratownictwo-i-ochrona-ludnosci/U-zrodel-ratownictwa-w-PSP/idn:2739> [dostęp: 02.04.2025].
- [2] Chomoncik M., Nitecki J., *KPP w KSRG*, „Przegląd Pożarniczy” 2022, 10, <https://www.ppoz.pl/czytelnia/ratownictwo-i-ochrona-ludnosci/Kpp-w-KSRG/idn:2618> [dostęp: 05.04.2025].
- [3] Tymiąński J., *Współdziałanie ratowników udzielających kwalifikowanej pierwszej pomocy z personelem medycznym w warunkach przedszpitalnych*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2022, 81, 89–106, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.8125>.
- [4] Gałązkowski R., Pawlak A., Pszczółowski K., *Rola jednostek Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego w funkcjonowaniu systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w rejonach wiejskich w Polsce*, BiTP Vol. 34 Issue 2, 2014, pp. 15–26, <https://doi.org/10.12845/bitp.34.2.2014.1>.
- [5] Kłosiewicz T., *Niski poziom wiedzy pracowników zespołów ratownictwa medycznego na temat medycznych działań ratowniczych wykonywanych przez strażaków-ratowników*, BiTP Vol. 43 Issue 3, 2016, pp. 265–274, <https://doi.org/10.12845/bitp.43.3.2016.24>.
- [6] *Zasady organizacji doskonalenia zawodowego w Państwowej Straży Pożarnej*, KG PSP, Warszawa 2024, <https://www.gov.pl/attachment/cfda74d7-0ed1-4ec3-8ecc-fc-7c624bd096> [dostęp: 15.04.2025].
- [7] Kotarbiński T., *Traktat o dobrej robocie*, Wrocław 1965.
- [8] Pedersen M.J.B., Gjerland A., Rund B.R., Ekeberg Ø., Skogstad L., *Emergency Preparedness and Role Clarity among Rescue Workers during the Terror Attacks in Norway July 22, 2011*, “PLOS ONE” 2016, 11, 6, 2016, e0156536, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156536>.
- [9] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 Nr 191, poz. 1410).
- [10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz.U. 2007 Nr 60, poz. 408).
- [11] *Ratownictwo medyczne w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym*, KG PSP, Warszawa 2023, <https://www.gov.pl/attachment/b6c345fb-a1d0-4cc3-a25f-595dc538f33b>, [dostęp: 27.04.2025].
- [12] Baza wiedzy PSP, <https://www.gov.pl/web/kgpsp/baza-wiedzy>, [dostęp: 27.04.2025].
- [13] Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji

z dnia 23 września 2021 r. w sprawie postępowania kwalifikacyjnego o przyjęcie do służby w Państwowej Straży Pożarnej (Dz.U. 2021 poz. 1772).

- [14] Wyrozębski M., *Update organizacji działań KPP*, „Przegląd Pożarniczy” 2022, 9, 22–24.
- [15] Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 17 września 2021 r. w sprawie szczegółowej

organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz.U. 2021 poz. 1737).

- [16] *Zasady organizacji ratownictwa medycznego w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym*, Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Załącznik nr 7, Warszawa 2021, <https://www.gov.pl/attachment/8825e0b4-10d8-4366-8484-78d1661b8599>, [dostęp: 01.08.2025].

MAREK WYROZĘBSKI, M. SC. – a graduate of the Faculty of Fire Safety Engineering at SGSP (2006–2010) and master’s studies at the Faculty of Management and Command at the War Studies University, which he completed with distinction in 2019. Until 2025, he served in JRG 3 of the capital city of Warsaw, for the last decade as a shift commander. Currently, he is the Operational Officer for the capital city of Warsaw, an external lecturer at the Fire Service Academy, and a student at the Doctoral School of the War Studies University. From the beginning of his career, he has been involved in didactic and training activities. A speaker at industry conferences. The author of several dozen publications in the fields of rescue and medical operations, training, and leadership. He combines practical experience with academic knowledge, focusing on developing the competencies of rescuers and team leaders.

MGR MAREK WYROZĘBSKI – absolwent Wydziału Inżynierii Bezpieczeństwa Pożarowego SGSP (2006–2010) oraz studiów magisterskich na Wydziale Zarządzania i Dowodzenia Akademii Sztuki Wojennej, które ukończył z wyróżnieniem w 2019 roku. Do 2025 roku pełnił służbę w JRG 3 m. st. Warszawy, przez ostatnią dekadę jako dowódca zmiany. Obecnie Oficer Operacyjny m. st. Warszawy, zewnętrzny wykładowca Akademii Pożarniczej i student Szkoły Doktorskiej Akademii Sztuki Wojennej. Od początku kariery zaangażowany w działalność dydaktyczną i szkoleniową. Prelegent konferencji branżowych. Autor kilkudziesięciu publikacji z zakresu działań ratowniczych, medycznych, szkoleń i przywództwa. Łączy doświadczenie praktyczne z wiedzą akademicką, koncentrując się na rozwijaniu kompetencji ratowników i liderów zespołów.