

3) ust. 7 pkt 1 i 4—7, ust. 8 pkt 2 i 6—10, ust. 9 pkt 8 i 16—23, ust. 11 pkt 3 i ust. 12 pkt 3 i 4 — w terminie nie dłuższym niż 5 lat,

4) ust. 2 i 6 — w terminie nie dłuższym niż 6 lat

— od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, pod warunkiem przedłożenia przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej programu dostosowania zakładu do wymagań organowi prowadzącemu rejestr zakładów opieki zdrowotnej.

2. Program, o którym mowa w ust. 1, dla zakładu opieki zdrowotnej wpisanego do rejestru przed wej-

ściem w życie niniejszego rozporządzenia kierownik zakładu obowiązany jest złożyć w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, a dla zakładu występującego o wpis — wraz z wnioskiem o wpis zakładu opieki zdrowotnej do rejestru.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej:

*W. Maksymowicz*

## 215

### ROZPORZĄDZENIE 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.

Na podstawie art. 9 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110 oraz z 1997 r. Nr 104, poz. 661 i Nr 121, poz. 769) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standardy postępowania oraz procedury medyczne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w zakresie następujących świadczeń zdrowotnych, udzielanych w zakładzie opieki zdrowotnej przez lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zwanego dalej „lekarzem anestezjologiem”, a także lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

- 1) anestezji, tj. wykonywania znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych,
- 2) intensywnej terapii, tj. postępowania mającego na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu (oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego itd.),
- 3) reanimacji, tj. działania mającego na celu przerwanie i odwrócenie procesu umierania,
- 4) leczenia bólu, niezależnie od jego przyczyny.

§ 2. W szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii, powinny być utworzone oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w razie gdy oddział taki nie zostanie utworzony, zadania z tego zakresu wykonywane są w ramach oddziału anestezjologii.

§ 3. W szpitalu powinien być ustalony przez kierownika zakładu, w porozumieniu z ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (ordynatorem oddziału anestezjologii), sposób komunikacji alarmowej.

§ 4. 1. W szpitalu, o którym mowa w § 2, reanimacja powinna być prowadzona z udziałem lekarza anestezjologa.

2. Jeżeli reanimację podejmuje inny lekarz, to lekarz anestezjolog przejmuje jej prowadzenie i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.

§ 5. Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu prowadzone są w ramach poradni, specjalistycznego oddziału lub w formie konsultacji anestezjologicznej.

§ 6. Świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia przewodowego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza anestezjologa.

§ 7. Ustala się w § 8—17 standardy postępowania i procedury medyczne bezpiecznego znieczulenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji.

§ 8. Ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii, w porozumieniu z ordynatorami innych oddziałów szpitala, ustala wykaz badań przedoperacyjnych i badań laboratoryjnych niezbędnych do wykonania znieczulenia w celu przeprowadzenia zabiegu planowego.

§ 9. Lekarz anestezjolog współuczestniczy przy ustalaniu planu zabiegów wykonywanych w szpitalu. 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 szpitala w aparaturę i sprzęt medyczny właściwy do udzielania tych świadczeń.

§ 10. Lekarz anestezjolog zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, co najmniej na 24 godziny przed planowanym zabiegiem operacyjnym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi. Lekarz anestezjolog może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia.

§ 11. Lekarz anestezjolog może obsługiwać jedno stanowisko znieczulenia. Podczas znieczulenia lekarzowi towarzyszy przeszkolona pielęgniarka. Dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną.

§ 12. Przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz anestezjolog obowiązany jest do:

- 1) sprawdzenia wyposażenia stanowiska znieczulenia,
- 2) skontrolowania sprawności działania sprzętu i aparatury do znieczulenia i monitorowania,
- 3) skontrolowania właściwego oznakowania płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, testów zgodności preparatów krwi,
- 4) dokonania identyfikacji pacjenta poddawanego zabiegowi.

§ 13. 1. Lekarz anestezjolog powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia.

2. Jeżeli odpowiedzialność za znieczulenie przechodzi na innego lekarza anestezjologa, musi on zapoznać się ze wszystkimi informacjami odnośnie do znieczulanego, przebiegu znieczulenia oraz aparatury. Monitorowane parametry funkcji życiowych pacjenta odnotowywane są w protokole znieczulenia w momencie przekazania.

3. Lekarz anestezjolog dokonujący znieczulenia może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia reanimacji innego pacjenta, jeśli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia.

§ 14. Lekarz będący w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 15. Lekarz dokonujący znieczulenia sporządza protokół znieczulenia, uwzględniający między innymi jego przebieg, dawkowanie środków anestetycznych i terapeutycznych, aktualne wartości parametrów pod-

stawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania.

§ 16. Transport pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu lub sedacji powinien odbywać się pod nadzorem lekarza anestezjologa, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, pulsoksymetru, innego niezbędnego sprzętu.

§ 17. W bezpośrednim okresie pooperacyjnym wskazane jest umieszczanie pacjenta w sali pooperacyjnej (wybudzeń), zlokalizowanej w bliskim sąsiedztwie sali operacyjnej lub bloku operacyjnego. Bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali pooperacyjnej (wybudzeń) prowadzą odpowiednio przeszkolone pielęgniarki, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem anestezjologiem.

§ 18. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii ustala się następujące standardy postępowania i procedury medyczne:

- 1) prowadzi się ciągłe monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się wszelkie dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem inwazyjnych i wspomagających czynności podstawowych układów organizmu,
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza anestezjologa w oddziale,
- 3) intensywną terapię prowadzi lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz będący w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia,
- 4) należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność aparatury i sprzętu monitorującego i terapeutycznego, niezbędnego do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

§ 19. 1. Leczenie chorych w ramach intensywnej terapii ma charakter interdyscyplinarny.

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

§ 20. Dla prawidłowego udzielania świadczenia z zakresu intensywnej terapii konieczne jest zapewnienie możliwości przeprowadzania całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych, a w szczególności: gazometrycznych, biochemicznych oraz hematologicznych, w tym krzepnięcia krwi i próby krzyżowej.

§ 21. Ustala się rodzaje czynności medycznych wykonywanych w oddziałach intensywnej terapii:

- 1) podstawowe — wymienione w części A załącznika do rozporządzenia,
- 2) inne, których wykonywanie jest uwarunkowane wyposażeniem oddziału w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny — wymienione w części B załącznika do rozporządzenia.

§ 22. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej:

*W. Maksymowicz*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. (poz. 215)

## RODZAJE CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII

### Część A

1. Ciągłe przyłóżkowe monitorowanie EKG.
2. Stały pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną.
3. Pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi.
4. Intubacja dotchawicza i wentylacja workiem samorozprężalnym.
5. Przedłużona sztuczna wentylacja płuc z użyciem respiratora.
6. Regulacja stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21—100%.
7. Terapia płynami infuzyjnymi za pomocą pomp infuzyjnych, worków ciśnieniowych, filtrów, strzykawk automatycznych.
8. Toaleta dróg oddechowych za pomocą urządzeń ssących.
9. Hemofiltracja.
10. Przyłóżkowa diagnostyka rtg i usg.

11. Monitorowanie temperatury ciała.
12. Stymulacja zewnętrzna pracy serca.
13. Pulsoksymetria.
14. Kapnografia.

### Część B

1. Ciągły pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną.
2. Wziernikowanie dróg oddechowych za pomocą bronchofiberoskopu.
3. Przyłóżkowa diagnostyka rtg z torem wizyjnym.
4. Monitorowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.
5. Kontrpulsacja wewnątrzaoortalna.
6. Leczenie w komorze hiperbarycznej.
7. Monitorowanie ciśnienia w tętnicy płucnej.
8. Pomiar rzutu serca.
9. Hemodializa.

## 216

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 5 marca 1998 r.

**w sprawie zakładów leczenia odwykowego oraz udziału placówek podstawowej opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu.**

Na podstawie art. 22 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 35, poz. 230, z 1984 r. Nr 34, poz. 184, z 1987 r. Nr 33, poz. 180, z 1989 r. Nr 35, poz. 192, z 1990 r. Nr 34, poz. 198 i Nr 73, poz. 431, z 1991 r. Nr 73, poz. 321 i Nr 94, poz. 419, z 1993 r. Nr 40, poz. 184, z 1996 r. Nr 127, poz. 593 oraz z 1997 r. Nr 88, poz. 554, Nr 113, poz. 732 i Nr 121, poz. 770) zarządza się, co następuje:

#### Rozdział 1

#### **Przepisy ogólne. Zasady funkcjonowania zakładów leczenia odwykowego**

§ 1. 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zasady funkcjonowania zakładów leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin oraz rodzaje i organizację tych jednostek,