

**PROTOKÓŁ Z SZÓSTEGO POSIEDZENIA ZARZĄDU GŁÓWNEGO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
KADENCJA 2014-2017
WARSZAWA, 18.09.2015**

Zabranie Zarządu Głównego PTAiIT odbyło się 18 września 2015 roku w Warszawie, w Hotelu „Westin”, przy Al. Jana Pawła II 21.

1. Przyjęcie protokołu z 5 Zebrania ZG.
2. Umowa na obsługę księgową przez biuro rachunkowe.
3. I Międzyczajdzowa Konferencja PTAiIT „Pułapki w anestezjologii i intensywnej terapii” i jej współorganizacja przez PTAiIT.
4. Sprawa analgezji porodu.
5. EDAIC I 2015.
6. Wprowadzenie dodatkowych wymagań aplikacyjnych do EDAIC I od 2016 roku.
7. Kwestia ujednolicenia części ustnej PES.
8. Rezydenci a przynależność do PTAiIT.
9. Aktualna sytuacja ws. nowej specjalizacji z intensywnej terapii.
10. Sprawy Sekcji i Oddziałów.
11. Korespondencja bieżąca.
12. Wolne wnioski.

Lista obecności:

| Członek ZG | Obecność |
|---|------------------------|
| Prof. dr hab. Piotr Knapik, Prezes | + |
| Prof. dr hab. Maria Wujtewicz, Prezes Ubiegłej Kadencji | + |
| Prof. dr hab. Krzysztof Kusza, Prezes-Elekt | - |
| Dr Józef Bojko, Skarbnik | + |
| Dr hab. Łukasz Krzych, Sekretarz | + |
| Dr Małgorzata Mikaszewska-Sokolewicz | + |
| Prof. dr hab. Hanna Misiólek | + |
| Dr hab. Radosław Owczuk, prof. nadzw. | + |
| Dr hab. Mariusz Piechota | + (obecny do punktu 4) |
| Zaproszeni Goście | |
| Prof. dr hab. Zbigniew Rybicki | + |

Prezes PTAiIT, prof. Piotr Knapik otworzył zebranie i powitał zebranych Członków ZG.

Ad 1.

Prof. Piotr Knapik zarządził głosowanie nad przyjęciem protokołu z Piątego Posiedzenia ZG, które miało miejsce 09.06.2015 w Warszawie. W głosowaniu jawnym wszyscy obecni Członkowie ZG głosowali ZA, nikt nie był PRZECIW, nikt NIE WSTRZYMAŁ SIĘ od głosu.

Ad 2.

Prezes PTAiIT udzielił głosu Skarbnikowi, dr. Józefowi Bojko, który przedstawił konieczność zmiany umowy na obsługę księgową, polegającą na rozwiązaniu umowy z Biurem Rachunkowym „RECKONER” w Żyrardowie, przy ul. Spółdzielczej i podpisaniem nowej umowy z Biurem Rachunkowym „DigiStream” w Żyrardowie, przy ul. Spółdzielczej. Wyjaśnił, że dla Towarzystwa ma ona jedynie charakter administracyjny, a jej warunki pozostają bez zmian. W głosowaniu jawnym wszyscy obecni Członkowie ZG głosowali ZA, nikt nie był PRZECIW, nikt NIE WSTRZYMAŁ SIĘ od głosu.

**Uchwała nr 1 Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
z dnia 18 września 2015 roku**

§ 1

Działając na podstawie §51 Statutu Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyraża zgodę na rozwiązanie umowy na usługę księgową z Biurem Rachunkowym „RECKONER” i podpisanie umowy na usługę księgową z Biurem Rachunkowym „DigiStream”.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Ad 3.

Prezes PTAiIT udzielił głosu doc. M.Piechocie, który przedstawił założenia, cele i wstępny program konferencji o międzynarodowym charakterze pt. „Pułapki w anestezjologii i intensywnej terapii”, która będzie miała miejsce w Zakopanym w dniach 11-12 grudnia 2015 roku. Następnie zwrócił się z prośbą o objęcie jej patronatem PTAiIT jako konferencji międzyzjazdowej. Prof. P.Knapik zarządził głosowanie w tej sprawie. W głosowaniu jawnym 7 osób głosowało ZA, nikt nie był PRZECIW, 1 osoba WSTRZYMAŁA SIĘ od głosu.

**Uchwała nr 2 Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
z dnia 18 września 2015 roku**

§ 1

Działając na podstawie §12 Statutu Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyraża zgodę na objęcie patronatem Pierwszej Międzynarodowej Międzyzjazdowej Konferencji PTAiIT „PUŁAPKI W ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII”, Zakopane, 11-12 grudnia 2015.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Doc. Piechota poprosił o wyrażenie zgody na udzielenie przez Towarzystwo zabezpieczenia finansowego do kwoty 120.000 PLN, co zapewni organizację konferencji w przypadku braku wystarczających wpływów z umów sponsoringowych oraz opłat zjazdowych. Wsparcie

finansowe ma pokryć koszty transportu i zakwaterowania zagranicznych gości oraz koszty zakwaterowania krajowych wykładowców. W rozpoczętej dyskusji prof. Z.Rybicki wyraził pełne poparcie dla tej inicjatywy, gdyż pozwoli ona na spotkanie samodzielnych pracowników nauki, na co tak rzadko pozwala aktualny kalendarz spotkań naukowych. Prof. R.Owczuk poddał w wątpliwość, czy takie rozwiązanie wpisuje się uchwalony przez ZG bilans finansowy na 2015 rok. Z kolei prof. M.Wujtewicz zaniepokoiła się faktem, że ZG nie miał dotąd w zwyczaju finansować konferencji i zjazdów, nawet tych organizowanych przez ZG PTAiIT, dlatego wyrażenie poparcia będzie swoistym precedensem. Dodała, że w przypadku zgody ZG na poparcie dla tej idei, Komitet Organizacyjny musi podjąć wszelkie starania, aby bilans konferencji był jednak dodatni. Doc. Ł.Krzych poparł twierdzenie prof. Wujtewicz i podał przykłady wielu konferencji, w których PTAiIT uczestniczyło, a wszystkie z nich miały charakter samofinansujący. Wyrażenie poparcia na tak dużą kwotę będzie zatem niesprawiedliwe dla Sekcji i Oddziałów, które nigdy nie korzystały z takiego wsparcia finansowego. Ponadto to uszczuplanie środków uzyskanych między innymi ze składek członkowskich, a te powinny być wydatkowane na cele bezpośrednio związane z korzyściami dla członków a nie wykładowców. Doc. M.Piechota zgodził się z uwagami i wyjaśnił, że kwota ma stanowić zabezpieczenie dla Komitetu Organizacyjnego, który jej nie uruchomi, jeśli nie będzie to absolutnie konieczne. Prof. P.Knapik dodał, że wątpliwość co do bilansu finansowego stała się jedynym i bezpośrednim powodem jego rezygnacji z planowanej i omawianej na wiosennym ZG konferencji międzyzjazdowej PTAiIT. Dodał, że popiera inicjatywę, natomiast obawia się zasadności wyrażenia zgody na tak duże wsparcie ze strony Towarzystwa nawet w sytuacji, gdy współorganizatorem konferencji jest PTAiIT. Doc. Piechota jeszcze raz poprosił o zgodę na wyrażenie zgody na udzielenie przez Towarzystwo zabezpieczenia finansowego i zapewnił, że przekaze wszystkie krytyczne uwagi Przewodniczącemu Komitetu Organizacyjnego. Prof. P.Knapik zarządził głosowanie w tej sprawie. W głosowaniu jawnym 7 osób głosowało ZA, nikt nie był PRZECIW, 1 osoba WSTRZYMAŁA SIĘ od głosu.

**Uchwała nr 3 Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
z dnia 18 września 2015 roku**

§ 1

Działając na podstawie §50 Statutu Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyraża zgodę na Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyraża zgodę na pokrycie części kosztów organizacji I Międzynarodowej Międzyzjazdowej Konferencji PTAiIT „PUŁAPKI W ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII” (zwanej dalej Konferencją), do kwoty 120 000 zł (słownie: stu dwudziestu tysięcy złotych).

§2

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii upoważnia członków Zarządu Głównego PTAiIT - prof. Krzysztofa Kuszę, dr hab. Mariusza Piechotę oraz dr n. med. Józefa Bojko do wynegocjowania oraz podpisania stosownej umowy z Termedia sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu – współorganizatorem Konferencji zawierającej w szczególności zasady pokrycia kosztów i podziału ewentualnych zysków związanych z konferencją.

§3

Środki, o których mowa w §1 zostaną przekazane na konto Termedia sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu po podpisaniu umowy, o której mowa w §2 oraz przedstawieniu przez Termedia sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu końcowego budżetu Konferencji zaakceptowanego przez wymienionych w §2 członków Zarządu Głównego PTAiIT.

§4

Przekazanie środków, o których mowa w §1, nastąpi nie później niż w ciągu 30 dni od przekazania Zarządowi Głównemu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii zaakceptowanego budżetu, o którym mowa w §3.

§5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Ad 4.

Prof. Knapik przedstawił projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, który został skierowany do konsultacji społecznych, a następnie przedstawił Członkom ZG kolejno przygotowane do niego uwagi przez siebie, Przewodniczącą Sekcji Anestezjologii w Położnictwie, doc.

M.Gacę oraz Przewodniczącą Sekcji Znieczulenia Regionalnego i Terapii Bólu, prof. H.Misiólek. Rozpoczął dyskusję nad tekstami projektu oraz uwag do projektu i zapowiedział, że jeśli Ministerstwo Zdrowia nie uwzględni uwag PTAiIT, rozporządzenie nie będzie mogło uzyskać akceptacji Towarzystwa. Członkowie ZG po zapoznaniu się z propozycją odpowiedzi do Ministerstwa Zdrowia wnieśli do niej pojedyncze uwagi i propozycje modyfikacji tekstu. W wyniku dyskusji ZG zbiorczo opracował propozycje uwag do projektu Rozporządzenia. Prof. P.Knapik zarządził głosowanie nad jego przyjęciem. W głosowaniu jawnym wszyscy obecni Członkowie ZG głosowali ZA, nikt nie był PRZECIW, nikt NIE WSTRZYMAŁ SIĘ od głosu.

**Uchwała nr 4 Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
z dnia 18 września 2015 roku**

§ 1

Działając na podstawie §12 Statutu Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii negatywnie opiniuje projekt Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, zgłaszając do niego w trybie konsultacji społecznych swoje uwagi.

§ 2

Uwagi stanowią załącznik do niniejszej Uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uwagi

***do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego standardu postępowania w
łagodzeniu bólu porodowego***

Uwagi ogólne

Propozycja projektu stanowi istotny krok w kierunku poprawy jakości świadczeń łagodzenia bólu porodowego w Polsce. Analgezyja zewnątrzoponowa wykonywana podczas porodu jest bowiem na całym świecie „złotym standardem” łagodzenia bólu porodowego, od którego Polska w rażący sposób odstaje (w UE odsetek wykonywanych tego typu znieczuleń podczas

porodu sięga 30%, a w Polsce nie przekracza 10%. Jednak nie tylko brak właściwego finansowania tej procedury powoduje taki stan rzeczy.

Niektóre zapisy propozycji projektu i załączony w uzasadnieniu komentarz (tj. ocena skutków regulacji i wskazanie, że rozwiązanie to nie wpłynie na wzrost kosztów finansowania podmiotów leczniczych) mogą świadczyć o zamiarze rozwiązania problemu znieczuleń okołoporodowych przez istniejące już zespoły anestezjologiczne, zabezpieczające całą działalność szpitala. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii stoi na stanowisku, że rozwiązanie takie nie będzie w stanie zapewnić realizacji bezpiecznego programu analgezji regionalnej porodu na terenie podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Proponujemy niewielką korektę tego dokumentu, poprzez wprowadzenie przedstawionych poniżej zmian.

Propozycje zmian

Strona 1 Rozporządzenia, paragraf 3

Aktualny zapis: W okresie 7 lat od wejścia w życie niniejszego rozporządzenia....

Proponowana zmiana: W okresie 5 lat od wejścia w życie niniejszego rozporządzenia....

Uzasadnienie: Okres dostosowawczy 7 lat jest zbyt długi i powinien być skrócony o około jedną trzecią. Okres 5 lat wydaje się w zupełności wystarczający dla wykształcenia odpowiedniej kadry.

Strona 2 Rozporządzenia, paragraf 3

Aktualny zapis: ...może wykonać zadania położnej anestezjologicznej pod warunkiem, że legitymuje się udokumentowanym 5-letnim stażem na bloku porodowym.

Proponowana zmiana: ...może wykonać zadania położnej anestezjologicznej pod warunkiem, że legitymuje się udokumentowanym 5-letnim stażem na bloku porodowym i jest w sposób ciągły bezpośrednio nadzorowana przez osoby posiadające przeszkolenie w zakresie analgezji regionalnej porodu (kwalifikacje te zostały wymienione w innych punktach paragrafu 3).

Uzasadnienie: Przynajmniej jedna z pielęgniarek/położnych obecnych na tracie porodowym gdzie prowadzony jest analgezja regionalnej powinna mieć kwalifikacje wymienione w innych punktach paragrafu 3.

Punkt IV, podpunkt 6

Aktualny zapis: Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezji zewnątrzoponowej – w karcie przebiegu znieczulenia.

Proponowana zmiana: Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezji regionalnej porodu – w karcie przebiegu analgezji regionalnej porodu.

Uzasadnienie: W odniesieniu do całego dokumentu, zmieniono nazewnictwo „znieczulenie regionalne porodu” na „analgezję regionalną porodu”, zatem do dokumentowania tej procedury należy wprowadzić odrębną kartę przebiegu analgezji regionalnej porodu, do której prowadzenia będą miały uprawnienia również osoby inne niż lekarz anestezjolog.

Punkt VII, podpunkt 5

Aktualny zapis: Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu 3-5 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy.

Proponowana zmiana: Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu co najmniej 1 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy.

Uzasadnienie: Istniejący zapis 3-5 cm odbiera rodzącym z mniejszym rozwarciem szyjki macicy możliwość otrzymania analgezji regionalnej porodu, co jest niezgodne z najnowszym piśmiennictwem.

Punkt VII, podpunkt 7

Aktualny zapis: Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca otrzymuje od lekarza położnika informację o jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie pisemnej zgody rodzącej.

Proponowana zmiana: Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca otrzymuje od lekarza anestezjologa informację o jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie pisemnej zgody rodzącej.

Uzasadnienie: Informowanie rodzącej o przebiegu analgezji regionalnej, jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych nie

należy do obowiązków lekarza położnika – jest to obowiązek lekarza anestezjologa wykonującego tę procedurę u rodzącej. Preferowane jest uzyskanie świadomej zgody przed rozpoczęciem akcji porodowej.

Punkt VII, podpunkt 7

Aktualny zapis: brak wzmianki o konieczności zapewnienia odrębnego dyżuru na bloku porodowym.

Proponowana zmiana: Realizowanie świadczeń w zakresie analgezji regionalnej porodu wymaga zapewnienia 24 godzinnego dyżuru (stacjonarnego lub pod telefonem) na bloku porodowym lekarza anestezjologa (który spełnia wtedy funkcję lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu), dedykowanego wyłącznie do zabezpieczenia pracy bloku porodowego (w tym znieczuleń do procedur położniczych oraz analgezji regionalnej porodów). Lekarz anestezjolog pełniący dyżur pod telefonem musi być dostępny na sali porodowej w ciągu 30 minut od podjęcia decyzji o potrzebie zastosowania analgezji regionalnej. W przypadku konieczności przeprowadzenia dwóch procedur położniczych równocześnie, o pierwszeństwie wykonania procedury decyduje lekarz położnik w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem. W sytuacji, kiedy lekarz anestezjolog nie może kontynuować nadzoru nad pacjentką poddaną analgezji regionalnej porodu, nadzór nad rodzącą przejmuje w pierwszej kolejności inny lekarz anestezjolog (z wyłączeniem lekarza oddziału intensywnej terapii), a jeżeli nie jest on dostępny lub udziela w tym czasie innych świadczeń z zakresu anestezji – nadzór nad pacjentką przejmuje lekarz położnik. Warunkiem niezbędnym do realizacji programu analgezji regionalnej porodu i innych znieczuleń położniczych w szpitalu przez jednego anestezjologa jest bliskość sali porodowej i traktu operacyjnego szpitala.

Uzasadnienie: udzielanie świadczeń w zakresie analgezji regionalnej porodu wymaga zapewnienia odrębnego dyżuru anestezyjologicznego, zabezpieczającego wyłącznie pion położniczy w szpitalu (zarówno analgezję regionalną porodu jak i znieczulenie do cięć cesarskich oraz innych procedur położniczych). W taki sposób problem ten jest rozwiązywany w krajach, w których analgezja regionalna porodu jest stosowana rutynowo i od wielu lat. Należy z całą mocą podkreślić, że nie ma możliwości bezpiecznego prowadzenia analgezji regionalnej porodu za pomocą tej samej obsady anestezyjologicznej, która zabezpiecza anestezyjologicznie całą działalność szpitala i nie jest dedykowana wyłącznie do obsługi pionu położniczego w szpitalu. Z drugiej jednak strony nie ma uzasadnienia dla tworzenia odrębnego lekarza dyżurnego wyłącznie dla celów prowadzenia analgezji

regionalnej – takie działanie jest przesadne, ekonomicznie nieuzasadnione, a przy tym niemożliwe do praktycznej realizacji.

Punkt VII, podpunkt 14, 3)

Aktualny zapis: Ocena stanu rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej powinna być prowadzona nie rzadziej, niż co 90 minut przez lekarza prowadzącego analgezję zewnątrzoponową porodu i w czasie rzeczywistym poprzez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej.

Proponowana zmiana: Ocena stanu rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej powinna być prowadzona w czasie rzeczywistym poprzez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej.

Uzasadnienie: ZG PTAiIT stoi na stanowisku, że realizowanie świadczeń w zakresie analgezji regionalnej porodu wymaga zapewnienia 24 godzinnego dyżuru (stacjonarnego lub pod telefonem) na bloku porodowym lekarza anestezjologa, dedykowanego wyłącznie do zabezpieczenia pracy bloku porodowego (w tym zarówno znieczuleń do procedur położniczych jak i analgezji regionalnej porodów). Wymóg oceny stanu rodzącej co 90 minut, która to ocena miałaby być dokonywana przez lekarza prowadzącego analgezję zewnątrzoponową porodu, wyklucza możliwość angażowania się tego lekarza w jakiegokolwiek inne działania, np. w równoczesne znieczulenie do procedur położniczych.

Punkt VII, podpunkt 15.1

Aktualny zapis: Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje: Pozostawanie położnicy i noworodka pod nadzorem położnej i opieką lekarza położnika, lekarza neonatologa lub lekarza pediatri, lekarza prowadzącego analgezję zewnątrzoponową porodu, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej.

Proponowana zmiana: Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje: Pozostawanie położnicy i noworodka pod nadzorem położnej i opieką lekarza położnika, lekarza neonatologa lub lekarza pediatri, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej.

Uzasadnienie: Z zaproponowanego zapisu wynika, iż w przypadku zastosowania opioidów do prowadzenia analgezji regionalnej porodu, nad położnicą musi być później sprawowany nadzór „do czasu ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej”. Utrzymanie takiego enigmatycznego zapisu w przypadku zabezpieczenia przez podmiot leczniczy analgezji regionalnej porodu za pomocą dyżuru pod telefonem oznacza, że lekarz anestezjolog pełniący

dyżur pod telefonem obligatoryjnie musiałby pozostać w szpitalu przez bliżej nieokreślony czas celem nadzoru położnicy. Dla takiego postępowania nie ma żadnego logicznego uzasadnienia, ponieważ opioidy stosuje się obecnie rutynowo podczas znieczulenia do cięcia cesarskiego, a przecież dalszy nadzór nad pacjentkami sprawują położne.

Punkt VIII, podpunkt 3

Aktualny zapis: Badanie poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej obejmuje liczbę płytek krwi w surowicy krwi (badanie ważne 24 godziny od momentu jego wykonania)

Proponowana zmiana: całkowite wykreślenie tego zapisu.

Uzasadnienie: W punkcie VIII, podpunkt 1 zapisano że do wykonania analgezji zewnątrzoponowej rodząca wymaga „spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji porodu pod postacią blokady centralnej”. Te kryteria nie obejmują jedynie oceny w skali ASA i oceny liczby płytek krwi. Ponieważ kryteria kwalifikacji do analgezji porodu pod postacią blokady centralnej są anestezjologom doskonale znane, nie ma sensu dalsze uszczegółowienie tego punktu w odniesieniu do jednego wybranego parametru.

Propozycja dotycząca całego dokumentu

W całym dokumencie pojawiają się zapisy o „analgezji zewnątrzoponowej”. Należy je zmienić na zapis „analgezja regionalna porodu”, ponieważ w analgezji regionalnej porodu stosowane są techniki znieczulenia podpajęczynówkowego i połączonego znieczulenia podpajęczynówkowego i zewnątrzoponowego.

W całym dokumencie pojawia się zapis „lekarz prowadzący analgezję zewnątrzoponową porodu”. Należy go zmienić na „lekarz anestezjolog”.

Ad 5.

Z uwagi na nieobecność konsultanta krajowego, prof. K.Kuszy punkt odroczone.

Ad 6.

Prof. P.Knapik przedstawił informację, że jak wynika z informacji z Ministerstwa Zdrowia prof. J.Stępińska nie pełni już funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie intensywnej terapii i jest obecnie vacat na tym stanowisku. Zaproponował, aby dyskusję na temat specjalizacji z intensywnej terapii przenieść na kolejne posiedzenie ZG, gdy będzie powołany nowy konsultant krajowy.

Ad 7.

Prof. P.Knapik przekazał głos doc. Ł.Krzychowi, który przedstawił aktualną sytuację w Oddziałach PTAiIT. Dodał, że ZG oczekuje na oficjalne wyniki wyborów w Oddziałach: Świętokrzyskim, Łódzkim, Podlaskim i Podkarpackim. Ich brak na kolejnym ZG będzie skutkować rozpoczęciem procedury wskazanej w Uchwale nr 4 z dnia 9 czerwca 2015.

Prof. P.Knapik poinformował, iż otrzymał rezygnację prof. R.Owczuka z funkcji Przewodniczącego Sekcji Naukowo-Edukacyjnej PTAiIT. Prof. Owczuk wyjaśnił Członkom ZG powody swojej decyzji i dodał, że nie rekomenduje żadnego kandydata w swoje zastępstwo. Prof. Knapik zaproponował, aby do czasu nowych wyborów w 2017 roku powołać na funkcję Tymczasowego Przewodniczącego prof. Macieja Żukowskiego z PUM. Dodał, iż uzyskał wstępną zgodę prof. Żukowskiego na kandydowanie. Prof. P.Knapik zarządził głosowanie w tej sprawie. W głosowaniu jawnym 3 osoby głosowały ZA (w tym Prezes), 3 osoby były PRZECIW, 1 osoba WSTRZYMAŁA SIĘ od głosu.

**Uchwała nr 5 Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
z dnia 18 września 2015 roku**

§ 1

Działając na podstawie §33 Statutu, w związku z §22 ustęp 5 Statutu Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii powołuje prof. Macieja Żukowskiego na funkcję Tymczasowego Przewodniczącego Sekcji Naukowo-Edukacyjnej.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Ad 8.

Prof. P.Knapik podniósł problem wciąż niewystarczającej aktywności rezydentów w strukturach Towarzystwa. Jak wynika z zestawień, na około 1250 aktywnych członków PTAiIT tylko około 15% z nich stanowią rezydenci. Dodał, że sytuacja taka jest nieakceptowalna w innych Towarzystwach naukowych, w których przynależność do Towarzystwa jest warunkiem zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego a tym samym przystąpienia do egzaminu. Prof. R.Owczuk zaproponował, aby w oficjalnej korespondencji kierowanej do konsultanta krajowego i Centrum Egzaminów Medycznych zaapelować, iż w związku w tym, że obserwowany jest niepokojący spadkowy trend w zakresie udziału osób w

kierowanej do konsultanta krajowego i Centrum Egzaminów Medycznych zaapelować, iż w związku w tym, że obserwowany jest niepokojący spadkowy trend w zakresie udziału osób w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w działalności edukacyjnej Towarzystwa, rozpocząć egzekwowanie administracyjnego wymogu samokształcenia, w tym uczestniczenia w posiedzeniach towarzystw naukowych. Prof. Owczuk wniósł, aby wzorem Oddziału Pomorskiego PTAiIT wprowadzić wymóg uczestniczenia w co najmniej 75% spotkań Oddziałów PTAiIT i bycia aktualnym członkiem PTAiIT, aby Towarzystwo mogło wystawić specjalizującemu się zaświadczenie o spełnieniu tego wymogu. Członkowie ZG poparli tę inicjatywę. Prof. P.Knapik zobowiązał się do próby rozwiązania tego problemu w zaproponowany sposób.

Ad 9.

Doc. Krzych przedstawił stan przygotowania do EDAIC Part I w 2015 roku, który odbędzie się 19 września 2015. Na egzamin zarejestrowało się 378 kandydatów a wszystkie otrzymane z ESA dokumenty są kompletne. Podziękował też Członkom ZG za ich zgodę na udział w nadzorowaniu egzaminu. Prof. P.Knapik przedstawił korespondencję prowadzoną z dr Zeevem Goldikiem w sprawie wprowadzenia dodatkowego kryterium dla osób aplikujących do EDAIC Part I, polegającego na konieczności ukończenia co najmniej 4 roku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Wynika z niej, iż ESA będzie honorować takie rozwiązanie. Prof. P.Knapik zarządził głosowanie nad przyjęciem odpowiedniej uchwały. W głosowaniu jawnym wszyscy obecni Członkowie ZG głosowali ZA, nikt nie był PRZECIW, nikt NIE WSTRZYMAŁ SIĘ od głosu.

**Uchwała nr 6 Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
z dnia 18 września 2015 roku**

§ 1

Działając na podstawie §12 Statutu Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii rekomenduje wprowadzenie od roku 2016 dodatkowego kryterium aplikacyjnego do egzaminu EDAIC (European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care) Part I polegającego na tym, iż osoba odbywająca szkolenie specjalizacyjne na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgłaszająca się do egzaminu EDAIC Part I legitymuje się ukończeniem co najmniej czwartego roku szkolenia, potwierdzonego kartą szkolenia specjalizacyjnego i oświadczeniem kierownika specjalizacji.

§ 2

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii upoważnia Prezesa PTAiIT, prof. dra hab. Piotra Knapika do wystąpienia do European Society of Anaesthesiology z wnioskiem o wprowadzenie kryterium, o którym mowa w § 1.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Ad 10.

Doc. Krzych przedstawił bieżącą korespondencję, która wpłynęła do PTAiIT.

Dr Andrzej Pytel zwrócił się z prośbą o zajęcie przez ZG stanowiska w sprawie wymogów stawianych przez NFZ dla jednostek prowadzących wentylację domową. Członkowie ZG uznali, iż jako Przewodniczący Sekcji Wentylacji Domowej, dr Pytel jest osobą najbardziej merytorycznie odpowiednią do przygotowania takiej opinii, której treść należy przedstawić Zarządowi Głównemu.

Dr Urszula Zielińska zwróciła się z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie rozbieżnych opinii konsultantów w dziedzinie intensywnej terapii w odniesieniu do kursów przygotowanych przez Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP („Zakażenia w OIT, ciężka sepsa i wstrząs septyczny” oraz „Opieka nad pacjentami umierającymi w OIT”). Choć w opinii ZG sytuacja jest zaskakująca, PTAiIT nie jest stroną w sprawie, ponieważ dotyczy ona specjalizacji z intensywnej terapii, z prowadzeniem której Towarzystwo nie jest związane.

Dr Andrzej Daszkiewicz, Sekretarz Sekcji Znieczulenia Regionalnego i Terapii Bólu przedstawił korespondencyjnie problem w dostępności niektórych anestetyków, obserwowany w wielu krajach europejskich. Członkowie ZG ze zrozumieniem przyjęli inicjatywę dra Daszkiewicza, jednak poprosili, aby wnioskodawca przedstawił dokument, w którym zawrze konkretne rozwiązania problemu, a który będzie mógł być procedowany przez ZG PTAiIT.

Następnie Ł.Krzych przedstawił kalendarz planowanych spotkań, do udziału w których zapraszane jest Towarzystwo.

Prof. P.Knapik przedstawił pisemny wniosek doc. Krzycha o objęcie patronatem PTAiIT podręcznika „Pomocy! Krwotoki!” pod redakcją prof. Adama Dzikiego i doc. Łukasza Krzycha, prezentując skrótowo jego spis treści. Członkowie ZG poparli wniosek.

Ad 12.

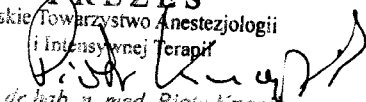
Doc. Krzych wystąpił z prośbą o zgodę ZG na zmianę wzoru certyfikatu potwierdzającego wynik EDAIC Part I, zgodnie z aktualnymi kwestiami administracyjnymi. Członkowie ZG poparli propozycje zmian.

Dr J.Bojko wystąpił z wnioskiem o wprowadzenie znaczka dla członków PTAiIT oraz przedstawił jego propozycje graficzne i ceny produkcji. Członkowie ZG poparli inicjatywę i zaproponowane rozwiązania.

Doc. Ł.Krzych wystąpił z wnioskiem o objęcie patronatem konferencji Sekcji Kardiotorakoanestezjologii PTAiIT. Członkowie ZG poparli wniosek. Prof. M.Wujtewicz wyraziła opinię, iż struktury Towarzystwa, tj. Oddziały i Sekcje organizujące spotkania naukowe automatycznie powinny otrzymywać zgodę na objęcie ich patronatem PTAiIT, co wynika z paragrafu 12 Statutu. Członkowie ZG jednogłośnie poparli wniosek.

Wobec braku innych wniosków, Prezes PTAiIT, prof. Piotr Knapik zamknął Piąte Posiedzenie Zarządu Głównego PTAiIT.

Prezes PTAiIT, prof. dr hab. Piotr Knapik

PREZES
Polskie Towarzystwo Anestezjologii
i Intensywnej Terapii

prof. dr hab. n. med. Piotr Knapik

Sekretarz PTAiIT, dr hab. Łukasz Krzych

SEKRETARZ
Polskie Towarzystwo Anestezjologii
i Intensywnej Terapii

dr hab. n. med. Łukasz Krzych

Warszawa, 18.09.2015r.