

## ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 04.02.2013 • Zaakceptowano/Accepted: 05.02.2013

© Akademia Medycyny

## Standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

### *Standards of medical treatment in the field of anaesthesiology and intensive therapy*

Mariusz Piechota<sup>1</sup>, Krzysztof Kusza<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

<sup>2</sup> Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>3</sup> Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu



### Streszczenie

Artykuł przedstawia najbardziej istotne przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z niezbędnym komentarzem. *Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 100-112.*

*Słowa kluczowe: anestezjologia i intensywna terapia, standardy postępowania medycznego*

### Abstract

This article presents the most important provisions of the regulation of the Minister of Health of 20 December 2012 on standards of medical management in anaesthesiology and intensive therapy for entities conducting therapeutic activity with the necessary commentary. *Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 100-112.*

*Keywords: anaesthesiology and intensive therapy, standards of medical treatment*

W dniu 7 stycznia 2013 roku, zgodnie z *ustawą z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych* w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, zostało ogłoszone rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (rozporządzenie) [1]. Rozporządzenie weszło w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, tj. w dniu 22 stycznia 2013 roku.

W rozporządzeniu Minister Zdrowia określił standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w zakresie świad-

czeń zdrowotnych z zakresu anestezji, intensywnej terapii, resuscytacji, leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny, a także sedacji, udzielanych przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa oraz lekarza w trakcie specjalizacji.

Projekt rozporządzenia pod względem merytorycznym, w uzgodnieniu z Ministerstwem Zdrowia, został przygotowany przez Grupę Roboczą ds. opracowania treści „rozporządzenia o standardach anestezjologicznych” powołaną przez konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dr. hab. n. med. Krzysztofa Kuszę w składzie: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler; dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski; dr hab. n. med. Mariusz Piechota;

dr n. med. Adam Mikstacki; dr hab. n. med. Krzysztof Kusza.

Należy podkreślić, iż w przeciwieństwie do wielu opublikowanych w czasopismach naukowych lub na stronach internetowych, standardów lub zaleceń towarzystw naukowych dotyczących anestezjologii i/lub intensywnej terapii [2-6], jak również poglądów autoritetów medycznych [7-9] - standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii zawarte w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą* są powszechnie obowiązującym w Polsce prawem.

W celu zapoznania środowiska anestezjologicznego z przepisami ww. rozporządzenia autorzy przedstawiają poniżej najbardziej istotne przepisy rozporządzenia wraz z niezbędnym komentarzem.

## Przepisy ogólne

W stosunku do wcześniej obowiązujących przepisów powszechnie obowiązującego prawa w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą* Minister Zdrowia znacząco rozszerzył zakres podmiotów, do których stosuje się (w odpowiednim zakresie) przepisy określające standardy postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. W *rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej* zakres podmiotowy obowiązywania standardów anestezjologicznych obejmował wyłącznie zakłady opieki zdrowotnej, natomiast w obecnie obowiązującym *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą* obejmuje podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Zgodnie z *ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (ustawa) podmiotami wykonującymi działalność leczniczą są: podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ustawy, oraz praktyki zawodowe, o których mowa w art. 5 ustawy.

Podmiotami leczniczymi, o których mowa w art. 4 ustawy są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej; samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej; jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych; fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej; kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Praktyki zawodowe lekarzy, o których mowa w art. 5 ustawy, mogą być wykonywane w formie: jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub w formie: spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

W części normatywnej rozporządzenia (w tzw. słowniczku) zdefiniowano następujące terminy: anestezję (wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych), intensywną terapię (postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego), lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii (lekarz, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:

anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii), lekarza anestezjologa (lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii), lekarza w trakcie specjalizacji (lekarz będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii), pielęgniarkę anestezjologiczną (pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki), resuscytację (działanie mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania), sedację (działanie mające na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta), zabieg w trybie natychmiastowym (zabieg wykonywany natychmiast po podjęciu przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem), zabieg w trybie pilnym (zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym), zabieg w trybie przyspieszonym (zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym), zabieg w trybie planowym (zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora).

W stosunku do dotychczasowych przepisów, dookreślono pojęcie przeszkolonej pielęgniarki. Obecnie jest nią pielęgniarka anestezjologiczna. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie rozporządzenia czynności przewidziane w dotychczasowych przepisach dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające określonych w rozporządzeniu wymagań, mogą wykonywać czynności przewidziane dla

pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2016 r.

Na szczególną uwagę zasługuje umieszczenie w słowniczku, po raz pierwszy w przepisach rangi ustawowej, definicji trybów, w jakich przeprowadzane są zabiegi operacyjne. Przepisy te prawdopodobnie przyczynią się do istotnego polepszenia współpracy pomiędzy anestezjologiem a operatorem.

Kwalifikacja pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii [10]. Dzięki takiemu przepisowi odsyłającemu Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii stało się, po raz pierwszy od początku swojego istnienia, podmiotem tworzącym przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Istotne podniesienie rangi, znaczenia i wywieranego wpływu na otoczenie Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest nie do przecenienia.

W szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadkach, gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji tworzy się oddziały anestezjologii. W szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci, tworzy się oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, a w przypadkach, gdy udziela się na rzecz tych pacjentów świadczeń zdrowotnych wyłącznie w zakresie anestezji tworzy się oddziały anestezjologii dla dzieci. Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń wyłącznie w zakresie anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii, dostosują się do wymagań określonych w rozporządzeniu w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2018 r. Treść przepisu przejściowego wskazuje, iż podmioty lecznicze powstałe po dniu wejścia w życie rozporządzenia muszą spełniać wymogi rozporządzenia w tym zakresie już w chwili powstania.

Istotnym problemem w trakcie prac nad projektem rozporządzenia był zamiar zastąpienia przez Ministerstwo Zdrowia dotychczas używanego terminu „oddział anestezjologii” terminem „dział anestezjologii”. Wprowadzenie nowego, niekorzystnego z punktu widzenia anestezjologii i intensywnej terapii, terminu „dział anestezjologii” zamiast dotychczasowego „oddział anestezjologii” uzasadniane było argumentem, iż „jest to komórka organizacyjna niezwiązana z posiadaniem łóżek etatowych”. Argumentem przeciwko użyciu w rozporządzeniu terminu „oddział anestezjologii” była treść *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania* [11]. Prawdopodobnie dzięki wspólnym działaniom środowiska anestezjologicznego, szczególnie Zarządu Głównego Związku Zawodowego Anestezjologów Minister Zdrowia przychylił się do pozostawienia dotychczasowej nazwy komórki organizacyjnej.

Liczby łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, powinna stanowić co najmniej 2 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Ministerstwo Zdrowia nie przychyliło się do licznych sugestii, wychodzących ze środowiska anestezjologicznego, zwiększenia minimalnej liczby łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, w szczególności w szpitalach klinicznych.

Usytuowanie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi.

W oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia się izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału, która posiada służbę umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych.

### **Poziomy referencyjne oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci**

Z dniem wejścia w życie rozporządzenia każdy oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu udzie-

lanych świadczeń zdrowotnych na rzecz dorosłych oraz dzieci, powinien mieć przypisany odpowiedni poziom referencyjny. Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniały wymagań zawartych w częściach: „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii” oraz „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci” mają obowiązek dostosowania się do powyższych wymagań w terminie nie dłuższym niż do dnia 1 lipca 2017 r. Oddziały, które z dniem 1 lipca 2017 roku, nie będą spełniały wymagań dla pierwszego (najniższego) poziomu referencyjnego nie będą mogły funkcjonować jako oddziały anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci.

Szczegółowe wymogi dotyczące poziomów referencyjnych przedstawiają się następująco:

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii - wymogi dla pierwszego poziomu referencyjnego:

- 1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii;
- 2) równoważnik co najmniej 4 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
- 3) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna;
- 4) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);
- 5) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki; (rozporządzenie ustala trzy poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii:
  - najniższy poziom opieki - potrzeba ciągłego monitorowania z powodu zagrożenia niewydolnością narządową – co najmniej 1 pielęgniarka na 3 stanowiska intensywnej terapii na zmianę;
  - pośredni poziom opieki - pacjent z 1 niewydolnością narządową bezpośrednio zagrażającą życiu i wymagającą mechanicznego lub

farmakologicznego wspomaganie – co najmniej 1 pielęgniarka na 2 stanowiska intensywnej terapii na zmianę;

- najwyższy poziom opieki - pacjent z 2 lub więcej niewydolnościami narządowymi, które bezpośrednio zagrażają życiu pacjenta i wymagają mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej 1 pielęgniarka na 1 stanowisko intensywnej terapii na zmianę)

6) zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:

- a) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- b) co najmniej jednego oddziału zabiegowego.

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii -

wymogi dla drugiego poziomu referencyjnego:

- 1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii;
- 2) równoważnik co najmniej 5 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
- 3) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna;
- 4) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);
- 5) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki;
- 6) zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:
  - a) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu;
  - b) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;
  - c) oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
  - d) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii -

wymogi dla trzeciego poziomu referencyjnego:

- 1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii;
- 2) równoważnik co najmniej 6 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
- 3) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna;
- 4) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy (lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji), w tym co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);
- 5) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki;
- 6) Równoważnik co najmniej 0,5 etatu - fizjoterapeuta - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń;
- 7) zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:
  - a) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu;
  - b) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;
  - c) oddziału chirurgii ogólnej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
  - d) oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego;
  - e) oddziału chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń.

W przypadku podmiotów leczniczych realizujących świadczenia wysokospecjalistyczne określone w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji nie stosuje się wymogów określonych w punkcie 7 c-e.

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - wymogi dla pierwszego poziomu referencyjnego:

- 1) co najmniej 4 stanowiska intensywnej terapii, w tym co najmniej 1 dla noworodków;

- 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków;
- 3) równoważnik co najmniej 4 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
- 4) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna;
- 5) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);
- 6) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki;
- 7) Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:
  - a) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi;
  - b) co najmniej jednego dziecięcego oddziału zabiegowego.

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - wymogi dla drugiego poziomu referencyjnego:

- 1) co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 3 dla noworodków;
- 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków;
- 3) równoważnik co najmniej 5 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
- 4) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna;
- 5) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi

- oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);
- 6) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki;
- 7) Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:
  - a) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi;
  - b) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;
  - c) oddziału chirurgii dziecięcej z możliwością udzielania świadczeń z zakresu traumatologii narządu ruchu oraz nagłych przypadków z zakresu neurochirurgii.

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - wymogi dla trzeciego poziomu referencyjnego:

- 1) co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii, w tym co najmniej 4 dla noworodków;
- 2) co najmniej 2 inkubatory otwarte z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci oraz co najmniej 1 inkubator zamknięty z możliwością fototerapii oraz ważenia dzieci, w przypadku udzielania świadczeń dla noworodków;
- 3) równoważnik co najmniej 6 etatów - lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
- 4) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii - pielęgniarka anestezjologiczna;
- 5) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – jednocześnie przez co najmniej 2 lekarzy (lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji), w tym co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii, we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);
- 6) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska – na każdej zmianie co najmniej 1 pielęgniarka anestezjologiczna, z uwzględnieniem szczegółowych poziomów intensywności opieki;
- 7) równoważnik co najmniej 0,5 etatu - fizjoterapeuta - odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń;

- 8) Zapewnienie działania w strukturze podmiotu leczniczego prowadzącego szpital:
- bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, w szczególności noworodkowi;
  - pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;
  - oddziału chirurgii dziecięcej lub oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
  - oddziału neurochirurgii lub chirurgii ogólnej realizujących świadczenia w obrębie czaszki, mózgowia i rdzenia kręgowego.

### Kwalifikacje kadry kierowniczej

Kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu powinien być lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarz będący przed dniem wejścia w życie rozporządzenia kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, który nie spełnia wymagań określonych w rozporządzeniu, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r. Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii wielokrotnie zwracał uwagę na brak konieczności istnienia przepisów przejściowych w tym zakresie. Jednakże zdaniem Ministerstwa Zdrowia problem istnieje i dotyczy kilku oddziałów w „szpitalach monoprofilowych”.

Należy zwrócić uwagę, iż zgodnie z przepisami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* [12] ordynatorem (lekarzem kierującym oddziałem) powinna być osoba posiadająca tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentystry i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej, która ponadto przepracowała co najmniej 8 lat pracy w zawodzie.

Pogląd niektórych pracodawców (ale nie tylko), iż w przypadku określania wymaganych kwalifikacji na stanowisku ordynatora (lekarza kierującego oddzia-

łem) i jego zastępcy należy stosować przepis dotyczący kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, zastępcy kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego jest z prawnego punktu widzenia błędny (przepis ten dozwala na kierowanie komórką organizacyjną przez lekarza posiadającego wyższe wykształcenie medyczne i specjalizację I stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny, który ponadto przepracował co najmniej 7 lat pracy w zawodzie).

Pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Pielęgniarka będąca w dniu wejścia w życie rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, która nie spełnia wymagań określonych w rozporządzeniu, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

### Leczenie bólu

W ramach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci mogą być udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu. W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziale anestezjologii lub oddziale anestezjologii dla dzieci w szpitalu może zostać utworzony zespół zajmujący się leczeniem bólu ostrego, głównie pooperacyjnego. W oddziale anestezjologii i intensywnej lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu mogą być również hospitalizowani chorzy wymagający, w celu leczenia bólu, wykonania inwazyjnych zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych albo odpowiedniego monitorowania lub leczenia.

### Resuscytacja

Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii przejmując na wezwanie prowadzenie resuscytacji i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.

## Anestezja

W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, w przypadku znieczulenia chorych powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II, lub III, a w pozostałych przypadkach, lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci. Lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie, jeżeli wykonanie tego znieczulenia jest bezpośrednio nadzorowane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii. Ustawodawca dopuszcza możliwość, aby lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii mógł jednocześnie nadzorować pracę nie więcej niż trzech lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia chorych, których stan ogólny według skali ASA odpowiada poziomowi I, II, lub III. W takim przypadku muszą być spełnione dodatkowe warunki: odbycie przez każdego z tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii; wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia oraz uzyskanie na taki nadzór zgody lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii nadzorujący pracę lekarzy w trakcie specjalizacji musi znajdować się w bezpośredniej bliskości znieczulanych chorych przez cały czas trwania znieczulenia. Z powyższego przepisu należy wysnuć wnioski, iż lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii nadzorujący pracę lekarzy w trakcie specjalizacji nie powinien w czasie sprawowania nadzoru wykonywać jakichkolwiek czynności, które ten nadzór czyniłyby wirtualnym, a w szczególności wykonywać w tym czasie innego znieczulenia. Odbycie przez lekarza

w trakcie specjalizacji co najmniej 2-letniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia potwierdza pisemnie kierownik specjalizacji. Potwierdzenie jest przechowywane w aktach osobowych lekarza w trakcie specjalizacji. Zgodnie z uzasadnieniem rozporządzenia „Przyjęcie powyższego rozwiązania ma na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji.” Takie stanowisko znajduje potwierdzenie w pracy habilitacyjnej prof. Przemysława Jałowickiego „Aktualny stan bezpieczeństwa znieczulenia w Polsce” [13].

Przepisy określające kwalifikacje, jakie powinny posiadać osoby udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, dotyczą wyłącznie sytuacji, gdy świadczenia takie udzielane są przez podmioty lecznicze. Nie dotyczą osób prowadzących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej lub w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej, czyli praktyk zawodowych, o których mowa w art. 5 ustawy. Jest to poważna luka prawna. Z formalnego punktu widzenia w polskim systemie prawa nie ma żadnego przepisu zabraniającego samodzielnego wykonywania znieczulenia ogólnego, zewnątrzoponowego czy podpajęczynówkowego przez lekarza nie będącego specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii prowadzącego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej (jako np. indywidualna praktyka lekarska) czy w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej (jako grupowa praktyka lekarska).

Przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji należy przestrzegać następujących standardów postępowania medycznego:

- 1) kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem, określa procedury przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykaz badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyśpieszonym i planowym;
- 2) kierownik podmiotu leczniczego, w porozumieniu z kierującym oddziałem, ustala sposób komunikacji alarmowej;
- 3) plan zabiegów wykonywanych w szpitalu ustala się w porozumieniu z kierującym oddziałem; plan ten powinien uwzględniać zasadę nadrzędności



- mniejszego ryzyka zagrożenia dla zdrowia i życia pacjenta, a w szczególności powinien być dostosowany do liczby lekarzy udzielających świadczeń z zakresu anestezji oraz do wyposażenia podmiotu leczniczego w wyrobry medyczne niezbędne do udzielania tych świadczeń;
- 4) w przypadku, gdy w szpitalu są wykonywane zabiegi na rzecz pacjentów dorosłych oraz na rzecz dzieci, plan zabiegów powinien dodatkowo uwzględniać zasadę rozdziału czasowego lub przestrzennego wykonywania zabiegów dla tych grup pacjentów;
  - 5) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi; lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia;
  - 6) jeżeli pacjent jest małoletni, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia nie może odbywać się w pomieszczeniach przeznaczonych dla pacjentów dorosłych;
  - 7) lekarz dokonujący kwalifikacji pacjenta do znieczulenia wypełnia kartę konsultacji anestezjologicznej, podczas kwalifikacji pacjenta do znieczulenia;
  - 8) dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby;
  - 9) lekarz dokonujący znieczulenia może w tym samym czasie znieczulić tylko jednego pacjenta; podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną;
  - 10) przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz dokonujący znieczulenia, a w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji również lekarz nadzorujący znieczulenie, jest obowiązany:
    - a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia,
    - b) skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania,
    - c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawkę ze środkami anestetycznymi, strzykawkę z lekami stosowanymi podczas znieczulenia,
    - d) przeprowadzić kontrolę zgodności biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia,
    - e) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu;
  - 11) lekarz dokonujący znieczulenia znajduje się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia;
  - 12) lekarz dokonujący znieczulenia wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniając w szczególności jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania;
  - 13) jeżeli inny lekarz kontynuuje znieczulenie pacjenta, lekarz ten ponosi odpowiedzialność za to znieczulenie od chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia; lekarz kontynuujący znieczulenie jest obowiązany zapoznać się ze wszystkimi informacjami dotyczącymi znieczulanego pacjenta, przebiegu znieczulenia oraz wyrobów medycznych; przejęcie odpowiedzialności za znieczulenie lekarz kontynuujący znieczulenie potwierdza pisemnie w karcie przebiegu znieczulenia;
  - 14) lekarz dokonujący znieczulenia może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji innego pacjenta, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza dokonującego znieczulenia pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna;
  - 15) transport pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora,

- urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu;
- 16) w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego. Przepisy punktów 5 i 7 - 15 stosuje się również do podmiotów leczniczych innych niż prowadzące szpital. Stanowisko znieczulenia wyposaża się w:
- 1) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym; aparaturę anestezjologiczną stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc wyposaża się także w:
    - a) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym,
    - b) alarm rozłączenia w układzie oddechowym,
    - c) urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania,
    - d) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych;
  - 2) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe;
  - 3) źródło tlenu, powietrza i próżni;
  - 4) urządzenie do ssania;
  - 5) zestaw do intubacji dotchawiczej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami;
  - 6) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i elektrostymulacji – co najmniej 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wyodrębnioną salę operacyjną;
  - 7) wyciąg gazów anestetycznych;
  - 8) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym;
  - 9) znormalizowany stolik (wózek) anestezjologiczny;
  - 10) źródło światła;
  - 11) sprzęt do dożylnego podawania leków;
  - 12) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy;
  - 13) aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
  - 14) termometr;
  - 15) pulsoksymetr;
  - 16) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych;
  - 17) kardiomonitor;
  - 18) kapnometr;
  - 19) monitor zwiotczenia mięśniowego – 1 na stanowisko znieczulenia;
  - 20) monitor gazów anestetycznych – 1 na stanowisko znieczulenia;
  - 21) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi;
  - 22) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych;
  - 23) urządzenie do ogrzewania pacjenta – co najmniej 1 na 3 stanowiska znieczulenia;

- 24) sprzęt do szybkich przetoczeń płynów;
- 25) sprzęt do regulowanych przetoczeń płynów;
- 26) co najmniej 3 pompy infuzyjne.

### Sale nadzoru poznieczuleniowego

W ramach oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziału anestezjologii w szpitalu powinna być wyodrębniona sala nadzoru poznieczuleniowego odrębna dla pacjentów dorosłych oraz dzieci, która znajduje się w obrębie bloku operacyjnego lub bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologa, w oddziale (nie może być łączona ze stałą obecnością lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na stanowisku intensywnej terapii). Bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzą pielęgniarki anestezjologiczne, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

Stosunek liczby pielęgniarek anestezjologicznych w sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie do liczby faktycznie obłożonych stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinien być niższy niż 1:4.

Powierzchnia pokoi łóżkowych w sali nadzoru poznieczuleniowego powinna wynosić: dla pokoju 1-stanowiskowego - co najmniej 18,0 m<sup>2</sup>, dla pokoju wielostanowiskowego - co najmniej 16,0 m<sup>2</sup> na 1 stanowisko. Jest to bardzo istotna nowość. Zgodnie z uzasadnieniem rozporządzenia „wprowadzenie zapisów dotyczących wymagań przestrzennych ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa chorych, jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie zminimalizowanie ryzyka zagrożenia życia chorych”.

Wyposażenie sali nadzoru poznieczuleniowego lub stanowiska nadzoru poznieczuleniowego:

- 1) wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii;
- 2) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji;
- 3) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100 % – co najmniej 1 na salę nadzoru poznieczuleniowego;
- 4) stanowiska nadzoru poznieczuleniowego:
  - a) źródło tlenu, powietrza i próżni,
  - b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,

- c) monitor EKG,
  - d) pulsoksymetr,
  - e) termometr;
- 5) elektryczne urządzenia do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska nadzoru poznieczuleniowego;
  - 6) zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

## Intensywna terapia

Świadczenia z zakresu intensywnej terapii są udzielane w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu ustala się następujące standardy postępowania:

- 1) prowadzi się ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem inwazyjnych i wspomagających czynności podstawowych układów organizmu;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej, w oddziale;
- 3) intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 5) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz odbywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii staż specjalizacyjny w ramach innych dziedzin medycyny lub staż podyplomowy, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 6) na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej;
- 7) należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

Leczenie chorych w ramach intensywnej terapii w szpitalu ma charakter interdyscyplinarny.

W razie, gdy stan pacjenta nie wymaga dalszego postępowania w zakresie intensywnej terapii, leczenie przejmują inne oddziały szpitala.

W celu prawidłowego udzielania świadczenia z zakresu intensywnej terapii podmiot leczniczy prowadzący szpital zapewnia możliwość przeprowadzania w lokalizacji rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń, całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych.

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii powinien być wyposażony w:

- 1) elektryczne urządzenie do ssania – co najmniej 1 na 3 stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż 2 w oddziale;
- 2) sprzęt do pomiaru rzutu serca - co najmniej 1 na cztery stanowiska intensywnej terapii;
- 3) aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego - co najmniej 1 na osiem stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ;
- 4) bronchofiberoskop - co najmniej 1 na oddział;
- 5) sprzęt do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego - co najmniej 1 na oddział;
- 6) przyłóżkowy aparat rentgenowski – co najmniej 1 na oddział;
- 7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji i zewnętrznej stymulacji serca - co najmniej 1 na oddział;
- 8) respirator transportowy - co najmniej 1 na 5 stanowisk.

W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapewnia się dodatkowo przyłóżkowy aparat usg, aparat do pomiaru laboratoryjnych parametrów krytycznych oraz zestaw do zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w przypadku wystąpienia zdarzenia, jakimi są „trudne drogi oddechowe”; w skład zestawu wchodzi co najmniej:

- 1) laryngoskop z łopatką z łamanym zakończeniem;
- 2) rękójść krótka;
- 3) maski krtaniowe w różnych rozmiarach;
- 4) prowadnica długa i sprężysta (typ bougie);
- 5) prowadnica światłowodowa lub video laryngoskop;

- 6) rurki ustno-gardłowe;
- 7) rurka krtaniowa;
- 8) zestaw do konikopunkcji;
- 9) zestaw do tracheotomii.

Powierzchnia pokoi łóżkowych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii wynosi: dla pokoju 1-stanowiskowego - co najmniej 18,0 m<sup>2</sup>, dla pokoju wielostanowiskowy - co najmniej 16,0 m<sup>2</sup> na 1 stanowisko.

Stanowisko intensywnej terapii wyposaża się w:

- 1) łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwdleżynowym;
- 2) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21 – 100 %;
- 3) źródła elektryczności, tlenu, powietrza i próżni;
- 4) zestaw do intubacji i wentylacji z workiem samorozprężalnym;
- 5) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym co najmniej 6 pomp infuzyjnych;
- 6) kardiomonitor;
- 7) pulsoksymetr;
- 8) kapnograf;
- 9) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną;
- 10) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi;
- 11) materac lub inne urządzenie od aktywnej regulacji temperatury pacjenta;
- 12) fonendoskop.

### **Ocena jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci**

Lekarz kierujący oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu przeprowadza raz w roku ocenę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale, w szczególności zgodności postępowania z procedurami przygotowania pacjenta do znieczulenia, aktualnymi zaleceniami odpowiednich towarzystw naukowych, kompletności dokumentacji i występowania zdarzeń medycznych, o których stanowi art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

### **Pozostałe przepisy przejściowe**

Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia: w części I „Organizacja udzielania świadczeń”, „Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny” oraz „Pozostałe wymagania” - w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2016 r.; w części I „Personel” oraz w części II „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii”, oraz w części III „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci” - w terminie nie dłuższym niż do dnia 1 lipca 2017 r.; w części I „Wymagania przestrzenne” - w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

Sformułowanie powyższego przepisu przejściowego powoduje, iż podmioty lecznicze powstałe po dniu wejścia w życie rozporządzenia powinny spełniać wymogi rozporządzenia w tym zakresie już w chwili powstania.

Powyższy przepis w zakresie obowiązku dostosowania się do wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia dotyczących „Wyposażenia stanowiska znieczulenia” stosuje się, w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2016 r., do podmiotów leczniczych prowadzących ambulatorium lub przedsiębiorstwo, w którym udzielane są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne, oraz do prowadzących praktyki zawodowe.

### **Konflikt interesów / Conflict of interest**

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Mariusz Piechota

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

90-647 Łódź, Plac Hallera 1

☎ (+48 42) 639 30 70

F① (+48 42) 639 30 88

✉ mariuszpiechota@poczta.onet.pl

**Piśmiennictwo**

1. <http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2013/15>
2. Guidelines for intensive care unit design. Guidelines/Practice Parameters Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1995;23:582-8.
3. Ferdinande P. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. Members of the Task Force of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 1997;23:226-32.
4. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1999;27:633-8.
5. The Intensive Care Society. Levels of critical care for adult patients. 2002. London, The Intensive Care Society.
6. Valentin A, Ferdinande P. ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. Intensive Care Med 2011;37:1575-87.
7. Ellis P. Marik Intensive Care Unit Admission and Discharge Criteria. Chapter 46;386-397 in Handbook of Evidence – Based Critical Care. New York: Springer-Verlag; 2001.
8. Bion JF. Approaches to improving the reliability and safety of patient care. Chapter H, p. 487-497 in Patient safety and quality of care in intensive care medicine. Authors Jean Daniel Chiche, Rui Moreno, Christian Putensen, Andrew Rhodes. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2009.
9. Endacott R. Documenting care in ICU-An expert witness view. Chapter D, p 171-177, in Patient safety and quality of care in intensive care medicine. Authors Jean Daniel Chiche, Rui Moreno, Christian Putensen, Andrew Rhodes. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2009.
10. <http://www.anestezjologia.org.pl/news,news,81.html>
11. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120000594>
12. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111510896>
13. Jałowiecki P. Aktualny stan bezpieczeństwa znieczulenia w Polsce. Rozprawa habilitacyjna ŚAM. Warszawa: Fundacja na Rzecz Bezpiecznego Znieczulenia; 2000.



**Konferencja Ratownictwa Medycznego  
22 czerwca 2012 - Żyrardów  
FAST w praktyce medycyny ratunkowej**

Konferencja ma na celu przedstawienie podstawowych zasad wykorzystania techniki USG w ocenie pacjentów. Składać się będzie z części teoretycznej i praktycznej. W części praktycznej uczestnicy konferencji będą mieli możliwość zdobycia umiejętności obsługi i podstaw diagnostyki z wykorzystaniem aparatu USG. Tematyka konferencji naukowo-szkoleniowej jest dedykowana ratownikom i lekarzom, którzy w swojej praktyce zawodowej spotykają się z pacjentami będącymi w stanie zagrożenia życia, w szczególności w ramach dyżuru SOR.

Konferencja jest adresowana zarówno do osób, które posiadają już pewne doświadczenie w badaniu technikami USG, jak również do tych, którzy do tej pory nie prowadzili tego typu diagnostyki.

Zapisy na stronie: [www.konferencje.cm.edu.pl](http://www.konferencje.cm.edu.pl)