



# Pielęgniarka anestezyjologiczna bohaterem

Jak zwykle, gdy państwo nie działa, herosami zostają zwykli ludzie, pracownicy ochrony zdrowia. Tak jest w przypadku walki z koronawirusem, w której najgorsze dopiero przed nami. Teraz ważne wydają się już tylko dwie rzeczy – siły i środki, w szczególności siły i środki pielęgniarek anestezyjologicznych.

Zwracam uwagę na kadry medyczne i ich właściwe wykorzystanie oraz na stworzenie warunków do ich sensownego uzupełnienia, na liczbę gotowych do nowych przyjęć miejsc intensywnej terapii, liczbę i jakość respiratorów, punktów dostępu do tlenu, powietrza i próżni, zapasy ciekłego tlenu i gwarancję ich uzupełniania. Każdy z tych elementów jest osobnym i trudnym do rozwiązania problemem. Od każdego z nich może zależeć porażka procesu terapeutycznego w każdej lokalizacji w Polsce.

Wiemy, że startujemy ze złej pozycji wyjściowej. Zasoby naszej intensywnej terapii jeszcze przed erą COVID-19 nie były wystarczające w stosunku do potrzeb systemu ochrony zdrowia. Liczba stanowisk intensywnej terapii powinna stanowić od 4 proc. wszystkich łóżek w szpitalach ogólnych i powiatowych do 10 proc. w szpitalach uniwersyteckich (tak jest w Unii Europejskiej). Polskie realia to odpowiednio od 2 proc. do 5 proc. Z powodu deficytu miejsc na polskie oddziały intensywnej terapii (OIT) kwalifikowani są chorzy w dużo cięższym stanie początkowym niż w krajach „starej” Europy. Świadczą o tym porównania oceny ciężkości stanu chorego w chwili jego kwalifikowania do przyjęcia na OIT na podstawie odpowiednich skal. Poza tym w Polsce nie ma oddziałów intensywnej terapii pośredniej czy pośredniej opieki wzmożonej. Ich brak zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu chorego wyleczonego, ale przedwcześnie wypisanego z OIT.

Jeśli pacjent z powodu konieczności znalezienia wolnego miejsca dla następnego chorego zostaje wypisany z OIT na macierzysty oddział bezpośrednio po oparowaniu zagrożenia zdrowotnego, które było podstawą przyjęcia do OIT, istnieje niebezpieczeństwo, że w warunkach istotnie gorszej opieki i gorszych możliwości monitorowania jego stan szybko się pogorszy i będzie znowu wymagał intensywnej terapii, często z dużo gorszym rokowaniem co do przeżycia i jakości życia. To powoduje, że w wielu sytuacjach pobyt chorego na OIT jest świadomie przedłużany, co w efekcie może ograniczyć i tak już trudny dostęp do OIT dla kolejnych chorych. Jedyne, co odpowiedzialny organizator ochrony zdrowia może w takiej sytuacji zrobić, to ponownie zidentyfikować wszystkie dostępne źródła gazów medycznych w szpitalu i zaplanować takie ustawienie łóżek w salach, żeby możliwie największa liczba chorych mogła mieć jednocześnie dostęp do tlenu. W wielu placówkach już teraz życie zmusza do wymyślania rozwiązań, które pozwolą korzystać dwom, maksymalnie trzem osobom z jednego źródła tlenu. Według naszego doświadczenia skuteczny jest np. zestaw do przygotowywania worków do żywienia pozajelitowego. Do utworzenia każdego dodatkowego stanowiska intensywnej terapii konieczne są dwa źródła sprężonego tlenu, jedno źródło sprężonego powietrza i dwa źródła próżni. W przypadku dysponowania respiratorem, w który wbudowana jest sprężarka, źró-



dło sprężonego powietrza nie jest potrzebne. Równie ważne jest wyposażenie każdego potencjalnego stanowiska w wystarczającą liczbę (minimum 12) źródeł prądu. Teraz właśnie te nowe miejsca do leczenia chorych wymagających intensywnej terapii są szczególnie ważne. Niezbędnego sprzętu (łóżka, monitory itd.) jest według rządzących pod dostatkiem i w zasadzie nie mamy podstaw, żeby w te zapewnienia nie wierzyć. Jest oczywiście niepewność co do jakości i przydatności wszystkich 11 tys. respiratorów, o których od początku mówi Ministerstwo Zdrowia, ale to nie są dane jawne. Nie wiemy, jaki odsetek tych urządzeń to respiratory klasy umożliwiającej leczenie chorych z ostrym uszkodzeniem płuc (ALI, ARDS), ile spośród nich to aparaty do znieczulenia i respiratory transportowe, a ile respiratory do wentylacji domowej. Te ostatnie są zupełnie nieprzydatne w leczeniu chorych na COVID-19. Nie umożliwią też wentylowania pacjentów ze schorzeniami innymi niż COVID-19, gdyby ktoś wpadł na pomysł zabierania im respiratorów jakościowo lepszych i zastąpienia ich urządzeniami do wentylacji zwyczajowo prowadzonej w domu. Większość aparatów do znieczulenia, nawet jeśli ich mechaniczna część oddechowa umożliwia stosowanie trybów uznanych za skuteczne w leczeniu ALI, nie nadaje się do prowadzenia dłuższej trwającej respiratoroterapii. Dla bezpieczeństwa chorych z uszkodzeniem płuc w przebiegu infekcji SARS-CoV-2 kluczowe okazują się jednak respiratory transportowe będące na wyposażeniu oddziałów intensywnej terapii, szpitalnych oddziałów ratunkowych lub izb przyjęć, zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), covidowych zespołów transportowych czy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Najślabszym ogniwem są

tu wszelkiego rodzaju zespoły transportujące chorych w karetkach. Chcielibyśmy, żeby wszystkie ZRM posiadały skuteczny u chorych na COVID-19 respirator transportowy, a członkowie ZRM potrafili poprawnie obsługiwać to urządzenie. Niestety dość często zespoły te mają respirator ratowniczo-transportowy o niewystarczających parametrach technicznych lub ich członkowie nie dysponują umiejętnością obsługi urządzeń, a zdarza się, że po prostu sprawnego respiratora nie ma. Narodowy Fundusz Zdrowia, który firmuje wymóg posiadania respiratora ratowniczo-transportowego przez każdy zespół ratownictwa medycznego typu P i S, nie ogłosił w swoim zarządzeniu, jakie są minimalne parametry techniczne tego urządzenia. Skutek może być taki, że w czasie transportu do innego ośrodka stan chorego wentylovanego niskiej klasy respiratorem albo wentylovanego ręcznie workiem samorozprężalnym (z lub bez rezerwuaru tlenowego i zastawki PEEP) ulegnie pogorszeniu, co wtórnie ograniczy jego szanse na przeżycie i wyleczenie. Alternatywnym rozwiązaniem dla ryzykownego transportu jest wykorzystanie sił Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, które jest gwarantem jakości personelu i sprzętu. Niestety nie zawsze śmigłowiec może dolecieć. W takiej sytuacji istnieje możliwość zadysponowania zespołu transportowego o standardzie zespołu podstawowego ZRM, w którym razem z chorym pojedzie lekarz leczący go dotychczas wraz z koniecznym sprzętem medycznym. To rozwiązanie ma dwa słabe punkty. Pierwszym problemem jest to, kto przejmie odpowiedzialność za pozostałych chorych w trakcie dyżuru medycznego po opuszczeniu szpitala przez lekarza. Drugim są kwestie ubezpieczenia lekarza w czasie transportu medycznego.

#### Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek

Nie chcę więcej nikogo epatować szczegółami dotyczącymi tego, czy respiratorów wystarczy czy nie. Dostatecznie długo tym problemem – i tylko tym – zajmowali się politycy i dziennikarze popularnych mediów. Ile mamy respiratorów, czy ich wystarczy, gdzie są respiratory ministra Łukasza Szumowskiego, co one mają, a czego nie mają? Przez długi czas nikt z polityków i dziennikarzy nie stawiał publicznie pytań, co ze specjalistycznymi kadrami medycznymi i co z budowaniem zaplecza dla tych kadr na tzw. gorsze chwile pandemii. Było naprawdę dużo czasu. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki trwa 3 miesiące. Od wiosny w każdym województwie można było zorganizować przynajmniej jedną jego edycję. Nie zrobiono kompletnie nic, żebyśmy do obsługi środków, o których wspominałem wcześniej, mieli teraz jakiś zapas sił, czyli kadr medycznych. Do niektórych osób dopiero teraz zaczyna docierać, że dużo wcześniej, zanim uruchomiony zostanie ostatni respirator, zabraknie osób, które mogłyby go bezpiecznie i skutecznie obsługiwać.



Fot. iStockphoto.com

„Najślabszym ogniwem łańcucha przeżycia w zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w Polsce nie są respiratory i brak lekarzy anestezjologów – jest nim niewystarczająca liczba pielęgniarek ze specjalizacją lub po kursie z anestezjologii i intensywnej opieki medycznej”

Tu musi paść pytanie: czy leci z nami pilot, czy w kokpicie tego nurkującego samolotu jest ktokolwiek, kto wie chociażby, jak wygląda wolant? Przecież wszyscy mogliśmy śledzić przebieg wypadków w Lombardii, w Hiszpanii itd. Rządzący, jeśli nie rozumieli pokazywanych obrazów, mieli możliwość porozmawiania z lekarzami-żołnierzami z obsługującego polityków Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, którzy byli w Lombardii i pracowali tam w najgorszym epidemicznie okresie. Tym, co zawiodło w Lombardii, był właśnie niedostatek merytorycznie przygotowanych rezerwowych kadr medycznych. Epidemia rozwijała się w tempie podobnym do obserwowanego teraz w Polsce. Potrzeby w zakresie prowadzenia technik intensywnej terapii okazały się tak rozległe, że zabrakło osób, które potrafiłyby uruchomić kolejny respirator oraz bezpiecznie kontrolować i monitorować jego pracę. Zabrakło etapu edukowania potencjalnych nowych kadr medycznych. Edukowanie przypadkowych lekarzy w sytuacji epidemicznego armagedonu musiało skutkować stratami w ludziach po obu stronach. Pacjenci umierali nie tylko z powodu COVID-19, lecz także z powodu powikłań nieprawidłowo prowadzonych technik wentylacji wspomaganą i zastępczą respiratorem. Pracownicy ochrony zdrowia też umierali, ale z powodu

braku umiejętności zachowania podstawowych zasad bezpieczeństwa w trakcie realizowania świadczeń medycznych u krytycznie chorych na COVID-19. Godne szczególnej uwagi jest spostrzeżenie, że wśród zmarłych we Włoszech osób z personelu medycznego nie było pielęgniarek anestezjologicznych oraz lekarzy intensywistów. Pośród tych, którzy zmarli, nie było zatem osób znających i na co dzień stosujących zasady aseptyki i antyseptyki oraz świadomych dróg szerzenia się zakażenia. Obecna sytuacja w Polsce wskazuje, że mamy wszelkie szanse na skopiowanie włoskiej katastrofy. Decyzje wojewodów o kierowaniu w trybie natychmiastowym do dowolnego ośrodka leczącego chorych z dodatnim wynikiem testu w kierunku COVID-19 pracowników ochrony zdrowia, którzy nie mają żadnego doświadczenia w pracy z chorym zakaźnym, bez przeszkolenia chociażby z zasad bezpieczeństwa własnego, prawidłowego zakładania i zdejmowania środków ochrony osobistej, można porównać do wysyłania piechoty do ataku na bunkier z CKM. Podstawową zasadą medycyny ratunkowej jest bezpieczeństwo osoby udzielającej pomocy. Pierwszym pytaniem, na które na miejscu zdarzenia (zachorowania) musi sobie odpowiedzieć udzielający pomocy, jest to, czy jest bezpiecznie. Musi być bezpiecznie, bo jeżeli nie jest, za chwilę pomocy trzeba będzie udzielić również osobie ratującej. Samo delegowanie pracowników ochrony zdrowia w sytuacji kryzysu w konkretną lokalizację ma prawne umocowanie, ale musi być poprzedzone zapewnieniem w tej lokalizacji dostępu do adekwatnych do sytuacji i konkretnego chorego środków ochrony osobistej i skutecznym szkoleniem wstępnym. Wojewoda, delegując lekarza w miejsce udzielania pomocy chorym na COVID-19, staje się za niego osobiście odpowiedzialny. Powinien mieć świadomość nieuniknionej odpowiedzialności – każdej, również zawodowej – za całe zło, które uczyni, i całe dobro, którego – mając obowiązki i sposobność – nie zrobi. Miałem nadzieję, że kiedy zdrowie i życie Polek i Polaków jest w niebezpieczeństwie, projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 będzie dobry. Z każdym kolejnym czytaniem widzę jednak, że jest on niesprawiedliwy, dzieli pracowników ochrony zdrowia, zabiera dzieciom matki lub ojców, niesie zagrożenie dla zdrowia i życia chorych przewlekłe pracowników ochrony zdrowia, a wśród nich mężczyzn, którzy przekroczyli 60. rok życia, a także zawłaszcza w państwie to, czego wcześniej zawłaszczyć się jeszcze nie udało. Naprawdę trudno to skomentować. Twórcą tego beznadziejnego prawa chciałoby się natychmiast zablokować możliwość leczenia w oddzielnych lecznicach VIP-owskich przez ich likwidację. Dopóki polityk nie stanie w kolejce do zrobienia testu czy do lekarza specjalisty, nic do niego nie dotrze. Nie rozumiem, co się dzieje, i niewiele uczyni, żeby to zmienić.

”Przekształcanie kolejnych szpitali w jednostki covidowe powoduje, że zatrudniony w nich personel pielęgniarski przestaje świadczyć dodatkowe usługi w innych placówkach ochrony zdrowia. Zaczynają się zatem pojawiać problemy z zapewnieniem bezpiecznych warunków pracy dyżurowej na OIT”

### Siły intensywnej terapii

Najślabszym ogniwem łańcucha przeżycia w zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w Polsce nie są respiratory i brak lekarzy anestezjologów – jest nim niewystarczająca liczba pielęgniarek ze specjalizacją lub po kursie z anestezjologii i intensywnej opieki medycznej oraz takich, które co prawda nie mają jeszcze potwierdzenia kwalifikacji zawodowych, ale ich doświadczenie i umiejętności wynikające z wieloletniej pracy na OIT są nieocenione. Wkład i wpływ pielęgniarek, ale również ratowników medycznych i fizjoterapeutów, na proces leczenia pacjentów jest ogromny. Szczególnie dobrze jest to widoczne właśnie na OIT, gdzie profesjonalna opieka pielęgniarska i fizjoterapeutyczna bywa tak samo ważna jak najlepiej prowadzony proces diagnostyczno-leczniczy. Na naszych OIT pielęgniarki pracują ciężko fizycznie, w trudnym środowisku, wśród licznych wysokospecjalistycznego sprzętu, który muszą potrafić obsługiwać, z obciążającym wpływem tej pracy na psychikę. Pielęgniarek anestezjologicznych na tzw. rynku pracy brakuje. Ile pielęgniarek anestezjologicznych faktycznie pracuje w systemie ochrony zdrowia, wie tylko Narodowy Fundusz Zdrowia, a i ta wiedza jest niepełna. Nie posiada on informacji o pielęgniarkach pracujących w sektorze prywatnym, który nie realizuje świadczeń finansowanych przez NFZ. Tylko NFZ natomiast wie, kto realizuje świadczenia medyczne finansowane ze środków publicznych w poszczególnych szpitalach. Pielęgniarki anestezjologiczne pracują w dwóch lub nawet większej liczbie jednostek ochrony zdrowia, dlatego tak trudno oszacować aktualną liczbę aktywnych w zawodzie. Tylko zasada pracy w kilku jednostkach jednocześnie pozwala systemowi jeszcze działać. Decyzja personelu o pracy wyłącznie w jednej jednostce ochrony zdrowia bądź o odejściu z opieki medycznej byłaby równoznaczna z katastrofą systemu. Właśnie nadchodzi chwila prawdy. Przekształcanie kolejnych szpitali w jednostki covidowe powoduje, że zatrudniony w nich personel pielęgniarski przestaje świadczyć dodatkowe usługi w innych placówkach ochrony zdrowia. Zaczynają się zatem pojawiać problemy z zapewnieniem bezpiecznych warunków pracy dyżurowej na OIT. Za chwilę przepisy Kodeksu pracy i wynikający z niego czas pracy przestaną *de facto* obowiązywać, co jeszcze pogorszy możliwości zapewnienia dyżurowej kadry pielęgniarek na OIT.

Fakt niedoboru pielęgniarek anestezjologicznych może wydawać się dziwny. Przecież spośród możliwości realizowania się zawodowego pielęgniarstwa anestezjologiczne jest obok instrumentowania operacyjnego najciekawszą propozycją. W latach minionych pielęgniarki anestezjologiczne należały do pielęgniarskiej elity, co skutkowało między innymi wyraźnie wyższą płacą. W ten sposób wynagradzano umiejętności i brak możliwości zastąpienia pielęgniarki anestezjologicznej pielęgniarką reprezentującą inną specjalność. Każda pielęgniarka i każdy ratownik pracujący na OIT dadzą sobie świetnie radę w każdym momencie, na każdym stanowisku pielęgniarki i w każdej klinice czy na oddziale każdego szpitala (może poza psychiatrią). Ta zasada nie działa w drugą stronę. Mówimy o ludziach pracujących z osobami krytycznie chorymi i rannymi całe dnie i noce, obsługujących respiratory – i te zwykle, i te niezwykle (np. oscylacyjne), obsługujących urządzenia do terapii nerkozastępczej i innych technik pozaustrojowych, monitorujących ciśnienie perfuzji mózgowej. Z punktu widzenia potrzeb radzenia sobie z pandemią zakażeń SARS-CoV-2 czułbym się zdecydowanie bardziej bezpieczny z grupą pielęgniarek, z którymi teraz współpracuję na OIT, niż z delegowanymi mi do pomocy ortopedami, internistami i lekarzami innych specjalności. Jestem po prostu pewien ich wiedzy, umiejętności i profesjonalizmu. Kilka lat temu dobre czasy pielęgniarstwa anestezjologicznego się skończyły, również, a może nawet przede wszystkim za sprawą samorządu zawodowego pielęgniarek. Jak to zwykle w Polsce równamy w dół, bo „żołądki wszyscy mamy przecież takie same”. W pewnym momencie mniej ważne stały się umiejętności i doświadczenie zawodowe. W ochronie zdrowia zostały wprowadzone zasady równego płacenia pielęgniarkom za wykonane świadczenia medyczne bez względu na miejsce pracy. Wyższe wynagrodzenia miały jedynie osoby z tytułem magistra, który przecież zawodowo nic nie oznacza. Wobec wprowadzonej zasady równości płac pielęgniarki anestezjologiczne albo zmieniały miejsce pracy na spokojny oddział zachowawczy, albo rezygnowały z zawodu. Jeżeli twój oddział sąsiaduje z innym i widzisz, że u ciebie światło nie gaśnie w nocy ani na chwilę, że cały czas ciężko pracujesz fizycznie, a obok po godzinie 21 jest ciemno, cicho i przytulnie, pacjenci są samodzielni, i to wszystko za te same pieniądze – wtedy reagujesz. Idziesz do pracy na ten oddział obok, odchodzisz z pracy albo



Fot. iStockphoto.com

„W latach minionych pielęgniarki anestezyjologiczne należały do pielęgniarskiej elity, co skutkowało między innymi wyraźnie wyższą płacą. W ten sposób wynagradzano umiejętności i brak możliwości zastąpienia pielęgniarki anestezyjologicznej pielęgniarką reprezentującą inną specjalność”

wyjeżdżasz tam, gdzie cię cenią i szanują. W krajach wysokorozwiniętych szczególnie rola pielęgniarek anestezyjologicznych, pielęgniarek intensywnej terapii, ale też instrumentariuszek jest dostrzegana i finansowo doceniana. Tak się dzieje we Francji, w krajach Beneluksu, w Niemczech, nawet w Czechach. Ponowne przyznanie dodatku powinno spowodować, że część pielęgniarek anestezyjologicznych powróci na swój oddział, być może pielęgniarki, które odeszły, zgłoszą się do pracy w szpitalu. Z przyczyn czysto finansowych na pewno nie powrócą do polskich szpitali osoby, które jako pielęgniarki anestezyjologiczne realizują się w innych krajach.

Dodatek do pensji w wysokości 30 proc. powinien obejmować pielęgniarki ze specjalizacją lub z kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie anestezyjologia i intensywna opieka medyczna bez względu na czas rozpoczęcia zatrudnienia oraz pracujące na przykład od 30 czerwca 2020 r. wszystkie inne pielęgniarki, ratowników medycznych i fizjoterapeutów zatrudnionych na OIT lub innym oddziale, na którym chorzy leczeni są respiratorem, niezależnie od tego, czy mają umowę o pracę czy umowę cywilnoprawną. Dodatek dla pielęgniarek zabiegowych zatrudnionych na OIT i posia-

dających specjalizację lub ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej opieki medycznej lub wszystkich innych pełniących powyższą funkcję od 30 czerwca 2020 r. powinien być wyższy i wynosić 50 proc. (pielęgniarki te są zatrudnione w mniejszym wymiarze niż 8 godzin, nie mają dodatków za święta i noc, a odpowiadają za gotowość OIT do pracy, za mycie i czyszczenie wykorzystanych respiratorów, za przygotowanie do pracy respiratorów i innego sprzętu oraz uczestniczą w zakaźnie niebezpiecznych procedurach medycznych, takich jak tracheotomia czy bronchofiberoskopia). Wreszcie dodatki w wysokości 10 proc. powinny otrzymać pielęgniarki bez oczekiwanej specjalizacji, ratownicy medyczni i fizjoterapeuci zatrudnieni na OIT od 1 lipca 2020 r. oraz sekretarki medyczne jednostki. Jeżeli uwzględni się dodatkowo przewidziane w projekcie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 podwyższenie wysokości zasiłku chorobowego w przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do 100 proc. uposażenia, dostępność pielęgniarek anestezyjologicznych lub posiadających odpowiednie przygotowanie zawodowe powinna się poprawić. Nie odnoszę się do podwyższenia wynagrodzenia osoby skierowanej przez wojewodę do pracy z chorymi na COVID-19 do stawki minimum 200 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji, również planowanego w projekcie ustawy, bo to dzielenie osób pracujących razem. Musimy inwestować w pielęgniarki, nie mamy wyjścia. Żaden lekarz w trakcie specjalizacji, również w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii, nie zastąpi pielęgniarki anestezyjologicznej czy dobrze wyszkolonego ratownika medycznego pracujących na OIT. Niewielu z nich interesuje się procedurami, które pielęgniarki wykonują na co dzień, niewielu potrafi właściwie oczyścić drzewo oskrzelowe z wydzieliny, a zmiana strzykawkki automatycznej w trakcie podawania silnie działającego leku staje się wyzwaniem niebezpiecznym dla chorego. O udziale w procedurach higienicznych nawet nie wspominam. Empatia, szacunek dla chorych i osób, z którymi współpracujemy – tego na studiach medycznych teraz w zasadzie się nie uczy. Obecnie na uczelniach medycznych ważniejsze są sloty, punkty IF i indeks Hirscha.

Dodatkowym elementem tej układanki, który już na początku stycznia 2021 r. znacznie powiększa deficyt pielęgniarek w Polsce, również anestezyjologicznych, jest zmiana formy wypłacania tzw. dodatku zębatego. Za rok o tej porze możemy cierpieć na brak nie 70 tys., ale 100 tys. pielęgniarek. Ministerstwo Zdrowia chce, żeby w ogólnej puli pieniędzy przekazywanych szpitalom nie było określone, jaka ich część przeznaczona jest na podwyżki dla pielęgniarek. Wcześniejsze doświadczenia z różnego rodzaju dodatkami i wyrównaniami, na które

wpływ mieli kierujący podmiotami leczniczymi, pokazują, że jeśli dodatek będzie transferowany do jednostek ochrony zdrowia poprzez NFZ, pielęgniarka może tych pieniędzy nie otrzymać. Oczywiście jest prawdą, że to inne, funkcyjne pielęgniarki wynegocjowały umowę w takiej właśnie formie, ale trzymanie się przez Ministerstwo Zdrowia ustalonych zapisów, odmowa renegocjowania i przypominanie o zapisach tej umowy głośno w momencie, w jakim się dzisiaj znajdujemy, jest co najmniej pozbawione czujności i refleksji.

### Co z lekarzami?

Lekarze ze specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w liczbie 4000 to kolejne wąskie gardło w procesie skutecznej walki z pandemią, chociaż nie tak wąskie jak w przypadku pielęgniarek anestezjologicznych. Wszystkich lekarzy anestezjologów, również tych z niepełną specjalizacją, jest prawie 7000. Ponad 1200 osób przekroczyło 65. rok życia. Ta armia lekarzy odpowiada za zapewnienie ciągłości pracy na 4000 stanowisk intensywnej terapii oraz niemal takiej samej liczbie stanowisk do znieczulenia w salach operacyjnych. Nawet w czasach pokoju to zbyt mało. Średnio w Polsce na każde 100 tys. mieszkańców przypada 15 lekarzy anestezjologów. Bardziej wymownie o skali niedoboru lekarzy tej specjalizacji świadczy fakt, że w XXI wieku w Polsce tylko w nielicznych szpitalach możliwy jest poród bez bólu. Warto zwrócić uwagę, że pomimo niedostatków kadrowych lekarze ci wywalczyli własne rozporządzenie Ministra Zdrowia określające standard organizacyjny opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz regulujące zasady bezpiecznego wykonywania świadczeń z tego zakresu. Pandemia SARS-CoV-2 wszystko zmieniła. Rozporządzenie stanowiące podstawę bezpieczeństwa lekarzy i pacjentów oraz gwarancję jakości warunków pracy personelu OIT jednym aktem zostało odwołane, oficjalnie na czas do zakończenia pandemii. Stało się to pod pretekstem potrzeby zwiększenia liczby lekarzy, którzy mogliby samodzielnie nadzorować pracę respiratorów i odpowiadać za leczenie chorych wymagających intensywnej terapii. Czy to jest rozwiązanie problemu – i tak, i nie. Tak, bo dzięki dopuszczeniu do samodzielnej pracy lekarzy z niepełną specjalizacją oraz lekarzy w trakcie piątego i szóstego roku specjalizacji pod warunkiem odbycia trwającego 6 miesięcy stażu na OIT do systemu walki z pandemią ma według nadzoru krajowego specjalizacji trafić dodatkowych 800–900 lekarzy. Nie, bo mamy do czynienia jedynie z jedną zmianą kadrową, której towarzyszy destrukcja przepisów określających wymagane warunki ogólne i szczegółowe, jakie dotychczas powinny spełniać oddziały anestezjologii i intensywnej terapii. Być może dla samych adeptów specjalizacji stała się ważna rzecz, bo znacznie szybciej niż ich poprzednicy zapaliło się dla nich zielone światło przed drzwiami OIT. Zobaczmy,

„Średnio w Polsce na każde 100 tys. mieszkańców przypada 15 lekarzy anestezjologów. Bardziej wymownie o skali niedoboru lekarzy tej specjalizacji świadczy fakt, że w XXI wieku w Polsce tylko w nielicznych szpitalach możliwy jest poród bez bólu”

jak zmieni się ich ocena, gdy zderzą się z samotnością podejmowania trudnych decyzji i odpowiedzialnością za nie. W żadnym sensie nie chcę ograniczać anestezjologicznej młodzieży samodzielnej pracy na OIT. Uważam jednak, że tak jak w przypadku samodzielnego wykonywania znieczuleń u chorych z niewielkim ryzykiem operacyjnym, tak i w tym przypadku powinna obowiązywać zgoda lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii wraz z potwierdzeniem, że dana osoba ma odpowiednią wiedzę i umiejętności wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii. Anestezjologia i intensywna terapia to specjalizacja o wielu twarzach. Anestezjologia z leczeniem bólu to perfekcyjna powtarzalność wykonywanych procedur. Intensywna terapia to ogólnomedyczne doświadczenie i w pewnym sensie sztuka. Zazwyczaj każdy z nas jest w którejś z tych dziedzin lepszy. Rozporządzenie z 8 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii takich subtelności nie rozróżnia. Każdy spełniający warunki § 15b będzie mógł być delegowany gdzieś w covidową Polskę i nie zawsze na miejscu okaże się, że to dobrze wyposażony, kliniczny, wojewódzki oddział intensywnej terapii. Możliwość delegowania nie będzie dotyczyła wyłącznie osób pracujących w szpitalach II i III poziomu. W § 15a pkt 2 mowa jest również o szpitalach, którym wojewoda wydał polecenie zapewnienia łóżek dla chorych zakażonych wirusem SARS-CoV-2. W województwie zachodniopomorskim wszystkie szpitale publiczne zostały do tego zobowiązane. Procedowany 21 października 2020 r. projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 w art. 19 znosi odpowiedzialność karną za popełnienie nieumyślnego błędu medycznego, ale tylko w razie udzielania pomocy chorym na COVID-19. W przypadku pozostałych pacjentów art. 37a Kodeksu karnego przemocy w ramach Tarczy antykryzysowej 4.0 wciąż obowiązuje. Biorąc pod uwagę determinację

„Jeśli jedna pielęgniarka będzie musiała zajmować się np. dwoma, czterema chorymi wentylowanymi respiratorem, z terapią nerkozastępczą i wlewem leków podnoszących ciśnienie tętnicze krwi, nikt nie będzie mógł zaprotestować”

ustawodawcy w pozyskaniu kadr medycznych mających uprawnienia do obsługi respiratorów, można było oczekiwać, że nadzór krajowy uzależni swoje poparcie dla zmian w nowelizacji naszego rozporządzenia od wycofania zapisu art. 37a Kodeksu karnego z Tarczy 4.0.

Rozporządzenie z 8 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii zmieniło coś jeszcze. W § 1 pkt 2 ustawodawca przynajmniej na czas pandemii odwołał załącznik nr 1 do rozporządzenia z 29 grudnia 2016 r., który gwarantował europejskie warunki pracy wszystkim pracującym w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz bezpieczeństwo chorym znieczulonym leczonym na OIT oraz całemu personelowi jednostki. Dzisiaj nie obowiązuje już standard wyposażenia stanowiska intensywnej terapii, stanowiska znieczulenia, wyposażenia sali nadzoru poznieczuleniowego. Przestał obowiązywać zapis o trzech poziomach intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii. Możemy pożegnać się z sytuacją, w której opiekę nad pacjentem z co najmniej dwoma niewydolnościami narządowymi, które bezpośrednio zagrażają życiu i wymagają mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów, będzie mogła sprawować co najmniej jedna pielęgniarka na jedno stanowisko intensywnej terapii na zmianę. Jeśli jedna pielęgniarka będzie musiała zajmować się np. dwoma, może czterema chorymi wentylowanymi respiratorem, z terapią nerkozastępczą i wlewem leków podnoszących ciśnienie tętnicze krwi, a jeden lekarz dziesięcioma ciężko chorymi wymagającymi intensywnej terapii, nikt nie będzie mógł zaprotestować.

Na problem niedoboru kadr lekarskich do realizowania zadań z zakresu intensywnej terapii można spojrzeć z innej strony. We wrześniu 2013 r. została uruchomiona nowa nadspecjalizacja o nazwie intensywna terapia. Kolejnych dwoje konsultantów krajowych (anestezjolog, potem kardiolog) nie zapisali się niczym w historii specjalizacji. Na początku 2017 r. ponownie dokonano zmiany na stanowisku konsultanta krajowego. Został nim kolejny anestezjolog intensywnista. Od tego czasu podejmowane są rzeczywiste próby skutecznego wy-

startowania ze specjalizacją. Do wszystkich wojewodów wysłano prośbę o powołanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie intensywnej terapii. Do dziś tylko w dwóch województwach (mazowieckie i lubuskie) konsultanci zostali powołani, przy czym w województwie lubuskim ten sam lekarz jest konsultantem intensywnej terapii i anestezjologii i intensywnej terapii. Na stronach pozostałych urzędów wojewódzkich albo jest informacja o wakacie na stanowisku konsultanta wojewódzkiego, albo informacji o takiej specjalizacji nie ma wcale. W związku z nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty konsultant krajowy powołał zespół ekspertów w dziedzinie intensywnej terapii w celu opracowania nowego programu specjalizacji z zakresu intensywnej terapii. Pomimo tak dużej bliskości obu specjalizacji w 2017 r. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie rekomendował swoim członkom udziału w specjalizowaniu w ramach podspecjalności w dziedzinie intensywnej terapii. Zalecił wręcz wycofanie jednostek, które zgłosiły się wcześniej jako akredytowane do szkolenia lekarzy specjalistów w dziedzinie intensywnej terapii. Argumentem przeciwko udziałowi w procesie specjalizowania w dziedzinie intensywnej terapii była też opinia zarządu, że kondycja kadrowa anestezjologii i intensywnej terapii jest dobra i ta specjalność nie musi być zasilana dodatkowym, sztucznym napływem kadry. Opinia ta zupełnie nie koresponduje z obecnymi zgłoszeniami dramatycznego braku anestezjologów. Według konsultanta krajowego w dziedzinie intensywnej terapii powinniśmy prowadzić szkolenie co najmniej 123 specjalistów intensywnej terapii. Dzisiaj do dyspozycji mamy 24 miejsca specjalizacyjne. Pomimo upływu 7 lat od powołania specjalizacji ani jedna osoba dotychczas jej nie ukończyła i nie przystąpiła do egzaminu specjalizacyjnego. To 7 zaprzepaszczonej długich lat. Gdyby współpraca między specjalizacjami przebiegała tak, jak powinna, sytuacja dostępu do samodzielnych lekarzy intensywnej terapii i prawdopodobnie również pielęgniarek byłaby zdecydowanie mniejszym problemem.

Kolejny i ostatni element, na jaki chciałbym zwrócić uwagę, to szkolenia kadr medycznych, które mogłyby uzupełnić potrzeby OIT, gdyby się pojawiły. Wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia tu zawiedli: rządzący, nadzory krajowe lekarzy i pielęgniarek, kierownicy podmiotów leczniczych. Zupełnie niezrozumiały jest fakt niezajęcia się przez nadzory krajowe dla lekarzy i pielęgniarek anestezjologii i intensywnej terapii promowaniem kursów, szkoleń organizowanych dla lekarzy i pielęgniarek specjalizacji innych niż anestezjologia i intensywna terapia. W przypadku nadzoru krajowego dla lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii aktywność edukacyjna była zdecydowanie zaznaczona, ale ograniczała się wyłącznie do lekarzy własnej specjalizacji. O aktywności edukacyjnej nadzoru krajowego pielęgniarstwa

anestezjologicznego i intensywnej opieki nie wiem nic. Pojawiające się informacje o odbyciu przez pielęgniarki jednodniowych szkoleń z obsługi respiratorów, po których zakończeniu wymuszane były potwierdzenia na piśmie faktu przeszkolenia, świadczą o niezwykle niebezpiecznym procederze. Sytuacji nie zmieniło uruchomienie funduszy europejskich na organizowanie kursów szkoleniowych dla lekarzy i pielęgniarek pracujących poza anestezjologią i intensywną terapią, określonych kryptonimem C19 SPACE (*COVID-19 Skills Preparation Course*). Tematyka kursu obejmuje przygotowanie lekarzy i pielęgniarek innych specjalności do ewentualnej pomocy w pracy OIT, gdy wystąpi taka konieczność. Kurs, którego dokładny opis jest przedstawiony na stronie [www.esicm.org](http://www.esicm.org), może zostać przeprowadzony do końca tego roku. Informację o środkach na organizację C19 SPACE otrzymał każdy członek ESICM (Europejskie Towarzystwo Intensywnej Opieki Medycznej). Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy brak reakcji to ogólna niechęć do szkolenia z podstaw intensywnej terapii, czy też szkolenia są prowadzone bez udziału środków europejskich. W kontekście braku aktywności edukacyjnej nadzorów krajowych informacja, że Ministerstwo Zdrowia chce dopiero teraz wprowadzić szkolenia dla personelu pielęgniarskiego na OIT, choć wywołuje trochę szyderczy śmiech, jednak cieszy. Zobaczmy, jak będzie z realizacją tego pomysłu. To ostatnie chwile, by podjąć dowolne działania w celu pozyskania dodatkowego personelu dla wsparcia OIT. Rozpoczęcie szkolenia lekarzy, lekarzy w trakcie specjalizacji, lekarzy stażystów, pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych zatrudnionych poza OIT, którzy mogliby wesprzeć personel medyczny OIT w różnych jego działaniach, jeszcze może przynieść edukacyjny efekt. Warunek: szkolenie musi trochę potrwać, przynajmniej kilka dni. Musi obejmować naukę zasad bezpiecznego poruszania się w obszarze OIT, naukę zakładania i zdejmowania środków ochrony osobistej, fizjologicznych podstaw skutecznej tlenoterapii i bezpiecznej wentylacji zastępczej, zasad monitorowania podstawowych funkcji życiowych chorego z wykorzystaniem monitora funkcji życiowych oraz obsługi sprzętu na OIT, w tym strzykawk automatycznych, paneli respiratora, urządzenia do terapii nerkozastępczej i innych urządzeń intensywnej terapii. Szkolenie powinno również obejmować zasady wykonywania rozmaitych procedur pielęgnacyjno-medycznych (np. zapobieganie nieoczekiwanemu rozszczelnieniu układu oddechowego chorego-respirator, stosowanie systemów zamkniętych do odsysania wydzieliny z drzewa oskrzelowego, nauka bezpiecznego obracania pacjenta intensywnej terapii do pozycji „na brzuchu”). Szkolenia te powinny obejmować wszystkich lekarzy rezydentów i osoby specjalizujące się w trybie pozarezydenckim, wszystkich lekarzy stażystów oraz studentów szóstego roku kierunku lekarskiego. Jako miejsce szkoleń mogą

„Zadaniem osoby przeszkolonej nie powinno być zastępowanie lekarza specjalisty, ale jego odciążenie w pracy, dzięki czemu będzie on w stanie zapanować nad wszystkimi powierzonymi jego opiece chorymi”

być wykorzystywane, oprócz OIT, również centra symulacji medycznej na uczelniach medycznych. Celem tych szkoleń w żadnym razie nie może być to, aby szkoleni samodzielnie obsługiwali respiratory i decydowali o ich nastawach. Pomysły obsługiwania respiratorów przez osoby bez uprawnień są niedorzeczne. Ze względu na mnogość i ciężkość powikłań oddechowych za pracę respiratora musi odpowiadać lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej. Osoby szkolone powinny wiedzieć, jak technicznie zmienia się nastawy respiratora, i potrafić te nastawy zmienić, jeżeli takie będzie polecenie obecnego na OIT specjalisty. Każda wspólna interpretacja wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej i wspólne z lekarzem specjalistą ustalanie koniecznej modyfikacji nastawów respiratora jest kolejnym etapem nauki. Podsumowując – zadaniem osoby przeszkolonej nie powinno być zastępowanie lekarza specjalisty, ale jego odciążenie w pracy, dzięki czemu będzie on w stanie zapanować nad wszystkimi powierzonymi jego opiece chorymi. Być może nieoczekiwanym efektem takiej współpracy będzie wysyp osób chętnych do rozpoczęcia specjalizacji z intensywnej terapii. W podobny sposób powinno wyglądać szkolenie kadr pielęgniarskich i ratowników medycznych. Oprócz pielęgniarek w szkoleniu mogłyby uczestniczyć studentki pierwszego i drugiego roku studiów drugiego stopnia oraz studentki trzeciego roku studiów pierwszego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo. W trudnych momentach równie przydatni mogą się okazać ratownicy medyczni z trzeciego roku studiów, chociaż ich potencjalne wsparcie może być bardziej potrzebne w zespołach ratownictwa medycznego i na SOR-ach. W przypadku studentów wszystkich kierunków biorących udział w walce z epidemią powinna obowiązywać zasada możliwości zaliczenia godzin spędzonych przy pacjencie w pandemii (godzina za godzinę) jako wynikających z programu studiów obowiązkowych do wykonania godzin stażowych wakacyjnych i obowiązkowych praktyk. Zmiany te zostały ujęte w projekcie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19.

Cezary Pakulski