



Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii

KRS0000154520; NIP 5272097275; REGON: 001085458
KONTO BANKOWE: 54 1020 2892 0000 5302 0795 3724,
ul. Niedźwiedzia nr 29B, 02-737 Warszawa, Polska

www.anestezjologia.org.pl

Adres do korespondencji:

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJ CM,
ul. Kopernika 17, 31-501 Kraków,
tel. 12 424 77 97, email: ptaiit@gumed.edu.pl
Sekretariat: mgr Agnieszka Frączek-Gębczyk

ZARZĄD GŁÓWNY:

Prezes:

Prof. dr. hab. Janusz Andres

Prezes poprzedniej kadencji:

Prof. dr hab. Krzysztof Kusza

Prezes elekt:

Prof. dr hab. Radosław Owczuk

Sekretarz:

Dr hab. Szymon Białka

Skarbnik:

Dr hab. Alicja Bartkowska-Śniatkowska

Redaktor Naczelny Czasopisma

Anaesthesiology Intensive Therapy:

Prof. dr hab. Mirosław Czuczwar

Pozostali Członkowie Zarządu:

Dr hab. Paweł Andruszkiewicz

Dr hab. Lidia Łysenko

Dr med. Marcin Rawicz

Rzeczniczka Seniorów:

Prof. dr hab. Elżbieta Sokół-Kobielska

Kraków 14.06.2022 r.

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT)
z dnia 14. 06. 2022 roku w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia
zmieniającego rozporządzenie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i
świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą
być udzielane przez ratownika medycznego.

W przedmiotowej sprawie Prezes PTAiIT powołał Grupę Roboczą w składzie: prof. dr
hab. Mirosław Czuczwar, dr hab. Paweł Andruszkiewicz i dr hab. Szymon Białka.
Po zapoznaniu się z uwagami członków ww. Grupy Roboczej, Zarząd Główny PTAiIT stwierdza,
że proponowane zmiany mogą prowadzić do istotnego pogorszenia bezpieczeństwa pacjentów w
stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia.

1. Fakt coraz częstszego udziału w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego podstawowych zespołów wyjazdowych nie oznacza, że uzasadniona staje się konieczność wykonywania zabiegu intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających mięśnie szkieletowe. Autorzy obowiązujących obecnie Wytycznych Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji z 2021 r. w jednoznaczny sposób stwierdzają, że podczas zaawansowanych działań resuscytacyjnych udrożnienie dróg oddechowych

należy rozpocząć od technik podstawowych i w zależności od umiejętności osoby prowadzącej resuscytację, okoliczności i charakterystyki pacjenta stopniować interwencje do momentu uzyskania skutecznej wentylacji. Jeśli konieczne jest zaawansowane udrożnienie dróg oddechowych, intubacja dotchawicza powinna być wykonywana wyłącznie przez osoby, które posiadają wysoki odsetek powodzenia w wykonywaniu tej procedury. Eksperci pozostają zgodni, iż wysoki odsetek powodzenia intubacji wynosi powyżej 95% w dwóch kolejnych próbach. Należy także wyraźnie podkreślić fakt, że procedura intubacji tchawicy w trakcie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych jest z zasady wykonywana bez konieczności użycia środków zwiotczających.

W sytuacjach konieczności udrożnienia dróg oddechowych u pacjentów, u których nie doszło do nagłego zatrzymania krążenia, co oznacza, że w celu przeprowadzenia procedury intubacji musieliby otrzymać środki zwiotczające mięśnie szkieletowe, wytyczne zalecają, aby udrożnienie dróg oddechowych przez osoby nieposiadające wystarczającego wyszkolenia i doświadczenia, było wykonywane w oparciu o nadkrtaniowe urządzenia do udrażniania dróg oddechowych (maska krtaniowa, rurka krtaniowa, itp.).

Użyte w uzasadnieniu projektu stwierdzenie, że ratownicy medyczni w procesie kształcenia przed- i podyplomowego są przygotowywani do samodzielnego przeprowadzenia procedury intubacji tchawicy z użyciem środków zwiotczających mięśnie szkieletowe, nie jest oparte na żadnych racjonalnych przesłankach. Do chwili obecnej przedstawiciele ww. grupy zawodowej nie byli szkoleni w tym zakresie w warunkach klinicznych. Uzyskanie kompetencji w zakresie intubacji tchawicy u pacjenta w trakcie nagłego zatrzymania krążenia (np. w warunkach Centrum Symulacji), nie jest tożsame z umiejętnością instrumentalizacji dróg oddechowych u pacjenta, który wymaga podania środków zwiotczających. Tego typu kompetencje można nabyć i przede wszystkim utrzymywać tylko i wyłącznie w trakcie systematycznej pracy w ramach zespołu anestezyjologicznego w warunkach Bloku Operacyjnego lub Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAiIT). Jeżeli procedury anestezyjologiczne (np. intubacja tchawicy) czy podawanie leków anestezyjologicznych (np. rokuronium) miałyby mieć zastosowanie w opiece przedszpitalnej, to warunki ich stosowania muszą spełniać przyjęte w naszym kraju standardy bezpieczeństwa Bloku Operacyjnego czy OAiIT. Utrata własnej, choćby częściowo niewydolnej czynności oddechowej po podaniu środków zwiotczających i niemożności wentylacji instrumentalnej, wymaga natychmiastowej sprawnej intubacji, która w warunkach pozaszpitalnych, także w warunkach prowadzonej resuscytacji, może być skrajnie trudna nawet dla osób wyszkolonych w jej wykonywaniu.

W przedstawionym projekcie w punkcie 8a wśród medycznych czynności ratunkowych, które mogą być samodzielnie wykonane przez ratownika medycznego dodano możliwość intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających. W obecnej formie rozporządzenia czynności te mogły być wykonane przez ratownika wyłącznie na zlecenie lekarza (załącznik nr 2). Ponieważ nie określono wskazań, sposobu uzyskiwania i utrzymania kompetencji, jak i jej walidacji, wprowadzenie w życie tego przepisu może zagrozić życiu i zdrowiu pacjentów. Zgodnie z Wytycznymi zabezpieczania drożności dróg oddechowych, zawartymi między innymi w algorytmie ALS, intubację powinna przeprowadzać osoba, która odbyła odpowiednie przeszkolenie, jest kompetentna oraz utrzymuje tę umiejętność w wyniku ciągłej praktyki klinicznej.

2. Rozszerzenie katalogu leków dopuszczonych do samodzielnego podawania przez ratownika medycznego o leki stosowane w trakcie znieczulenia ogólnego, tj. etomidat, ketamina i rokuronium, jest niezasadne oraz stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Bezpieczne ich stosowanie wiąże się z koniecznością odbycia szkolenia w ramach pracy zespołu anestezyjologicznego. Do chwili obecnej program szkolenia ratowników medycznych nie obejmował stosowania ww. leków, ani żadnych innych o zbliżonym działaniu. Bezpieczne stosowanie etomidatu i ketaminy w warunkach klinicznych wymaga głębokiej znajomości ich wpływu na ośrodkowy układ nerwowy, układ oddechowy oraz krążenia. Nie bez znaczenia jest posiadanie wiedzy na temat ich działań niepożądanych oraz umiejętności prowadzenia postępowania w sytuacji wystąpienia powikłań po ich podaniu. Z kolei niewłaściwe podania rokuronium i brak wystarczających umiejętności w zakresie zaawansowanego udrażniania dróg oddechowych (w tym wykonanie zabiegu chirurgicznego udrożnienia dróg oddechowych) może doprowadzić do nieuniknionego, niezamierzonego zgonu pacjenta w sytuacji *can't intubate, can't ventilate* co oznacza brak możliwości wentylacji i brak możliwości intubacji pacjenta.
3. Rozszerzenie katalogu leków dopuszczonych do samodzielnego podawania przez ratownika medycznego o Dopaminum hydrochloricum, podobnie jak w przypadku możliwości stosowania ketaminy, etomidatu czy metoksyfluranu, potencjalnie stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Dopaminum hydrochloricum jest lekiem, który nie jest zalecany do rutynowego stosowania w trakcie leczenia ostrej niewydolności krążenia niezależnie od etiologii. Dodatkowo, jego bezpieczne stosowanie wymaga posiadania umiejętności w zakresie prowadzenia zaawansowanego monitorowania czynności życiowych, a także umiejętności postępowania w sytuacji wystąpienia działań niepożądanych. Do chwili obecnej program szkolenia ratowników medycznych nie obejmował stosowania ww. leku, ani żadnych innych o zbliżonym

działaniu, poza czynnościami bezpośrednio związanymi z prowadzeniem zaawansowanych czynności resuscytacyjnych (ALS) u pacjentów z zatrzymaniem krążenia, a także podawaniem adrenaliny drogą domięśniową w przypadku wstrząsu anafilaktycznego. W związku z powyższym konieczne jest w pierwszej kolejności wdrożenie specjalistycznego szkolenia z klinicznego zastosowania Dopaminy. Dopiero po takim przeszkoleniu można umożliwić samodzielne stosowanie leku przez Zespoły Podstawowe Ratownictwa Medycznego.

4. Na szczególną uwagę w kontekście wyżej opisanych zmian zasługuje § 1. punkt 1, podpunkt c) w brzmieniu "ratownicy medyczni będą dopuszczeni do wykonywania badania USG według protokołów FAST, FEER, BLUE, RADIUS, pod warunkiem ukończenia kursu z USG w ratownictwie medycznym, certyfikowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego". Z przedstawionego zapisu w sposób jednoznaczny można wnioskować, iż wykonanie badania USG, które jest procedurą nieinwazyjną i w żaden sposób nie zwiększa ryzyka wystąpienia powikłań ostrego zachorowania (o ile wnioski z tego badania nie będą prowadzić do wykonywania nieuprawnionych czynności ratunkowych), będzie możliwe wyłącznie po ukończeniu specjalistycznego kursu. A zatem proponowany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia umożliwia prowadzenie przez ratowników medycznych małoinwazyjnego badania USG po wcześniejszym ukończeniu odpowiedniego kursu, a jednocześnie odstępuje od wymagania ukończenia szkolenia w stosowaniu leków oraz procedur mogących w istotny sposób wpłynąć na zdrowie i życie pacjenta, a wręcz prowadzić do nieuniknionego, niezamierzonego zgonu (np. w wyniku nieodpowiedniego stosowania silnych leków anestetycznych czy nieudanej intubacji tchawicy).

Podsumowując, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyraża kategorię sprzeciw co do proponowanych zmian w obecnym kształcie, uznając je za bezpośrednio zagrażające życiu i zdrowiu pacjentów oraz narażające ratowników na odpowiedzialność prawną. Środowisko anestezjologów w Polsce w pełni docenia fachowość środowiska ratowników, które od lat w naszym kraju w profesjonalny sposób zapewnia bezpieczeństwo pacjentom. Nakładanie jednak na ratowników medycznych dodatkowych obowiązków, co do wykonywania których nie są przeszkoleni, szczególnie w sytuacji kompletnego braku programu szkolenia, potencjalnie stawia ich w niezwykle trudnej i niebezpiecznej sytuacji przedstawienia zarzutów nieskutecznej intubacji tchawicy czy błędnego użycia leków i spowodowania niezamierzonej śmierci pacjenta.

Prezes PTAiIT

Sekretarz PTAiIT