

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



STANOWISKO ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH I INTENSYWNEJ OPIEKI Z DNIA 24 CZERWCA 2017 ROKU

W SPRAWIE: NIEUPRAWNIONEGO DELEGOWANIA PIELĘGNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH DO SAMODZIELNEGO NADZOROWANIA PACJENTA PODCZAS ZNIECZULENIA, WYPEŁNIANIA DOKUMENTACJI LEKARSKIEJ PRZEBIEGU ZNIECZULENIA ORAZ PODAWANIA LEKÓW W CZASIE ZNIECZULENIA MIEJSCOWEGO NA ZLECENIE CHIRURGA

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki stanowczo nie zgadza się na praktyki związane z delegowaniem pielęgniarek anestezjologicznych do samodzielnego prowadzenia nadzoru nad znieczuleniem miejscowym.

Na mocy Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym. W art. 4.1. ustawy stwierdza się, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu (w określonym zakresie) świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych [1].

Jednakże żadna forma kształcenia podyplomowego dostępna dla personelu pielęgniarskiego nie przewiduje uzyskania przez pielęgniarkę anestezjologiczną uprawnień do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, polegających na wykonywaniu lub samodzielnym nadzorowaniu znieczulenia ogólnego, regionalnego oraz miejscowego.

Jednocześnie w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii stwierdza się – w § 8, pkt. 1 – że w podmiocie leczniczym świadczenia te mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii. Natomiast § 9, pkt 9 stanowi, że podczas znieczulenia z lekarzem anestezjologiem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń poza salą operacyjną [2].

Lekarz nie jest przełożonym pielęgniarki. Osoby pełniące te zawody współpracują ze sobą i wzajemnie się uzupełniają, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 roku. Z zapisu tego wynika jednoznacznie, że pielęgniarka nie może samodzielnie sprawować nadzoru nad pacjentem znieczulonym, niezależnie od jego rodzaju. Jeżeli jest to znieczulenie miejscowe wykonywane przez chirurga, tym bardziej nie może nadzorować takiego znieczulenia. Pielęgniarka anestezjologiczna nie jest członkiem zespołu chirurgicznego. Ponadto każde znieczulenie wymaga prowadzenia dokumentacji przebiegu znieczulenia, a zgodnie z ww. rozporządzeniem taką dokumentację prowadzi lekarz.

Nieobecność lekarza anestezjologa podczas znieczulenia i delegowania tego obowiązku na pielęgniarkę anestezjologiczną stwarza realną wątpliwość co do dokonania oceny stanu pacjenta przez anestezjologa przed znieczuleniem i nieprawidłowego prowadzenia okołooperacyjnej karty kontroli.

Za przebieg każdego znieczulenia odpowiedzialność ponosi zespół anestezjologiczny i bezprawne jest delegowanie takiej odpowiedzialności wyłącznie na personel pielęgniarski. Zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarza, jeżeli jest ono niezgodne z jej kwalifikacjami zawodowymi. Za przekroczenie kompetencji grozi odpowiedzialność karna.

Karta przebiegu znieczulenia nie jest dokumentacją pielęgniarską. Jak stanowi Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (§ 9, pkt 12), lekarz wykonujący znieczulenie wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniając w szczególności: jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania.

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

Pielęgniarka nie jest uprawniona do prowadzenia wymienionej dokumentacji, a zwłaszcza wykonywania zleceń chirurga, odnotowywania ich w dokumentacji lekarskiej, a następnie informowania o tym lekarza anestezjologa. Chirurg nie odpowiada za przebieg znieczulenia, bo nie ma takich kompetencji, więc podawanie leków – takich jak np. heparyna – na zlecenie chirurga bez obecności anestezjologa jest niedopuszczalne. W takim przypadku można mówić o fałszowaniu dokumentacji medycznej i ukrywaniu potencjalnego zdarzenia niepożądanego, wynikającego z błędu organizacyjnego oraz niedopełniania obowiązków przez lekarza anestezjologa, który powinien przebywać w najbliższym sąsiedztwie pacjenta. Dotyczy to również pracy na koncie elektronicznym innej osoby, jeśli dokumentacja prowadzona jest w ten sposób. Lekarz nie może nadzorować wypełniania dokumentacji pielęgniarskiej, ponieważ zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym i pielęgniarka dysponuje własną dokumentacją. Personel pielęgniarski ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie pielęgnowania pacjenta i realizacji zleceń lekarskich dotyczących terapii pacjenta, a nie organizacji pracy innego członka zespołu.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 roku (§ 9, pkt 11, 14), lekarz anestezjolog odpowiada za przebieg znieczulenia i znajduje się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia. Opuścić stanowisko może tylko w przypadku reanimacji innego pacjenta.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (§ 9, pkt 10) stwierdza się, że przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz wykonujący znieczulenie, a w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji również lekarz nadzorujący wykonywanie znieczulenia, jest zobowiązany:

- sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia;
- skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania;
- skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawkę ze środkami anestetycznymi, strzykawkę z lekami stosowanymi podczas znieczulenia;
- przeprowadzić kontrolę zgodności krwi biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika, przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia;
- dokonać identyfikacji pacjenta poddanego znieczuleniu.

Potwierdzenie realizacji tego zapisu powinno znaleźć się np. w liście kontrolnej (tzw. checklist), w której sprawdzenie każdego elementu potwierdza zarówno lekarz, jak i pielęgniarka. Podwójny monitoring stanowiska znieczulenia zapewnia optymalne bezpieczeństwo pacjenta.

W przypadku przygotowania do planowego zabiegu pacjenta, który wymaga okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej, dopuszczalne jest podanie antybiotyku na sali

operacyjnej. Pacjent powinien przyjechać na blok operacyjny z indywidualną kartą zleceń lekarskich wypełnioną przez chirurga, pielęgniarka dokumentuje wykonanie zlecenia lekarza w indywidualnej karcie zleceń lekarskich. Adnotacja o podaniu antybiotyku na bloku operacyjnym przez zespół anestezjologiczny powinna być również odnotowana w karcie przebiegu znieczulenia. Powinno to jednak dotyczyć tylko antybiotykoterapii okołoperacyjnej, ponieważ nie zawsze jest możliwe podanie leku na oddziale w odpowiednim reżimie czasowym [3].

Organizacja opieki zdrowotnej i udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii jest uregulowane aktami prawnymi i wszelkie postępowanie w tym obszarze powinno być zgodne z obowiązującymi aktami normatywnymi.

Osoby zarządzające oddziałem, zwłaszcza pionem pielęgniarskim, przekraczają swoje kompetencje, jeżeli tworzą procedury niezgodne z zapisami aktów nadrzędnych i mogą zostać poddane odpowiedzialności karnej w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego oraz roszczeń pacjenta. Dlatego anestezjologiczny personel pielęgniarski powinien bardzo sumiennie dokumentować swoją pracę i odnotowywać wszelkie zdarzenia wykraczające poza obowiązujące prawo. Powinien także regularnie sporządzać notatki służbowe i przekazywać je pielęgniarcie naczelnej, organizacji związkowej oraz konsultantom wojewódzkim i krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Konieczne jest również odmawianie wykonywania poleceń, które dotyczą przekroczenia kompetencji.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki rekomenduje prowadzenie karty czynności pielęgniarki anestezjologicznej na stanowisku znieczulenia, gdzie jest możliwość udokumentowania wszelkich niepożądanych sytuacji występujących podczas znieczulenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Dz.U. z 2016 r., poz. 2218.
3. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO (online) 2016; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1>

W imieniu Zarządu Głównego PTPAiO:

Paweł Witt
Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek
Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

Małgorzata Jadczyk
Koordynator Grupy Roboczej ds. praktyki PTPAiO