© Evereth Publishing, 2026

IZABELA FORNAL[1, 2], W IMIENIU RADY NAUKOWEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA INFUZYJNEGO[2]

STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSTWA INFUZYJNEGO Z DNIA 13 STYCZNIA 2026 R. W SPRAWIE CZASU UTRZYMANIA DOSTĘPU TĘTNICZEGO ORAZ KWALIFIKACJI PIELĘGNIAREK DO POBIERANIA KRWI Z DOSTĘPU TĘTNICZEGO

ORCID: 0009-0002-2382-868X

1 Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
2 Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Infuzyjnego

IZABELA FORNAL
Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa,
Warszawski Uniwersytet Medyczny,
ul. Erazma Ciołka 27, 01-445 Warszawa,
e-mail: izabela.fornal@wum.edu.pl

Wpłynęło: 21.01.2026
Zaakceptowano: 28.01.2026
DOI: dx.doi.org/10.15374/EJIN2026003

DOTYCZY ZAPYTAŃ:

AD. 1

„Zwracam się z prośbą o opinię na temat rekomendowanego czasu utrzymania dostępu tętniczego. Czy jest tak, jak w przypadku dostępów dożylnych (nie ma maksymalnego czasu utrzymania, decydują długość terapii i stan pacjenta)? Pytanie zadaję, ponieważ u pacjenta, u którego udało się utrzymać taki dostęp powyżej miesiąca, doszło do krwawienia trudnego do opanowania w związku z poszerzeniem loży przy ujściu kaniuli w skórze. W związku z tą sytuacją lekarze zwrócili się z prośbą o wpisanie do procedury maksymalnego czasu utrzymania wynoszącego 14 dni."

AD. 2

„Czy do pobierania krwi z linii tętniczej potrzebne są dodatkowe kwalifikacje? Czy pielęgniarka po licencjacie pracująca w OIT może pobierać krew z linii tętniczej?"

AD. 1) CZAS UTRZYMANIA DOSTĘPU TĘTNICZEGO

Zgodnie z aktualnymi międzynarodowymi wytycznymi – w szczególności Infusion Therapy Standards of Practice (INS, 2024) oraz Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – nie określa się maksymalnego czasu utrzymania dostępów tętniczych. Czas pozostawania dostępu w tętnicy wynika z bieżącej oceny klinicznej, wskazań terapeutycznych oraz stanu miejscowego skóry i tkanek. Kluczową zasadą pozostaje systematyczna (co najmniej raz na dobę) ocena miejsca wprowadzenia dostępu, drożności i stabilizacji kaniuli, a także monitorowanie perfuzji obwodowej [1].

Dostęp tętniczy należy usunąć niezwłocznie w przypadku wystąpienia jakichkolwiek powikłań, takich jak:

- objawy zakażenia (zaczerwienienie, ból, obrzęk, wysięk);
- zakrzepica lub krwiak;
- zaburzenia perfuzji dystalnej;
- poszerzanie się loży wokół kaniuli, mogące zwiększać ryzyko zakażenia i/lub krwawienia.

Fragmenty oryginalne (INS 2024) [1]:

1. „Remove the arterial catheter when it is no longer clinically necessary, or if signs of local or systemic infection, thrombosis, or impaired perfusion occur."
2. „Persistent drainage or wound tract may indicate a complication requiring medical attention."

Każdy przypadek powinien być oceniany indywidualnie, z uwzględnieniem całokształtu sytuacji klinicznej, potencjalnych korzyści i ryzyka kontynuowania utrzymania dostępu. Incydent pojedynczego powikłania nie stanowi przesłanki do wprowadzania arbitralnych, stałych limitów czasowych w procedurze wewnętrznej, gdyż mogłoby to niepotrzebnie zwiększać częstość ponownych kaniulacji, podnosząc ryzyko powikłań mechanicznych i infekcyjnych. Uszkodzenia mechaniczne w miejscu kaniulacji

© Evereth Publishing, 2026

Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

mogą być również zależne od rodzaju zastosowanego sprzętu. W przypadku konieczności dłuższego utrzymywania kaniuli dotętniczych zaleca się stosowanie kaniul poliuretanowych, wprowadzanych techniką Seldingera, zamiast kaniul wykonanych np. z politetrafluoroetylenu (PTFE). Poliuretan, dzięki swojej elastyczności w temperaturze ciała, zmniejsza ryzyko mikrourazów, przemieszczenia i miejscowych powikłań zapalnych. Zastosowanie tego typu kaniul zwykle pozwala ograniczyć częstość powikłań miejscowych obserwowanych przy dłuższym utrzymywaniu dostępu dotętniczego.

Ponadto, zgodnie z zasadami dobrej praktyki klinicznej, należy uwzględniać informacje zawarte w charakterystyce i zaleceniach producenta danego systemu dostępu tętniczego, w tym dotyczące stabilizacji, pielęgnacji i maksymalnego rekomendowanego czasu użytkowania, jeżeli jest on określony.

PODSUMOWANIE

Nie ma podstaw merytorycznych ani zgodności z wytycznymi, aby wprowadzać do procedury sztywny limit czasu utrzymywania dostępu tętniczego (np. 14 dni). Standardem jest utrzymywanie dostępu tak długo, jak jest on potrzebny klinicznie, funkcjonalny oraz bez cech powikłań. W przypadku konieczności dłuższego utrzymywania kaniuli dotętniczych zaleca się stosowanie kaniul poliuretanowych, wprowadzanych techniką Seldingera.

W odniesieniu do analizowanego przypadku klinicznego należy jednoznacznie wskazać, że dostęp dotętniczy powinien zostać usunięty natychmiast po zaobserwowaniu pogłębiającej się loży wokół miejsca wprowadzenia kaniuli. Opóźnienie w jego usunięciu należy traktować jako działanie niezgodne z obowiązującymi standardami opieki.

AD. 2) POBIERANIE KRWI Z LINII TĘTNICZEJ – KWALIFIKACJE

W odniesieniu do pytania dotyczącego konieczności posiadania dodatkowych kwalifikacji do pobierania krwi z linii tętniczej oraz możliwości wykonywania tej procedury przez pielęgniarkę po licencjacie pracującą w Oddziale Intensywnej Terapii (OIT), należy jednoznacznie stwierdzić, że zakres uprawnień pielęgniarki zależy zarówno od rodzaju wykonywanej czynności, jak i od komórki organizacyjnej, w której jest zatrudniona.

W praktyce klinicznej funkcjonuje istotne rozróżnienie pomiędzy samodzielnym nakłuciem obwodowego naczynia tętniczego a pobieraniem krwi z już założonej linii tętniczej. Bezpośrednie nakłucie obwodowego naczynia tętniczego w celu pobrania materiału do badań to procedura bardziej inwazyjna, wymagająca dodatkowych kwalifikacji podyplomowych, może być wykonywana bez zlecenia lekarskiego w przypadku posiadania odpowiednich kompetencji.

W punkcie 37 wykazu świadczeń zdrowotnych, do których uprawniona jest pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, określono umiejętność: „Nakłucie obwodowych naczyń tętniczych do pobierania materiału do analiz laboratoryjnych". Oznacza to, że pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub będąca w trakcie specjalizacji – zgodnie z definicją zawartą w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – jest uprawniona do samodzielnego pobierania krwi tętniczej z naczyń obwodowych. Pielęgniarka z tymi kompetencjami może wówczas wykonywać tę czynność bez zlecenia lekarza, jeśli istnieje taka potrzeba i stan kliniczny pacjenta tego wymaga bądź jeśli pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia [2–4].

Pobieranie krwi z naczyń tętniczych (niezależnie od techniki) jest procedurą wymagającą znajomości anatomii naczyń obwodowych, oceny perfuzji, rozpoznawania powikłań oraz stosowania aseptyki – stąd nie stanowi standardowej kompetencji pielęgniarki posiadającej wyłącznie tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Pobieranie krwi z linii tętniczej jest procedurą mniej inwazyjną, polegającą na obsłudze istniejącego dostępu tętniczego, założonego uprzednio przez lekarza. Linia tętnicza, czyli dostęp tętniczy, to inwazyjny, krótkotrwały lub długotrwały dostęp uzyskiwany poprzez nakłucie tętnicy i wprowadzenie kaniuli, który może być wykorzystywany jako stały, bezpośredni, krwawy pomiar ciśnienia tętniczego lub dostęp umożliwiający wykonywanie powtarzalnych pobrań krwi – przede wszystkim oznaczenie parametrów gazometrycznych krwi tętniczej, a także pobranie krwi do wymaganych badań laboratoryjnych. W przeciwieństwie do samodzielnego nakłuwania tętnicy obwodowej, pobranie krwi z już założonej linii nie narusza ciągłości tkanek, a więc jest procedurą znacznie mniej inwazyjną. Mimo to wymaga odpowiedniego przygotowania, w tym znajomości zasad aseptyki, prawidłowej obsługi portu kaniuli oraz układów przepływowych stosowanych przy pomiarze ciśnienia tętniczego metodą inwazyjną, a także umiejętności oceny perfuzji dystalnej i rozpoznawania potencjalnych powikłań związanych z dostępem tętniczym. W praktyce klinicznej pobrania krwi z linii tętniczej najczęściej wykonuje się na zlecenie lekarza.

Zakres kompetencji pielęgniarek kształconych według standardu z 2024 r. obejmuje m.in. efekty uczenia się C.U11 i C.U22. W ramach efektu C.U11 pielęgniarka

© Evereth Publishing, 2026

Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym druk i umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

potrafi „pobierać materiał do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych oraz asystować lekarzowi przy badaniach diagnostycznych". Natomiast efekt C.U22 dotyczy umiejętności „zakładania i usuwania cewnika z żył obwodowych, wykonywania kroplowych wlewów dożylnych oraz monitorowania i pielęgnowania miejsca wkłucia obwodowego" [4].

Warto podkreślić, że w treści efektu C.U22 nie doprecyzowano rodzaju naczynia, co oznacza, że może odnosić się on do pielęgnacji kaniuli obwodowych w ogólnym ujęciu, bez wskazania, czy chodzi o żyły, czy tętnice. Program studiów nie definiuje jednak wprost kompetencji do samodzielnego pobierania krwi z linii tętniczej; obejmuje jedynie pielęgnację kaniuli obwodowej, co można rozumieć jako konieczność posiadania ogólnej wiedzy o obsłudze dostępu naczyniowego, w tym m.in. przepłukiwania kaniuli tętniczej roztworem 0,9% NaCl czy monitorowania miejsca wkłucia. Sama ta wiedza nie stanowi jednak podstawy do rozszerzenia uprawnień o pobieranie krwi z dostępu tętniczego, ponieważ standard kształcenia nie wymienia takiej kompetencji [4].

Warto w tym miejscu podkreślić, że nie istnieją jednoznaczne przepisy regulujące wykonywanie pobrania krwi z linii tętniczej przez wszystkie pielęgniarki.

Zgodnie z §3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r., wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego bez zlecenia lekarskiego jest dopuszczalne wyłącznie dla pielęgniarek, które [3]:

- ukończyły kurs kwalifikacyjny;
- posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmował treści dotyczące tej procedury.

Oznacza to, że wykonywanie pobrania krwi z istniejącego dostępu tętniczego do badań laboratoryjnych oraz w celu oznaczenia parametrów gazometrycznych na zlecenie lekarza jest ustawowo przypisane pielęgniarkom z wyżej wymienionymi kompetencjami.

Należy ponadto zwrócić uwagę, że procedura ta jest wykonywana zgodnie z obowiązującymi w placówce procedurami klinicznymi oraz zasadami bezpieczeństwa pacjenta.

PODSUMOWANIE

1. Pielęgniarka po ukończeniu studiów licencjackich nie może pobierać krwi z linii tętniczej ani nakłuwać tętnic obwodowych.
2. Pielęgniarka, po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa, w których programie znalazły się treści dotyczące pobierania krwi z obwodowych naczyń tętniczych, zgodnie z §3 Rozporządzenia z 28 lutego 2017 r. może pobierać krew z obwodowego naczynia tętniczego zarówno na zlecenie lekarza, jak i samodzielnie, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta, istnieje nagła potrzeba lub pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia.
3. Pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki może pobierać krew z już założonej linii tętniczej, jeżeli program kursu obejmował tę umiejętność.
4. Pielęgniarka po specjalizacji może pobierać krew z linii tętniczej, jeżeli program specjalizacji obejmował tę umiejętność oraz może dodatkowo samodzielnie nakłuwać tętnice obwodowe, jeśli kompetencja ta została ujęta w programie specjalizacji.

Poniższe stanowisko zostało opracowane przez mgr Izabelę Fornal oraz członków Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Infuzyjnego.

KONFLIKT INTERESÓW: nie zgłoszono.

PIŚMIENNICTWO

1. Nickel B, Gorski L, Kleidon T et al. Infusion Therapy Standards of Practice, 9th Edition. J Infus Nurs 2024;47(1S Suppl. 1):S1–S285, doi: 10.1097/NAN.0000000000000532.
2. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Warszawa, 2019.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Dz.U. 2017 poz. 497.
4. Rozporządzenie Ministra Nauki z dnia 10 października 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dz.U. 2024 poz. 1514.

© Evereth Publishing, 2026