

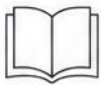


# H-CORE Edu | Forward Care Review

## PUBLIKACJA

### Praktyka. Wiedza. Odpowiedzialność.

Forward Care Review to publikacja tworzona z perspektywy ratownika medycznego. Łączy praktykę przedszpitalną, analizę wytycznych, komentarz ekspercki i nowoczesne spojrzenie na opiekę nad pacjentem w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.



MATERIAŁY



ARTYKUŁY



PRZEGLĄDY



KOMENTARZ PRAKTYCZNY

FCR-001



[www.h-core.edu.pl](http://www.h-core.edu.pl)

*Karol Huzarski*



**H-CORE** **EDU**

CIVIL ORDER RESPONSE EMERGENCY



TCCC

NAUKA

FCR-001

ZBEO

ZRM

# Evidence to nie uprawnienie

TCCC, nauka i granice praktyki ZRM

TCCC to **nie** ZRM 1:1

# Evidence to nie uprawnienie

TCCC, kurs, system i granice praktyki ZRM

Na TCCC patrzę nie tylko z perspektywy kursów, wytycznych i piśmiennictwa. Patrzę na nie także przez własne doświadczenie pracy na Kandahar Airfield w Afganistanie, gdzie działałem w strukturze Medical Crash Crew Services. To nie była rola ograniczona do jednego wycinka działań. Obejmowała reagowanie na zdarzenia na terenie bazy, zabezpieczenie rejonu lotniska, odbiór pacjentów z MEDEVAC i CASEVAC, a czasem po prostu wejście w sytuację, w której medycyna od początku była związana nie tylko z pacjentem, ale też z logistyką, czasem, środowiskiem i ograniczeniami.

To doświadczenie szybko uczy pokory. Medycyna nie działa sama. Zawsze jest osadzona w konkretnym układzie: w określonym miejscu, według lokalnego protokołu, pod konkretnym nadzorem i w granicach realnych możliwości. W takim środowisku różnica między MEDEVAC a CASEVAC nie była żadnym dopiskiem z podręcznika. Ona od razu zmieniała punkt wyjścia: zasoby, przewidywalność, tempo działania i to, co da się zrobić po drodze, a czego nie da się zrobić bezpiecznie.

Dotyczyło to także farmakologii. Sam kontekst był pod tym względem dość wymowny: polski ratownik medyczny, zatrudnienie w firmie australijskiej i praca na bazie USA. W takim układzie ketamina była elementem lokalnego protokołu i częścią realnej praktyki przedszpitalnej. Ten przykład dobrze pokazuje rzecz prostą, ale ważną: miejsce danej procedury albo leku nie wynika wyłącznie z tego, że ktoś zna temat albo widział go na kursie. Wynika z systemu, który naprawdę bierze za to odpowiedzialność.

I właśnie na poziomie kursu najłatwiej coś tu pomylić. Ratownik medyczny jedzie na szkolenie, słyszy "TCCC", widzi porządek, mocne procedury, jasny język działania. To robi wrażenie - i słusznie. TCCC jest jednym z najlepiej uporządkowanych modeli myślenia o ciężkim urazie. Problem zaczyna się dopiero wtedy, gdy taki kurs zostaje w głowie jako gotowy wzór do prostego przeniesienia na codzienny ZRM.

A przecież nawet same dokumenty źródłowe pokazują, że tak nie jest. TCCC jest rozwijane jako standard dla środowiska taktycznego w ramach Joint Trauma System i CoTCCC, a TECC - choć bliższe praktyce cywilnej - nadal wyraźnie podkreśla zależność decyzji od poziomu zagrożenia, lokalnych zasobów, protokołów, kompetencji i nadzoru medycznego [1,2]. To nie jest detal. To jest fundament.

Najkrócej mówiąc, bardzo łatwo wrzucić do jednego worka trzy różne rzeczy. Pierwsza to evidence - czyli to, co wynika z badań, doświadczenia klinicznego i piśmiennictwa. Druga to guideline - uporządkowany model postępowania dla określonego środowiska. Trzecia to uprawnienie systemowe - to, co naprawdę wolno zrobić w danym zawodzie, w danym kraju i w danym modelu organizacyjnym. To, że procedura jest opisana w literaturze i pojawia się w guideline'ach, nie oznacza jeszcze, że jest codziennym uprawnieniem cywilnego zespołu ratownictwa medycznego.

Najlepiej widać to na przykładzie airway. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, ustawiono to bardzo wyraźnie. § 2 odsyła do załącznika nr 1, czyli czynności wykonywanych samodzielnie, a § 3 do załącznika nr 2, czyli czynności wykonywanych na zlecenie lekarza [3]. W załączniku nr 1 ratownik ma m.in. przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z użyciem rurki ustno-gardłowej, rurki nosowo-gardłowej, przyrządów nadgłośniowych oraz konikopunkcji. W tym samym katalogu znajduje się także wykonanie intubacji dotchawiczej w nagłym zatrzymaniu krążenia

[3]. Natomiast w załączniku nr 2, czyli po stronie czynności wykonywanych na zlecenie lekarza, wpisano wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających [3].

To rozróżnienie nie jest techniczną ciekawostką. To jest granica kompetencyjna. W cywilnym katalogu ratownika medycznego jest konikopunkcja, ale nie ma chirurgicznej konikotomii jako zwykłego, standardowego samodzielnego uprawnienia RM/ZRM [3]. I właśnie tu dobrze widać, dlaczego zdanie "przecież to jest w TCCC" nie rozwiązuje jeszcze żadnego problemu.

Co ciekawe, samo polskie prawo pokazuje, że "ratownik medyczny" nie zawsze oznacza ten sam zakres praktyki. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z 27 września 2023 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych, wydane na podstawie art. 64 ustawy z 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, tworzy odrębną ścieżkę przygotowania do pracy w środowisku wojskowym [4,5]. Już w § 2 tego rozporządzenia wymieniono osobne kursy: w zakresie czynności ratunkowych i farmakoterapii stanów nagłych, czynności chirurgicznych, USG u pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz podawania krwi, składników krwi i preparatów krwiopochodnych [4]. Sam ten układ pokazuje, że ustawodawca rozróżnia model cywilny i wojskowy.

Jeszcze ważniejszy jest konkretny przykład. W załączniku nr 1 do rozporządzenia MON, czyli w ramowym programie wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego w zakresie czynności ratunkowych i farmakoterapii stanów nagłych, zapisano wprost, że celem kursu jest przygotowanie ratowników medycznych wykonujących zadania zabezpieczenia medycznego działań jednostek podległych MON do samodzielnego udzielania świadczeń w stanach nagłych i w warunkach sytuacji kryzysowych [4]. W tym samym programie, wśród szczegółowych celów kształcenia, wskazano nabycie wiedzy i umiejętności w zakresie: intubacji dotchawiczej przez usta lub nos z użyciem środków zwiotczających, wykonania konikotomii oraz wykonania drenażu jamy opłucnowej [4]. To nie jest interpretacja. To jest literalny zapis programu kursu.

Mało tego - program nie zatrzymuje się na samym nazwaniu tych procedur. W części dotyczącej efektów kształcenia zapisano, że uczestnik kursu potrafi wykonać konikotomię, potrafi wykonać drenaż jamy opłucnowej oraz potrafi wykonać intubację dotchawiczą przez usta lub nos z użyciem środków zwiotczających [4]. W tej samej tabeli leków wymieniono także Ketaminum jako jeden z produktów leczniczych objętych programem kursu [4]. To jest właśnie ten poziom konkretności, którego często brakuje w internetowych sporach o "uprawnienia ratownika".

I tu pojawia się wniosek naprawdę wart zapamiętania. Konikotomia nie jest po prostu "zapomnianym uprawnieniem" cywilnego ratownika medycznego. Pojawia się dopiero w innym porządku: po dodatkowym kursie kwalifikacyjnym, w innym środowisku działania i w ramach inaczej zbudowanej odpowiedzialności systemowej [3,4]. To bardzo cenna informacja, bo porządkuje temat lepiej niż wiele jałowych dyskusji o tym, czy "ratownik powinien móc więcej". Lepiej postawić pytanie inaczej: w jakim systemie działa, do czego został przygotowany i jakie środowisko ma później unieść konsekwencje tej decyzji?

To samo dotyczy szerszego spojrzenia na TCCC. Nie mam problemu z tym, że ratownik medyczny jedzie na taki kurs, zachwyca się jego porządkiem i czuje, że zobaczył medycynę bardziej konkretną niż na wielu szkoleniach cywilnych. To jest całkowicie zrozumiałe. Sam uważam, że z TCCC można wyciągnąć bardzo dużo. Problem zaczyna się dopiero wtedy, gdy kurs staje się w głowie prostą listą rzeczy, które "powinny już być u nas". Wtedy najłatwiej stracić z pola widzenia środowisko, odpowiedzialność, logistykę, nadzór i zwykły fakt, że nie każda dobra procedura dla jednego systemu jest od razu dobrą procedurą dla drugiego [1,2,3,4].

Właśnie dlatego nie kupuję prostego myślenia, że TCCC można przełożyć na polski ZRM jeden do jednego. Za dużo wtedy znika. Znajomość procedury nie jest jeszcze tym samym co

uprawnienie. Uprawnienie nie jest jeszcze tym samym co gotowość systemu. A gotowość systemu nie jest jeszcze tym samym co dobra praktyka codzienna. TCCC może świetnie uczyć priorytetów, logiki działania pod presją, myślenia przez zagrożenie, ewakuację i czas. Ale nie jest uniwersalnym wzorem dla każdej karetki.

To nie jest zarzut wobec TCCC. Wręcz przeciwnie. Uważam, że ratownik medyczny powinien ten świat znać. Powinien rozumieć jego logikę, priorytety i język opieki nad ciężko rannym. Dobrze jednak, żeby wiedział też, czym ten kurs naprawdę jest. Nie uniwersalnym wzorem dla każdej karetki, tylko mocnym, dobrze zbudowanym modelem działania dla określonego środowiska. Można się z niego wiele nauczyć. Nie wszystko jednak należy przenosić wprost.

Dlatego najuczciwsze zdanie, jakie można tu postawić, brzmi dość prosto: ratownik medyczny powinien znać TCCC, ale powinien też wiedzieć, że TCCC to nie ZRM 1:1. To nie jest wycofanie ani lęk przed rozwojem. To po prostu uznanie, że medycyna zawsze działa w jakimś systemie, a system ma swoje granice, swoją odpowiedzialność i swoje warunki użycia poszczególnych narzędzi.

Od tego właśnie warto zacząć. Nie od zachwyty procedurą. Nie od licytacji, kto robi bardziej "zaawansowaną" medycynę. Tylko od prostego pytania: co z tego świata rzeczywiście wzmacnia codzienną praktykę ZRM, a co nadal należy do innego systemu, innej odpowiedzialności i innego środowiska działania?

## **Pismienictwo**

[1] Joint Trauma System / CoTCCC. Oficjalne materiały i opis misji TCCC jako standardu rozwijanego dla środowiska taktycznego.

[2] Committee for Tactical Emergency Casualty Care (C-TECC). Tactical Emergency Casualty Care (TECC) Guidelines for BLS/ALS Clinicians, final 2024-11-25.

[3] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, Dz.U. 2023 poz. 1180. § 2 i § 3 oraz załączniki nr 1-2.

[4] Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 27 września 2023 r. w sprawie wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych, Dz.U. 2023 poz. 2330. § 2 oraz załącznik nr 1.

[5] Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, Dz.U. 2022 poz. 2705. Art. 64.