



Nasz znak: 36/PUSK/2016

Poznań, 5 grudnia 2016 r.

Szanowny Pan
Piotr Warczyński
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na prośbę o zgłaszanie ewentualnych uwag do projektu *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii* uprzejmie informuję, iż przesyłam uwagi do ww. projektu.

Załączona opinia została sformułowana na podstawie uwag zgłoszonych przez Członków Stowarzyszenia.

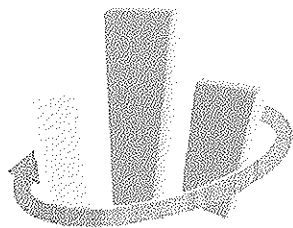
Na potrzeby konsultacji wypowiedziały się następujące podmioty:

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku;
2. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca;
3. Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Zgodnie z prośbą uwagi zostały również przekazane drogą elektroniczną.

W imieniu Zarządu

lek. med. Jan Talaga



**Uwagi Polskiej Unii Szpitali Klinicznych do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia
w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii
i intensywnej terapii**

Przekazany do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia jest kolejnym przedłużeniem okresów dostosowawczych do osiągnięcia standardu organizacji i wyposażenia oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce. Zgłaszane przez poszczególne placówki uwagi dotyczą w głównej mierze załączników do projektowanego rozporządzenia.

W odniesieniu do § 9 pkt 5 projektu rozporządzenia dot. standardu organizacyjnego postępowania przy udzielaniu w szpitalach świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji należałoby wziąć pod uwagę co następuje. W związku z przyjmowaniem pacjentów do operacji w przeddzień wyznaczonego terminu zabiegu nie istnieje możliwość aby kwalifikację do znieczulenia (badanie fizykalne, dobór metody znieczulenia, analiza badań dodatkowych) przeprowadzić „nie później niż 24 godziny przed zabiegiem”. Zapisowi należałoby nadać brzmienie: „w przeddzień zabiegu”. Ponadto wymagane jest pozostawienie możliwości kwalifikacji (premedykacji) w dniu zabiegu w uzasadnionych przypadkach np. krótkie zabiegi laryngologiczne do których chorzy są przyjmowani w dniu zabiegu.

Poniżej przekazujemy uwagi do poszczególnych załączników do projektu rozporządzenia.

Załącznik nr 1

WARUNKI DLA ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ ODDZIAŁÓW ANESTEZJOLOGII W SZPITALACH

Część I. Warunki ogólne dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu

Lp. 1. Oddział anestezjologii i intensywnej - Warunki wymagane:

Lekarze : określenie ilości równoważników etatów w odniesieniu do stopnia referencyjności nie odzwierciedla oczywistych potrzeb zapewnienia bezpiecznego leczenia pacjentów. Różne formy zatrudnienia lekarzy, obowiązek „schodzenia” po dyżurach itd. warunkują nieadekwatność równoważników etatów w odniesieniu do ilości specjalistów sprawujących realną opiekę nad pacjentami. W naszej ocenie powinno się używać określenia ilości lekarzy specjalistów jednocześnie



sprawujących opiekę nad chorymi w liczbie jeden na nie więcej niż 6 chorych (nie dotyczy to dyżuru medycznego).

Pozostały personel: „Równoważnik 0,5 etatu – fizjoterapeuta – odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń (dotyczy trzeciego poziomu referencyjnego).” W naszej opinii jest to niedopuszczalnie mało. Zgodnie z zasadami nowoczesnej medycyny chory już w dniu przyjęcia do OIT powinien rozpocząć rehabilitację. Jedna osoba nie ma możliwości rehabilitowania chorego, którego trzeba uruchomić, postawić i rozpocząć naukę chodu.

Organizacja udzielania świadczeń: pkt. 3 - należałoby sprecyzować pojęcie „bezpośredni nadzór” – czy bezpośredni nadzór wymaga stałej obecności pielęgniarki na Sali.

Lp. 1. Wyposażenie w wyroby medyczne

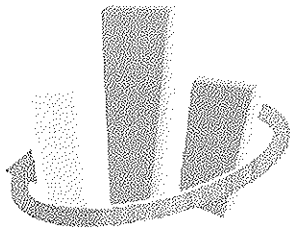
A. Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii:

- w odniesieniu do pkt. 1 – elektryczne urządzenia do ssania – proponuje się nadać brzmienie: co najmniej 1 na 5 stanowiska intensywnej terapii, co najmniej 2 na oddział.

Współczesne OIT wyposażone są w nowoczesne kolumny anestezjologiczne posiadające kilka gniazd próżni co jednocześnie pozwala na przyłączenie co najmniej 4 niezależnych urządzeń ssących co wraz z 1 na 5 stanowisk ssakami elektrycznymi jest ilością wystarczającą.

B. Wyposażenie stanowiska intensywnej terapii :

- ad. pkt 4 - zestaw do intubacji rozumiany jest przez NFZ jako laryngoskop na każdym stanowisku intensywnej terapii. Należałoby zmienić brzmienie zapisu, ponieważ posiadanie laryngoskopu na każdym stanowisku nie jest uzasadnione. Nigdy w OIT nie ma jednocześnie tylu lekarzy ilu jest pacjentów aby jednocześnie wykonać intubację u wszystkich pacjentów. Nigdy też takiej potrzeby nie ma. W naszej ocenie 3 laryngoskopy w OIT i taca do trudnej intubacji wyposażona zgodnie z rozporządzeniem zapewnia bezpieczeństwo hospitalizowanym pacjentom;
- ad. pkt 5 - należałoby doprecyzować sformułowanie "6 pomp infuzyjnych" czy chodzi o pompy jako sztuki, czy liczy się pompy dwustrzykawkowe z niezależnymi torami przepływu jako 2 sztuki pomp;



- ad. pkt 8 - w OIT nie monitoruje się rutynowo stężenia dwutlenku węgla w powietrzu wydechowym. Taka sytuacja zdarza się bardzo rzadko i najczęściej wymaga monitorowania CO₂ w powietrzu wydechowym u chorych oddychających spontanicznie. Takiej funkcji proste kapnografy nie posiadają. OIT jest wyposażony w analizator parametrów krytycznych (zgodnie z rozporządzeniem) co umożliwia w każdej chwili wykonanie gazometrii krwi uzyskując w ciągu kilkunastu sekund informację o wartości p_aCO₂. Jeden moduł kapnometryczny z jednorazowymi zestawami do monitorowania jest zupełnie wystarczającym wyposażeniem OIT;
- ad. pkt 11 – w naszej opinii nie ma konieczności posiadania na każdym stanowisku OIT urządzenia do aktywnej regulacji temperatury ciała. Aktywne grzanie u pacjentów OIT nie jest procedurą standardową. Pacjenci w OIT zazwyczaj gorączkują i wymagają aktywnego ochładzania, a takiej funkcji urządzenia grzewcze nie spełniają. Wystarczą 2-3 urządzenia w OIT i jednorazowe sety z którymi współpracują.

C. Wyposażenie stanowiska znieczulenia

- w pkt 10 – należałoby doprecyzować pojęcie „źródło światła”.

Część III Warunki szczegółowe do dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu

Uważamy, że w tym punkcie wyszczególniony musi być niezależnie od stopnia referencyjności obowiązek zapewnienia całodobowej opieki przez 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezjologii) ale powinno odnosić się tylko i wyłącznie do dyżurów medycznych. Lekarz specjalista wraz z innymi lekarzami uprawnionymi do dyżurowania nie może sprawować opieki nad większą ilością chorych w stopniu 1 lekarz na nie więcej niż 10 chorych.

W przypadku opieki dziennej obowiązek leczenia chorych przypada w stopniu 1 lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii na nie więcej niż 6 chorych. Taki zapis uniemożliwia minimalizację ilości lekarzy sprawujących opiekę nad pacjentami do stopnia zagrażającego pogorszeniem bezpieczeństwa chorych. Wielkość o kilku do kilkudziesięciu stanowisk intensywnych.

Podobnie rzecz ma się w odniesieniu do ilości pielęgniarek. Powinien być tu również zachowany



standard pielęgniarski.

Załącznik nr 2

RODZAJE CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIAŁACH ANESTEZJOLOGII I

INTENSYWNEJ TERAPII LUB W ODDZIAŁACH ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII DLA DZIECI

Część A. Czynności podstawowe:

Proponuje się usunąć wpis „strzykawka automatyczna” z punktu 11.

Strzykawka automatyczna jest określeniem nieprecyzyjnym ponieważ może oznaczać zarówno programowaną pompę automatycznie dozującą lek – takie wymogi spełniają współczesne pompy strzykawkowe pozwalające na zaprogramowanie zarówno dawki, czasokresu oraz prędkości podaży leków bądź też może oznaczać manualne urządzenie stosowane do podaży wielu dawek leków np. strzykawki stosowane do masowych szczepień, które nie mają zastosowania w OIT.