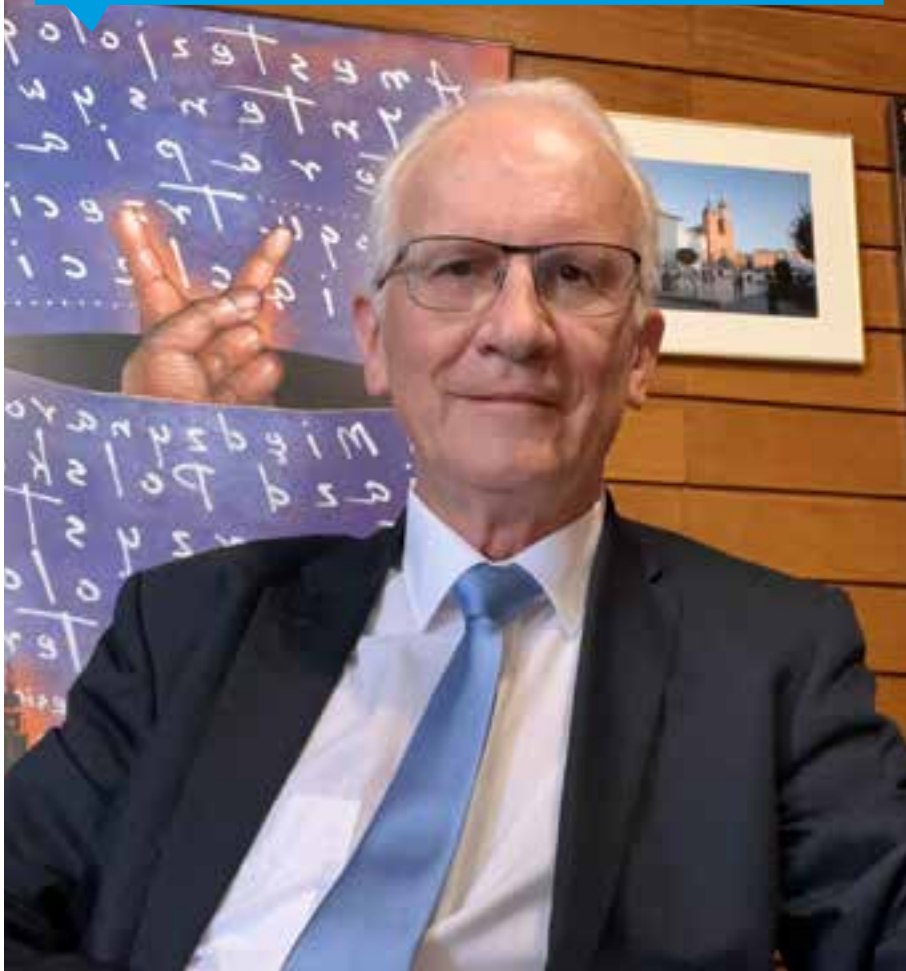


LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE



Interdyscyplinarność I BEZPIECZEŃSTWO

Z prof. *Januszem Andreaszem*, prezesem Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, rozmawia Lucyna Krysiak.

Q1 We wrześniu w Krakowie odbyło się Interdyscyplinarne Forum Bezpieczeństwa Pacjenta. Co dzieje się na tyle ważnego w tym zakresie, że podejmuje się takie tematy, angażując w nie wiele specjalności medycznych, a także organizacje pacjenckie?

Grono uczestników powinno być jak najszersze, ponieważ nie możemy zapewnić

bezpieczeństwa pacjentowi bez interdyscyplinarnej współpracy, stąd zaangażowanie w projekt tak wielu specjalności medycznych, organizacji pacjenckich, a także samorządu lekarskiego, który jest niezbędnym, a zarazem kluczowym ogniwem realizacji tego projektu.

Kulminacyjnym punktem Forum była prezentacja i podpisanie Interdyscyplinarnej Deklaracji Bezpieczeństwa Pacjenta. Uzasadnienie ważności tematu wynika wprost z tekstu tego dokumentu, a szczególnie z cytowanych pozycji piśmiennictwa. Pacjent był, jest i będzie zawsze w centrum naszej uwagi.

Q2 Czemu służy podpisanie tej deklaracji?

Inicjatywa ta jest kontynuacją opublikowanej przez nas w 2010 r. Deklaracji Bezpieczeństwa Pacjenta w Anestezjologii (DeHeBePA). Tym razem jednak ma ona służyć wszystkim zainteresowanym – stąd nazwa Interdyscyplinarna Deklaracja Bezpieczeństwa Pacjenta oraz powołanie Fundacji Bezpieczny Pacjent (www.bezpiecznypacjent.pl), której mottem jest zapewnienie właściwej opieki każdemu pacjentowi, w każdej chwili i w każdym miejscu, którą można osiągnąć tylko poprzez interdyscyplinarną współpracę w oparciu o praktykę kliniczną opartą na faktach oraz ciągłą kontrolę jakości z wykorzystaniem informatyzacji w ochronie zdrowia. Nie zamierzamy jednak na tym poprzestać, będziemy o tym mówić szczegółowo podczas III Kongresu Towarzystw Naukowych, a także na corocznych spotkaniach z okazji Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta ustanowionego przez Światową Organizację Zdrowia.

Q3 Jakie miejsce w systemie ochrony zdrowia zajmuje anestezjologia i intensywna terapia po przejściach związanych z pandemią SARS-CoV-2?

W mojej opinii, a pracuję już jako lekarz ponad 40 lat, anestezjologia i intensywna terapia jako specjalność medyczna podczas pandemii COVID-19 przodowała w walce o życie najcięższych chorych i spełniła swoje zadanie, zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich. Można powiedzieć, że rozwój tej specjalności w Europie, który nastąpił w ciągu ostatnich 30 lat, predysponował nas, anestezjologów, do odegrania kluczowej roli w tym trudnym czasie. Szczególnie ważne dla rozwoju anestezjologii i intensywnej terapii były lata 80. minionego wieku. Wówczas nastąpił znaczący postęp, który dotyczył nowych leków anestezjologicznych, technik monitorujących oraz procedur leczniczych.

Q4 Jakie doświadczenia zebrał anestezjolog, pracując na pierwszej linii frontu walki z koronawirusem?

”

Pacjent był, jest i będzie zawsze w centrum naszej uwagi.

Moim zdaniem najważniejszym wnioskiem wynikającym z pandemii COVID-19 jest konieczność szeroko pojętej interdyscyplinarnej współpracy w ochronie zdrowia. Bez niej nie osiągniemy postępu, nie poprawimy bezpieczeństwa pacjenta i nie będziemy właściwie przygotowani do kolejnych katastrof zdrowotnych. We współczesnej historii medycyny brak jest podobnych przykładów, no może poza epidemią paraliżu dziecięcego (poliomyelitis) w 1952 r., kiedy to w Kopenhadze w krótkim czasie sztucznej wentylacji wymagało ponad 2 tys. pacjentów, a nie było wówczas respiratorów. Wtedy to anestezjolog, prof. Bjorn Ibsen, wpadł na pomysł przeprowadzenia u tych chorych tracheotomii i tą drogą prowadzenia wentylacji płuc. Zaangażowano 1500 studentów, którzy w sumie przez 165 tys. godzin wentylowali pacjentów ręcznie workami samorozprężającymi się i spowodowali, że śmiertelność z powodu poliomyelitis spadła z 90 proc. do 25 proc. Ponieważ w tym samym czasie wynaleziono praktyczną możliwość pomiaru gazometrii krwi, to przewlekła wentylacja stała się możliwa. Ten moment oznacza narodziny intensywnej terapii, która nigdy nie może być oddzielona od anestezjologii.

W czasie pandemii COVID-19 anestezjolog i pielęgniarki anestezjologiczne we współpracy z innymi dyscyplinami walczyli o życie najciężej chorych. Odnosiliśmy spektakularne sukcesy oraz zaskakujące,

trudne do wytłumaczenia porażki terapeutyczne, szczególnie w okresie przed szczepieniami przeciwko COVID-19. Specyfiką zarażenia się wirusem SARS-CoV-2, szczególnie na początku pandemii, była piorunująco przebiegająca niewydolność oddechowa, która wymagała wspomaganej bądź mechanicznej wentylacji. W miarę zdobywania doświadczenia i możliwości wymiany w czasie webinarium online wspólnych obserwacji nasze środowisko dość szybko uzyskało wiedzę co do możliwości i zakresu skutecznego leczenia. Pomimo tego, szereg czynników, w tym niechęć do szczepień, spowodowały wzrost tzw. nadmiarowych zgonów oraz zapaść organizacyjną całego systemu ochrony zdrowia. I z tego należy wyciągnąć wnioski na przyszłość.

📌 Czy pandemia stała się pretekstem do wprowadzenia zmian w anestezjologii i intensywnej terapii?

Dzięki długoletniemu zintegrowaniu z europejskim systemem szkoleń oraz krajowym regulacjom prawnym rodzima anestezjologia i intensywna terapia dysponuje jednym z najlepszych programów specjalizacyjnych w Europie, dzięki czemu byliśmy bardzo dobrze przygotowani do kryzysu spowodowanego pandemią. Pod względem wiedzy i umiejętności sytuacja nas nie zaskoczyła, zaskoczeni byliśmy skalą problemu. Nie musieliśmy wprowadzać istotnych zmian w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie leczenia. Wystarczyła, powołana ad hoc przez ówczesnego konsultanta krajowego prof. Radosława Owczuka, grupa robocza oraz skoordynowanie organizacyjne na szczeblach lokalnych, aby dostosować się do sytuacji. Uważam, że w tym zakresie nasz system wykazał się zauważalną odpornością i elastycznością. Nawet w najgorszych momentach pandemii daleko nam było od wyczerpania naszych możliwości personalnych, jak i stosowania zaawansowanych technik

podtrzymywania funkcji życiowych.

📌 Ostatnio wiele mówi się o bezpieczeństwie i optymalizacji leczenia oraz granicach stosowania intensywnej terapii. Jak je zdefiniować?

Rzeczywiście bezpieczeństwo jest dzisiaj najwyższym priorytetem dla każdego człowieka, nie tylko dla chorego. Odnośnie pacjenta, to najtrafniej zdefiniować bezpieczeństwo jako proces, który zapewni skuteczną prewencję, unikanie i/lub minimalizowanie szkód związanych z opieką zdrowotną. Optymalizacja leczenia to medycyna oparta na faktach i tu każda specjalizacja ma duże pole do indywidualnego wkładu w skuteczność terapii i bezpieczeństwo pacjenta. Klucz do sukcesu tkwi w interdyscyplinarności działania. Granice intensywnej terapii są też ściśle określone, ale to niezwykle obszerny i wielowątkowy temat o lokalnych prawnych i etycznych uwarunkowaniach.

📌 Czy w związku z tym konieczne było opracowanie przez PTaiIT nowych wytycznych postępowania klinicznego oraz przyjęcie nowych wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji?

W czasie pandemii z poziomu PTaiIT nie było potrzeby wprowadzenia istotnych zmian odnośnie wytycznych leczenia. Istniejące wytyczne i zalecenia nie traciły na wartości i aktualności, a modyfikacje związane ze specyfiką pandemii SARS-CoV-2 były wprowadzane na bieżąco. Dopiero w tym roku zarząd główny zatwierdził zaktualizowane wytyczne PTaiIT, określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, z którymi można zapoznać się na stronie naszego towarzystwa - www.anestezjologia.org.pl. Znajdują się tam także aktualne wytyczne ESAIC (European Society of Anaesthesiology and Intensive Care) oraz nowa zakładka konsultanta krajowego anestezjologii i intensywnej terapii. Jeżeli chodzi o Wytyczne Resuscytacji 2021 Europejskiej Rady Resuscytacji, to są już one dostępne w wersji książkowej (www.prc.krakow.pl). 📖



Serdecznie dziękuję za wszelkie wpłaty, dzięki którym możemy pomagać naszym podopiecznym – Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Prosimy o wsparcie nawet bardzo symboliczną kwotą – razem możemy sprawić, że czyjś los choć trochę się odmieni.



Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski!

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami działalności Fundacji na www.fl.org.pl

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom