

Lp.KKPAiO 06/02/2026.

03.03.2026

STANOWISKO ZESPOŁU KONSULTANTÓW**w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w sprawie uczestniczenia pielęgniarek anestezjologicznych w znieczuleniach miejscowych do zabiegów operacyjnego w obrębie bloku operacyjnego bez obecności lekarza anestezjologa w podmiotach leczniczych w całej Polsce**

W związku z nadal zadawanymi pytaniami **w sprawie uczestniczenia pielęgniarek anestezjologicznych w znieczuleniach miejscowych do zabiegów operacyjnych w obrębie bloku operacyjnego bez obecności lekarza anestezjologa**, prowadzonych przez lekarza specjalności zabiegowej, w podmiotach leczniczych w całej Polsce, gdzie padają stwierdzenia, że „*pielęgniarki anestezjologiczne w jednostkach ochrony zdrowia w sposób nieformalny są przymuszane do realizacji tych zadań*”

Zespół konsultantów podjął decyzję o ustosunkowaniu się do powyższego problemu i zajął w tej sprawie stanowisko, mając na względzie wcześniejsze Opinie Konsultantów w.w. sprawie, które zostały już opublikowane w Polsce, a mimo to problem nadal jest podnoszony.

Zespół Konsultantów stwierdza, iż ten problem nadal uruchamia konflikty w obszarze ww. sprawie, mimo iż istnieje:

1. Stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii prof. Andrzeja Nestorowicz z **2012 r.**, „Zgodnie z duchem zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. pielęgniarka anestezjologiczna wykonuje powierzone jej zadania wyłącznie w zespole wraz z lekarzem anestezjologiem. Zasada ta odnosi się do wszelkich zadań, nie tylko znieczuleń, również analgosedacji, sedacji, analgezji, a nawet nadzoru nad chorym (t.zw. stand-by). Przebieg procedury, niezależnie od jej charakteru, odbywa się pod stałym nadzorem zespołu lekarz anestezjolog/pielęgniarka anestezjologiczna i musi być rejestrowany w odrębnej dokumentacji medycznej. Przejęcie odpowiedzialności przez innego lekarza za przebieg każdej z wymienionych procedur anestezjologicznych i za bezpieczeństwo chorego jest możliwe w wyjątkowych okolicznościach, po spełnieniu warunków zawartych w wymienionym Rozporządzeniu”.
2. Stanowisko konsultanta krajowego dr hab. Danuty Dyk z **2013 r** – Stanowisko w sprawie samodzielnego nadzoru nad pacjentem w czasie znieczulenia miejscowego oraz uprawnień pielęgniarki anestezjologicznej do podawania leków na ustne zlecenie operatora prowadzącego zabieg operacyjny, którego treść brzmi: „Pielęgniarka anestezjologiczna w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 1 stycznia 2013 r. poz 1315) współpracuje przy wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego z lekarzem anestezjologiem, dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną. Podobnie w przypadku znieczuleń do zabiegów chirurgii jednego dnia lub dokonywania znieczulenia do zabiegów diagnostycznych w trybie leczenia jednego dnia świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić opiekę lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej, warunki powyższe określa

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W zakresie wykonywania przez pielęgniarkę zleceń lekarskich należy się kierować zapisem art. 15 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który określa, że pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, wyjątek stanowią mogą zlecenia wykonywane w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego”.

3. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, prof. dr hab. n. med. Radosława Owczuka z **2016 r.** w sprawie: samodzielnego monitorowania śródoperacyjnego chorych przez pielęgniarkę anestezjologiczną podczas znieczulenia wykonywanego przez lekarza specjalności zabiegowej. „...Wykonanie znieczulenia miejscowego przez lekarza specjalności zabiegowej nie podlega przepisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r., w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a więc może być wykonywane przez lekarza każdej specjalności.... Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, samodzielne monitorowanie śródoperacyjne chorych przez pielęgniarkę podczas znieczulenia miejscowego, wykonywanego przez lekarza specjalności zabiegowej jest teoretycznie dopuszczalne pod warunkiem, iż ograniczałoby się do oceny i monitorowania poziomu znieczulenia pacjenta, a pielęgniarka ukończyłaby kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologicznego i intensywnej opieki lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Biorąc pod uwagę praktyczny i realny brak „możliwości oceny i monitorowania poziomu znieczulenia miejscowego” przez pielęgniarkę należy uznać, iż samodzielne monitorowanie śródoperacyjne chorych przez pielęgniarkę podczas znieczulenia miejscowego wykonywanego przez lekarza specjalności zabiegowej jest co najmniej niecelowe. Natomiast monitorowanie w zakresie nieprzewidzianym w przepisach niezgodne z prawem.”

Świadczenia gwarantowane - stan obowiązujący

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych jest obowiązany do spełnienia całodobowo warunków określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658), które określają:

§4.4 W przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, świadczeniodawca zapewnia, w zakresie kwalifikacji personelu, równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

§5. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, w trybie leczenia jednego dnia, powinien spełniać łącznie następujące warunki:

1) w zakresie kwalifikacji personelu:

a) *równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń,*

b) *równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy - pielęgniarka;*

2) w przypadku udzielania świadczeń chirurgii jednego dnia lub dokonywania znieczulenia do zabiegów diagnostycznych w trybie leczenia jednego dnia, zapewnić dodatkowo, oprócz warunków określonych w pkt 1, następujące warunki w zakresie kwalifikacji personelu:

a) *równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej,*

b) *równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki.*

Należy podkreślić, iż w 2010 roku została podpisana przez przewodniczących Narodowych Towarzystw Anestezjologicznych Deklaracja Helsińska (w tym PTAiT) o Bezpieczeństwie Pacjenta w Praktyce Anestezjologicznej (DeHeBePA). Deklaracja wskazuje na dominującą rolę anestezjologii w promowaniu i utrzymaniu jak najwyższego poziomu bezpieczeństwa pacjenta w okresie okołoperacyjnym na należytych poziomach. W Polsce Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 16 grudnia 2016 r.), jest gwarantem bezpieczeństwa chorych w polskich instytucjach leczenia zamkniętego

Odpowiedzialność

Opinia wydana przez radcę prawnego Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (IMPULS nr10-11/2010, s.25). „, *Pielęgniarka jest osobą współuczestniczącą w znieczuleniu i jeżeli samodzielnie prowadzi czynności w ramach procedur znieczulenia, to przestaje być współuczestnikiem i staje się głównym podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie procedury medycznej. W związku z powyższym, jeżeli pielęgniarstwo 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 odpowiedzialności za prowadzenie procedury medycznej, co nie powinno mieć miejsca*”.

Nasze wątpliwości budzą konstruowane zakresy obowiązków dla pielęgniarek

anestezjologicznych przez pracodawców placówek medycznych. Z jednej strony odnoszą się do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki anestezjologiczne zgodnie z prawem. Z drugiej zaś określają wykonywanie czynności współuczestniczenia w procedurach medycznych, które stają się problematyczne (z naruszeniem obowiązujących przepisów prawa) w świetle odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki anestezjologicznej. Pielęgniarka zgodnie w obecnym stanie prawnym i zakresie kompetencji zawodowych, nie może samodzielnie sprawować nadzoru nad pacjentem znieczulanym niezależnie od rodzaju znieczulenia. Jeżeli jest to znieczulenie wykonane przez lekarza specjalności zabiegowej, tym bardziej nie może nadzorować takiego znieczulenia, gdyż pielęgniarka anestezjologiczna nie jest członkiem zespołu chirurgicznego. Ponadto każde znieczulenie, tym bardziej nadzór wymaga prowadzenia dokumentacji przebiegu znieczulenia/nadzoru, a zgodnie z rozporządzeniem taką dokumentację prowadzi lekarz anestezjolog. Karta przebiegu znieczulenia nie jest dokumentacją pielęgniarstwa. Tak więc pielęgniarka anestezjologiczna nie może prowadzić powyższej dokumentacji, a zwłaszcza wykonywać zlecenia chirurga i odnotowywać je w dokumentacji. Nie możemy brać pod uwagę jedynie samego nadzoru wykonywanego przez pielęgniarkę, ale również sytuacji kiedy to pielęgniarka anestezjologiczna zostanie poproszona przez lekarza specjalności zabiegowej o podanie środków farmakologicznych. Naszym zamiarem nie jest podważenie kompetencji lekarza chirurga co do znajomości farmakologii w kontekście środków farmakologicznych używanych do sedacji czy analgesodacji. Ale w tym zakresie to lekarz anestezjolog jest członkiem zespołu, którego zlecenia podawania środków farmakologicznych wykonuje pielęgniarka anestezjologiczna. Takie rozwiązania organizacyjne stanowią „prowizorkę” dla rozwiązywania problemów kadrowych w placówkach ochrony zdrowia. Jednak stanowią bardzo duże niebezpieczeństwo dla jakości świadczonych usług zdrowotnych i bezpieczeństwa pacjenta w trakcie trwania takiego zabiegu. Stawiając pielęgniarki anestezjologiczne w sytuacjach sprzecznych w stosunku do oczekiwań pracodawcy, jednocześnie spycha się ją na drogę problemów prawnych w sytuacji pojawienia się nieprzewidzianych powikłań czy zdarzeń niepożądanych. Pamiętając iż pacjent zawsze może wkroczyć na drogę roszczeń sądowych.

Wybrane doniesienia wyników badań oceniających pracę pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki, prowadzonych w ośrodkach zagranicznych:

Portoghese I. *et al.* *Burnout and Workload Among Health Care Workers: The Moderating Role of Job Control.* *Saf Health Work* 2014;5:152-157;

Panunto MR *et al.* *Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses.* *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(3).

Jeong-Hee Kang et al. *Nurse-Perceived Patient Adverse Events depend on Nursing Workload.* *Osong Public Health Res Perspect.* 2016; 7(1): 56–62);

Fathi A, *et al.* *Medication errors among nurses in teaching hospitals in the west of Iran: what we need to know about prevalence, types, and barriers to reporting* *Epidemiol Health.* 2017; 39: e2017022. Wyraźnie wskazują, że nadmierne obciążenie i przeciążenie personelu pielęgniarstwa różnych specjalności może prowadzić do: zdarzeń niepożądanych niezamierzonych błędów medycznych, wypadków w czasie pracy, zwiększonej absencji, zanurzeni snu i wypalenia zawodowego personelu pielęgniarstwa.

Wszystkie powyżej poruszone zagadnienia przekładają się to również na bilans kosztów placówki medycznej, związanych ze zwiększeniem ilości zakażeń wewnątrzszpitalnych, wydłużeniem czasu hospitalizacji pacjentów, zwiększeniem kosztów leczenia i poniesionych strat na odszkodowania dla pacjentów.

Reasumując: w odniesieniu do powyższych zapisów:

1. Pielęgniarka anestezjologiczna bierze udział we wszystkich procedurach anestezjologicznych **razem z lekarzem anestezjologiem** oraz wykonuje zlecenia związane z realizacją świadczeń zdrowotnych w oparciu o zlecenie lekarza anestezjologa.
2. Wysoka jakość profesjonalnych usług w których swoje miejsce pełni pielęgniarka anestezjologiczna całodobowo określa w *Roz. MZ z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*, oraz *Roz. MZ w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 16 grudnia 2016 r.)*,
3. Każdy świadczeniodawca ma obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa hospitalizowanym pacjentom, gdzie pielęgniarka anestezjologiczna realizuje świadczenia w zakresie swoich kompetencji i uprawnień w myśl przepisów prawa, które regulują kompetencje pielęgniarki anestezjologicznej.
4. Delegowanie pielęgniarek anestezjologicznych do zadań zawodowych poza ich kompetencjami przez kadrę zarządzającą oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w jednostkach ochrony zdrowia, jest nieuprawnione i naruszające obowiązujące przepisy prawa.
5. W trosce o wysoką jakość profesjonalnych usług pielęgniarstkich i zapewnienia bezpieczeństwa hospitalizowanym pacjentom, Konsultant Krajowa i Zespół Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, apelują aby kadra zarządzająca reagowała na działania stojące w sprzeczności z bezpieczeństwem pacjentów, celem eliminacji niewłaściwego postępowania w przedmiotowej sprawie.

Za Zespół Konsultantów:

Dr n. med. **Małgorzata Knap** - Konsultant Krajowa w dziedzinie
pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki