



**POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH
I INTENSYWNEJ OPIEKI**

www.ptpaio.pl

UL. Jeleniogórska 16, 60-179 Poznań e-mail: ptpa@ump.edu.pl , biuro.@ptpaio.pl

18.03.2012r

1. Czy pielęgniarka anestezjologiczna po kursie kwalifikacyjnym z anestezjologii i intensywnej terapii może samodzielnie prowadzić znieczulenie, (ponieważ lekarz anestezjolog równocześnie znieczula na 2 salach operacyjnych)?

Nie, zakres kompetencji pielęgniarki anestezjologicznej regulują podstawowe akty prawne dotyczące wykonywania zawodu:

Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z 15.07.2011r

Rozporządzenie MZ z dnia 07.11. 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Ponadto w umiejętnościach wynikowych kursu kwalifikacyjnego i specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki znajdzie Pani zakres czynności do których została Pani przygotowana w toku kształcenia. Nie ma tam mowy o samodzielnym prowadzeniu znieczulenia.

Standard znieczulenia reguluje Rozporządzenie MZ z dnia 27.02.1998r w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej.

Paragraf 11 wymienionego rozporządzenia mówi:

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

Paragraf 13 pkt 1i 3 tegoż rozporządzenia mówią

„Lekarz anestezjolog powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia.”

„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”

Istnieje również opinia w sprawie zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną wydana przez Radcę prawnego NRPIP I. Choromańską (IMPULS nr 10-11/2010,s 25)

„Pielęgniarka jest osobą współuczestniczącą w znieczuleniu i jeżeli samodzielnie prowadzi czynności w ramach procedury znieczulenia, to przestaje być współuczestnikiem i staje się głównym podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie procedury medycznej. W związku z powyższym, jeżeli pielęgniarka prowadzi czynności w ramach powyższej procedury medycznej pozostając sama z pacjentem przez 30 – 40 minut, to przestaje być współuczestnikiem przy udzielaniu danego świadczenia i staje się głównym podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie procedury medycznej, co nie powinno mieć miejsca”.



**POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH
I INTENSYWNEJ OPIEKI**

www.ptpaio.pl

UL. Jeleniogórska 16, 60-179 Poznań e-mail: ptpa@ump.edu.pl , biuro.@ptpaio.pl

2. Czy zadaniem pielęgniarki anestezjologicznej jest zakładanie opaski uciskowej typu Esmarcha już po znieczuleniu pacjenta, np. po znieczuleniu podpajęczynówkowym? Czy jest to zadanie pielęgniarki instrumentariuszki tzw. „lotnej”, ponieważ jest to przygotowanie pola operacyjnego?

Przygotowanie pola operacyjnego należy do zadań zespołu operującego. Współpraca w zakresie założenia opaski ze strony zespołu anestezjologicznego dotyczy ustalenia granicy wysokości ciśnienia do jakiego należy napełnić mankiet. Pielęgniarka anestezjologiczna powinna zająć się obserwacją pacjenta, który już otrzymał znieczulenie i współpracą z anestezjologiem. Zaabsorbowanie uwagi pielęgniarki anestezjologicznej innymi czynnościami wpływa bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjenta znieczulanego. Zwłaszcza pacjenci w znieczuleniu przewodowym są narażeni na wystąpienie nagłych i niebezpiecznych działań niepożądanych leków znieczulenia miejscowego, również w pierwszych minutach po wykonaniu znieczulenia i wymagają wnikliwego nadzoru ze strony zespołu anestezjologicznego.

3. Czy pacjent przebywający na bloku operacyjnym, u którego zabieg „ma być w znieczuleniu miejscowym” powinien być tylko pod opieką i nadzorem pielęgniarki anestezjologicznej czy również anestezjologa?

Wracamy do paragrafu 11 wymienionego wyżej rozporządzenia. Załączam także opinię konsultanta wojewódzkiego w anestezjologii i intensywnej terapii, prof. Nestorowicza w przedmiotowej sprawie

4. Czy pielęgniarka anestezjologiczna przy w/w znieczuleniu miejscowym może podać leki, np. Midanium, Fentanyl na ustne polecenie „lekarza operatora”?

Odpowiedź na to pytanie jest taka sama jak na poprzednie dotyczące znieczuleń miejscowych wykonywanych przez lekarza operatora.

Podawanie leków na ustne zlecenie jest niezgodne z prawem i zasadami dobrej praktyki za wyjątkiem stanów bezpośredniego zagrożenia życia (resuscytacja). Zapis taki znajduje się w Ustawie o zawodach Art. 15

„Pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej:

Nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”

Zlecenie lekarskie jest konstrukcją prawa administracyjnego, musi mieć formę pisemną i zostać odnotowane w dokumentacji medycznej a jego wykonanie poświadczane przez osobę wykonującą.

Art.12 Ustawy o Zawodach

„pielęgniarka i położna może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia medycznego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej”

Proszę również pamiętać, że za wszystkie podjęte decyzje pielęgniarki ponoszą pełną odpowiedzialność (także za zgodę na pracę niezgodną z przepisami prawa). Brak anestezjologa lub jego praca na 2 salach operacyjnych grozi potencjalnym zdarzeniem niepożądanym i jako takie powinno być zgłoszone i zostać odnotowane w dokumentacji pielęgniarskiej.