

O nowych propozycjach standardów organizacji, postępowania i wyposażenia intensywnej terapii

# Samokontrola



Niedawno ukazał się projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardów postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotu leczniczego. Rozporządzenie traktuje jednak dużo bardziej o organizacji oraz wyposażeniu oddziałów intensywnej terapii niż o standardach postępowania w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Lektura projektu sprawia wrażenie, że został on podyktowany przez grupę zawodową lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.

Należy dodać, że w znakomitej większości nie są oni specjalistami z zakresu organizacji pracy szpitala, zarządzania, ekonomiki medycyny ani parametrów technicznych i kosztowych aparatury szpitalnej.

## Podpowiadacze

Rozporządzenie promuje jeden, bardzo tradycyjny podział szpitala na oddziały według kryterium specjalności lekarskiej, podczas gdy w innych przepisach krajowych oraz dość powszechnie w praktyce międzynarodowej funkcjonuje nowoczesny podział na interdyscyplinarne rejony według stopnia natężenia opieki medycznej (nie tylko lekarskiej) nad pacjentem.

Rozporządzenie preferuje także mało nowoczesny model funkcjonowania szpitala oparty na systemie

ordynatorskim, nie zauważając, że w wielu placówkach europejskich oraz w coraz większej liczbie polskich z powodzeniem działa system pracy zespołowej, lekarski model konsultantów lub samodzielnych specjalistów, a oddziałami zarządzają menedżerowie, niekoniecznie lekarze. Mamy już przykłady z polskiego rynku, gdzie szpital powierzający zarządzanie oddziałami pielęgniarce menedżerom znacznie polepszył efektywność kosztową działania.

## Bez odwołań

Zapisy projektu rozporządzenia utrudniają albo nawet uniemożliwiają zarządzającym szpitalami korzystanie z dobrodziejstw zewnętrznych konsultantów ds. jakości, jednostronnie cedując kontrolę nad jakością pra-

cy OAIT na lekarza kierownika. Specjaliści anestezjologodzy sugerują więc, że kontrola jakości powinna być ich sprawą wewnętrzną. Taka samokontrola byłaby przecież niezgodna z podstawowymi standardami zarządzania jakością.

Zapisy projektu rozporządzenia utrudniają zarządzającym szpitalami prowadzenie nowoczesnej gospodarki zasobami placówki, wiążąc całość działań anestezjologii z działaniami z zakresu intensywnej terapii. Wymogi efektywności kosztowej działania szpitala oraz dobra praktyka międzynarodowa, a wielokrotnie także krajowa, przemawiają za możliwością prowadzenia znieczulenia zabiegowego w sali operacyjnej, niezależnie od leczenia na oddziale intensywnej terapii. Znieczulanie pacjentów do operacji jest jednym z elementów wielodyscyplinarnej opieki w szpitalu. Nie powinno się stwarzać atmosfery „kupowania” usług znieczulenia przez oddziały chirurgiczne. Takie myślenie rozbija spójność organizacyjną szpitala oraz przyczynia się do powstawania niepotrzebnych konfliktów. Na szczęście blok operacyjny i tak jest już obszarem wielodyscyplinarnej i komple-ksowej medycyny. Dlatego też najbardziej właściwe byłoby dopuszczenie oddzielenia intensywnej terapii, jako najwyższego stopnia natężenia opieki nad pacjentem w szpitalu, od innych działań tradycyjnie prowadzonych przez lekarzy anestezjologów, które powinny być koordynowane przez administrację szpitala oraz lekarzy prowadzących i pielęgniarki. Co więcej, dodatkowa działalność lekarzy anestezjologów, na przykład leczenie bólu, sedacje do procedur medycyny interwencyjnej czy procedury naczyniowe (np. wkłucia centralne), mogą być z powodzeniem wykonywane przez niezależnych lekarzy konsultantów, samodzielnych specjalistów lub lekarzy innych specjalności.

### Leczenie bólu

W wypadku leczenia bólu projekt rozporządzenia w sposób nieuzasadniony preferuje lekarzy anestezjologów, podczas gdy problemem zajmują się – i powinni się zajmować – także lekarze innych specjalności, np. chorób wewnętrznych, onkolodzy, neurologodzy czy lekarze medycyny paliatywnej. Ból jest objawem, można go leczyć w różny sposób, a leczenie interwencyjne, w którym ekspertami są anestezjologodzy, jest tylko jedną z metod.

W uzasadnieniu projektu błędnie napisano, że jego wprowadzenie nie spowoduje zwiększenia wydatków. Jest oczywiste, że wzrost nakładów na wynagrodzenia, szczególnie grupy lekarzy anestezjologów, oraz wymagań dotyczących sprzętu, a także zmniejszenie możliwości efektywnego zarządzania szpitalem będzie się wiązać z koniecznością poniesienia znacznych nakładów finansowych przez właścicieli szpitali, którymi są przede wszystkim samorządy.

### Wielodyscyplinarność

W projekcie znajduje się bardzo dobry oraz nowoczesny zapis o wielodyscyplinarności intensywnej tera-

pii. Liczne inne zapisy projektu rozporządzenia niestety są z nim sprzeczne. Wielodyscyplinarność opieki nad pacjentem w szpitalu jest podstawą nowoczesnej medycyny. Zapis w obecnym brzmieniu projektu pozostaje jednak niewiele znaczącą deklaracją. Ciekawe, że w tym punkcie nie zdecydowano się na żadne doprecyzowanie, podczas gdy w innych miejscach mamy do czynienia z nadregulacją. Jest to dowód na brak wielodyscyplinarnej współpracy podczas tworzenia projektu rozporządzenia.

Przyjęto nieuzasadnione założenie, że przy małych oddziałach o niskim stopniu referencyjności, a co za tym idzie – niskim stopniu natężenia intensywnej terapii w porównaniu z wyższymi poziomami referencyjności – potrzeba minimum jednego lekarza specjalisty na każde łóżko podczas zwykłych godzin pracy.

„ Rozporządzenie preferuje model funkcjonowania szpitala oparty na systemie ordynatorskim, nie zauważając, że w wielu szpitalach europejskich i w coraz większej liczbie polskich działa już system pracy zespołowej „

### Nadregulacja

Projekt rozporządzenia jest typowym przykładem nadregulacji w polskim systemie ochrony zdrowia. Udzielanie świadczeń medycznych w szpitalach zgodnie ze standardami krajowych i międzynarodowych towarzystw medycznych zarówno lekarskich, jak i pielęgniarskich oraz normami instytucji akredytacyjnych czy certyfikacyjnych jest standardowym celem kadry zarządzającej szpitali. Projekt rozporządzenia świadczy o niskim poziomie zaufania do tych instytucji i do kadry zarządzającej.

Rozporządzenie niesłusznie zakłada, że istnienie oddziału intensywnej terapii definiuje konieczność posiadania innych oddziałów przez szpital. Powinno być odwrotnie – określony poziom referencyjności szpitala ma się wiązać z określonym zakresem działalności medycznej. Nie należy nadmiernie mnożyć wąskospecjalistycznych oddziałów, bo jest to mało efektywne kosztowo i organizacyjnie dalekie od rozwiązania optymalnego. Współczesna medycyna wymaga pracy zespołowej i racjonalnego gospodarowania zasobami szpitala. Nale-

„ Współczesna medycyna wymaga pracy zespołowej i jak najbardziej racjonalnego gospodarowania zasobami szpitala ”



fot.: iStock.com

„ W wypadku leczenia bólu projekt rozporządzenia w sposób nieuzasadniony preferuje lekarzy anestezyjologów, podczas gdy problemem tym zajmują się – i powinni się zajmować – także lekarze innych specjalności ”

ży dążyć do zapewnienia określonego zakresu i poziomu natężenia świadczeń medycznych. Kuriozalne jest wymaganie wyposażenia stanowiska intensywnej terapii w słuchawki lekarskie, czyli stetoskop (w rozporządzeniu nazywany fonendoskopem). Rodzi się pytanie, czy naprawdę musimy takie rzeczy określać aż na poziomie ministerialnym.

Najbardziej właściwe byłoby używanie nazwy Oddział Intensywnej Terapii, w skrócie OIT, jako zuniifikowanej nazwy oddziału szpitalnego czy też obszaru szpitalnego o najwyższym stopniu natężenia działalności medycznej. Ktoś kiedyś u nas wyrugował nazwę OIOM, chyba anestezyjology. Czyż intensywna opieka nie jest pojęciem szerszym od terapii?

### Jak poprawiać

W opinii Polskiej Federacji Szpitali, jako reprezentatywnej organizacji pracodawców sektora szpitalnego w Polsce oraz członka Europejskiej Federacji Szpitali, przedstawiony projekt rozporządzenia obarczony jest licznymi mankamentami. Za główny problem uważamy zbyt głębokie wnikanie rozporządzenia w organizację pracy szpitala i jednostronność w kierunku faworyzowania jednej specjalności lekarskiej. Pomimo zawarcia w jednym z paragrafów słusznej tezy o wielodyscyplinarności intensywnej terapii, pozostałe zapisy są wręcz jej zaprzeczeniem. Wprowadzenie rozporządzenia w obecnym kształcie spowodowałoby naszym zdaniem istotny wzrost kosztów leczenia oraz ograniczenie możliwości optymalnego gospodarowania zasobami szpitala, zarówno ludzkimi, jak i materialnymi.

Postulujemy powołanie grupy roboczej z udziałem przedstawicieli Polskiej Federacji Szpitali, organizacji menedżerów ochrony zdrowia oraz odpowiednich towarzystw medycznych – lekarskich i pielęgniarskich – celem wypracowania optymalnego kształtu regulacji prawnych w dziedzinie organizacji intensywnej terapii w szpitalu. Nasze stanowisko było szeroko konsultowane w gronie kilkudziesięciu członków władz federacji, zarówno zarządu, jak i rady naczelnej. W konsultacjach brali udział dyrektorzy szpitali z wykształceniem menedżerskim oraz medycznym, w tym kilku lekarzy specjalistów z dużym doświadczeniem w zakresie intensywnej terapii, a także anestezyjologii. Polska Federacja Szpitali przesłała swoje stanowisko w trybie konsultacji. Jak się niedawno z zadowoleniem dowiedzieliśmy, zostało ono uwzględnione przez Ministerstwo Zdrowia. Szacujemy, że dzięki naszym działaniom przeciętny polski szpital nie zostanie narażony na dodatkowe wydatki w wysokości kilkuset tysięcy złotych rocznie. Cieszymy się, że mogliśmy w ten sposób przyczynić się do efektywnej kosztowo optymalizacji funkcjonowania polskiego szpitalnictwa.

Jarosław J. Fedorowski  
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali