



# ZARZĄD GŁÓWNY ZWIĄZKU ZAWODOWEGO ANESTEZJOLOGÓW

REGON 12799100, NIP 521-29-83-487

**KORRESPONDENCJA:** 90-029 Łódź, ul. Nawrot 114 Tel/fax: 042 676 08 43  
<http://www.zqzza.pl>, e-mail: [biuro@zqzza.pl](mailto:biuro@zqzza.pl)

Łódź dn. 11 czerwca 2012 r.

## Uwagi Związku Zawodowego Anestezjologów do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 30.05.2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów leczniczych

Niniejszym przedstawiamy nasze uwagi:

### W części ogólnej

#### 1.) Paragraf 4.1

W szpitalach, w których wykonywane są świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadku gdy oddział taki nie został utworzony, świadczenia z tego zakresu udziela się w ramach **oddziału anestezjologii**.

#### 2.) Paragraf 4.4

Warunki ogólne dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz **oddziałów anestezjologii** w szpitalach są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

Odpowiednio w **Paragrafie 5** ilekroć mowa o „dziale anestezjologii” powinno brzmieć- **oddział anestezjologii**.

W celu prawidłowego, w zakresie kompetencyjnym, koordynowania pracy zespołu anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych należy utworzyć równorzędną w stosunku do oddziałów zabiegowych strukturę organizacyjną. Ponadto należy pamiętać, iż ustawodawca umocował również **sale nadzoru poznieczuleniowego** w zakresie kompetencyjnym kierujących oddziałem anestezjologii/anestezjologii i intensywnej terapii tym samym argument „dział, bo nie ma łóżek” jest nietrafiony.

Zamiana oddziału anestezjologii w dział anestezjologii jest niedopuszczalna. Pomijając kwestię obniżenia rangi, grozi poważnymi konsekwencjami w zakresie sprawnej działalności organizacyjnej, edukacyjnej i nie gwarantuje zachowania odpowiedniego standardu jakości oraz bezpieczeństwa pacjentów. Naszym zdaniem, jest to kolejna oburzająca próba rozbicia naszej specjalizacji, oraz wprowadzenie pseudo standardu „znieczulacza”, który tylko tym się zajmuje i na niczym innym nie ma potrzeby się znać.

Umieszczone w uzasadnieniu paragrafu 4 ust.1 zdanie ”**Argument, że znaczna część świadczeń z udziałem anestezjologów odbywa się w innych jednostkach nie oznacza potrzeby koordynacji pracy anestezjologów.**” ewidentnie potwierdza tego rodzaju zamysły. Otrzymaliśmy bardzo dużą ilość sygnałów z całego kraju o coraz powszechniejszych próbach (ze strony managerów) pomimo obowiązującego prawa, „przypisywania” lekarzy anestezjologów do oddziałów zabiegowych. Utrzymanie proponowanego przez ministerstwo zapisu jeszcze bardziej wzmocni tego rodzaju działania.

### 3.) **Paragraf 6.4**

Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może jednocześnie nadzorować pracę 2 lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia chorych znajduje się w bezpośredniej bliskości znieczulanych chorych przez cały czas znieczulenia **i jednocześnie nie może wykonywać innych znieczuleń.**

Specjalista nadzorujący pracę lekarzy specjalizujących się, aby rzeczywiście był w pełni dyspozycyjny nie może angażować się w samodzielne znieczulenia.

### 4.) **Paragraf 7.4**

Lekarz specjalista z anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta kwalifikowanego do zabiegu oraz przeprowadza, **nie później niż 24 godziny przed** planowanym terminem zabiegu konsultację w celu zakwalifikowania do znieczulenia.

Przepis ten dotyczy w szczególności znieczuleń do zabiegów w trybie planowym lub przyspieszonym a więc, gdy jest dostatecznie dużo czasu na należyte ustabilizowanie stanu chorego. W czasach, gdy świadczenia zdrowotne są mocno reglamentowane a czas od decyzji do wykonania zabiegu przekłada się często w miesiące (jak choćby endoprotezy stawów biodrowych, zaćma itp.) jest dostatecznie dużo czasu na przygotowanie chorego, zebranie stosownych badań i konsultacji!! Dodatkowo ma to także wymiar ekonomiczny – oszczędności czasu hospitalizacji i kosztów badań w drogim leczeniu szpitalnym.

Zatem intencja ustawodawcy złagodzenia zapisu do formy „w dniu poprzedzającym zabieg” wydaje się dalece niezrozumiała. Zamiast rozsądnymi zapisami zmuszać do racjonalnych zachowań ekonomicznych wskazuje drogę do patologii typu „zdażyć przed północą”!

Zgadamy się, że dotychczas obowiązujący 24 godzinny okres budził określone wątpliwości, ale w chwili obecnej, przy dużej presji ze strony zarządzających na osiąganie wyższych wyników finansowych, „wyrabianie planu produkcyjnego”, zapis „nie później niż w dniu poprzedzającym planowany zabieg operacyjny” grozi próbą wymuszenia tego badania o godzinie 23.59 dnia poprzedzającego planowany zabieg operacyjny, w sytuacji, kiedy pacjent już dawno jest przygotowywany do tego zabiegu (np. znakowanie izotopem, dodatkowe konsultacje, czyszczenie przewodu pokarmowego pacjenta). Utrzymanie dotychczas obowiązującego zapisu (w stosunku do proponowanego w projekcie rozporządzenia) polepsza bezpieczeństwo pacjenta i nie naraża go bez potrzeby na bezsensowne działania diagnostyczne i terapeutyczne.

5.) **Paragraf 15.** Dodaje się następujący punkt – 3 w brzmieniu:

#### **Paragraf 15.3 Przepisy Paragrafu 6.2 stosuje się od dnia 01.01.2015 r.**

Należy umożliwić lekarzom anestezjologom uzupełnienie stosownego wykształcenia (adekwatnie jak w przypadku pielęgniarek anestezjologicznych).

6.) Należy umieścić uwarunkowania przestrzenne dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii zgodne z europejskimi wytycznymi. Rozumiejąc trudności związane z tym zagadnieniem, wprowadzenie ich byłoby związane z 5-letnią karencją okresu dostosowawczego. Doświadczenia wynikające z początków wprowadzania standardów jednoznacznie wskazują na celowość umieszczenia zapisów z karencją czasową, pozwalających na dojście do właściwych rozwiązań dających osiągnięcie wysokiej jakości działań organizacyjnych i terapeutycznych polepszających bezpieczeństwo pacjenta.

7.) **W Załączniku Nr 1., w Części I., Warunki Wymagane - Pielęgniarki** - uważamy, iż równoważnik minimalny powinien wynosić **3** etaty na jedno stanowisko intensywnej terapii – pielęgniarka (w miejsce proponowanego 2,8) jako standard właściwej opieki.

8.) **W Załączniku nr 1, w Części I., Warunki wymagane - Organizacja udzielania świadczeń:**

Pkt. 1 Kierownik w porozumieniu z kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub **oddziału** anestezjologii ustala sposób komunikacji alarmowej.

9.) **W Załączniku nr 1, w Części I., Warunki wymagane - Organizacja udzielania świadczeń:**

Pkt. 2 – „ustala się trzy poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii....”

Uważamy, iż należy cały punkt 2 (z podpunktami) usunąć, ze względu na niejednoznaczność zapisu który może podlegać lokalnym interpretacjom i spowodować określone konsekwencje i rozszczenia.

10.) **W Załącznik nr 1 Część I, Warunki wymagane - Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny**

**A. Wyposażenie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii**

pkt. 4. Bronchofiberoskop - co najmniej jeden na oddział **i co najmniej jeden do obsługi sal operacyjnych.**

Uzasadnienie: bardzo często istnieje potrzeba zastosowania tego urządzenia u pacjentów przebywających w oddziale intensywnej terapii oraz u pacjentów na sali operacyjnej.

Posiadanie dwóch urządzeń zapewnia prawidłową ich dostępność oraz zabezpiecza pacjentów na odpowiednim poziomie. W przypadku gdy w szpitalu jest utworzony tylko oddział anestezjologii (w miejsce proponowanego działu) powinien być on też wyposażony w minimum jeden bronchofiberoskop.

11.) **Załącznik nr 2 - Wzór karty premedykacyjnej i Załącznik nr 3 – Wzór karty przebiegu znieczulenia – Wyłączyć z treści rozporządzenia,** jako nadmiernie rozbudowane i nieprzystosowane do specyfiki znieczuleń w określonych specjalnościach.

Ustawodawca powinien raczej określić minimalną ilość i jakość informacji zawartych w tych dokumentach, pozostawiając dowolność w dalszym rozbudowywaniu.

Za Zarząd Główny ZZA  
Przewodniczący ZG ZZA  
**Dariusz Kuśmierski**