

Stanovisko výboru ČSARIM

Etapy anesteziologické a operační péče – terminologie a definice

Balík M., Beneš J., Bláha J., Černá Pařízková R., Černý V., Duška F., Dostál P., Gabrhelík T., Mach D., Michálek P., Stern M., Ševčík P., Štourač P., Truhlář A., Vymazal T.

Členové výboru ČSARIM jsou uváděni v abecedním pořadí, podíl jednotlivých členů výboru na vzniku stanoviska je uveden na konci práce

Úvod

Poskytování anesteziologické a operační péče vyžaduje jasné a jednotné vymezení časových a klinických etap, které tuto péči strukturují. Hlavní důvody pro zavedení jednotné terminologie a obsahu etap předmětné péče jsou:

- Efektivita provozu operačních sálů zásadně ovlivňuje výkonnost nemocnic a odráží organizační efektivitu práce anesteziologického i chirurgického týmu.
- V českém zdravotnictví chybí jednotná metodika pro sledování časové náročnosti a organizace anesteziologické a operační péče, včetně činností nelékařských pracovníků. V důsledku toho nejsou k dispozici srovnatelná data o efektivitě provozu jednotlivých pracovišť, ani o využití kapacit anesteziologických a chirurgických týmů.
- Činnost anesteziologického týmu bývá často a nesprávně ztotožňována pouze s dobou celkové anestezie, což vede ke zkreslenému pohledu na rozsah a náročnost práce anesteziologického týmu ze strany operačních oborů i managementu nemocnic.
- Plánování operačního programu ze strany chirurgických týmů často nereflektuje reálnou časovou náročnost jednotlivých etap anesteziologické péče.

- Výbor ČSARIM registruje požadavky na jednotné a srozumitelné definování jednotlivých etap péče na operačních sálech, které by reflektovalo provozní podmínky a podíl jednotlivých týmů na organizační efektivitě (včetně transportu pacienta na a ze sálu).
- Definování etap je jednou ze součástí materiálu k optimalizaci perioperační péče, jehož vznikem byla pověřena ČSARIM přes své zástupce v Pracovní skupině Ministerstva zdravotnictví pro restrukturalizaci intenzivní péče.

Etapy péče jsou definovány funkčně i časově a vycházejí z logiky klinického procesu. Každá z etap má jasný začátek i konec, který je možno dokumentovat. Přesné definice těchto etap jsou a) nezbytné pro zajištění návaznosti činností, plánování péče, b) umožňují objektivní sledování efektivity provozu operačních sálů, identifikaci odchylek, analýzu nežádoucích událostí a srovnání mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Struktura etap reflektuje reálné rozhraní kompetencí a odpovědností mezi anesteziologickým a chirurgickým týmem a podporuje interdisciplinární koordinaci.

Výbor ČSARIM definuje základní rámec etap anesteziologické a operační péče a jejich časového vymezení v tabulce 1.

Tab. 1. Etapy anesteziologické a operační péče a jejich časové vymezení

Etapa	Název	Popis a časová evidence
I	Převzetí pacienta anesteziologickým týmem	Čas evidence = formální převzetí pacienta od předávající osoby.
II	Zahájení anesteziologické péče	Čas evidence = začátek první odborné činnosti směřující k zajištění bezpečné anestezie (např. žilní vstup, monitorace, úvod do anestezie, regionální blokáda, polohování, stabilizace).
III	Zahájení aktivity operačního týmu	Čas evidence = okamžik, kdy anesteziolog ukončí předchozí činnosti a informuje operační tým, že pacient je připraven.
IV	Zahájení vlastního operačního výkonu	Čas evidence = incize kůže či jiné porušení integrity těla (vpich, trokar, vstup do dutiny).
V	Ukončení aktivity operačního týmu	Čas evidence = odstranění pomůcky, zakrytí rány, imobilizace apod.
VI	Ukončení anesteziologické péče	Čas evidence = pacient připraven k transportu na dšpávací jednotku nebo JIP.
VII	Předání pacienta	Čas evidence = formální předání pacienta odpovědnému pracovníkovi navazující péče.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

prof. MUDr. Vladimír Černý Ph.D., FCCM, FESAIC, office@csarim.cz

Článek přijat redakcí: 24. 6. 2025

Cit. zkr: Anest intenziv Med. 2025;36(2):108-109

Stanovisko

1. Doporučujeme zavedení jednotného systému základních definic jednotlivých etap anesteziologické a operační péče napříč zdravotnickými zařízeními.
2. Doporučujeme využívat tento jednotný systém etap pro plánování operačních výkonů, analýzu efektivity perioperační péče a optimalizaci organizace provozu operačních sálů.
3. Záznam časových bodů jednotlivých etap má být prováděn výhradně prostřednictvím nemocničního informačního systému nebo jeho elektronického ekvivalentu. Používání analogové (papírové) dokumentace nepovažujeme za vhodné z hlediska dostupnosti dat, auditovatelnosti a zajištění datové bezpečnosti.

Autorský podíl na vzniku stanoviska je uváděn v souladu s metodikou CRediT (Contributor Roles Taxonomy) [https://www.](https://www.elsevier.com/researcher/author/policies-and-guidelines/credit-author-statement)

elsevier.com/researcher/author/policies-and-guidelines/credit-author-statement (konceptualizace, metodologie, software, validace, formální analýza, provedení výzkumu/experimentu, analýza důkazů, zdroje, správa dat; psaní (originální návrh), psaní (připomínky k rukopisu, úpravy), vizualizace, vedení a koordinace, administrace projektu, získávání financí).

- Beneš J.: psaní (originální návrh), psaní (připomínky k rukopisu, úpravy)
- Černý V.: psaní (originální návrh), psaní (připomínky k rukopisu, úpravy), vedení a koordinace, administrace stanoviska
- Balík M., Beneš J., Bláha J., Černá Pařízková R., Duška F., Dostál P., Gabrhelík T., Mach D., Michálek P., Stern M., Ševčík P., Štourač P., Truhlář A., Vymazal T.: psaní (připomínky k rukopisu, úpravy)

Stanovisko bylo schváleno výborem ČSARIM dne 28. 5. 2025