FORUM ZAWODOWE

6(93)2014

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

ISSN 1213-2046

W numerze

3	Słowo Przewodniczącej
4	Wokół samorządu
4	Konferencje naukowo–szkoleniowe ...
4	„Choroby zakaźne nadal groźne" „Szczepienia ochronne"
5	Damy radę z pielęgniarką rodzinną
6	Uchwała nr 179/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
8	Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra
10	Prezydent nie skorzystał z prawa zawetowania ustawy
12	Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra
13	Kroki do e-zdrowia
15	Spotkanie z sanitariuszkami Powstania Warszawskiego
18	Warto wiedzieć
24	Zgodnie z prawem
24	Pytania i odpowiedzi
30	Interpelacja w sprawie pracy higienistek/pielęgniarek ...
31	Dłuższy okres preskrypcji, mniej kolejek u lekarzy
32	Zmiany dla pacjentów onkologicznych
34	Opieka pielęgniarska nad pacjentem z oligofrenią ...
36	Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem hospitalizowanym z powodu niedokrwistości z niedoboru żelaza
38	Postępowanie pielęgniarza podstawowego zespołu ratownictwa medycznego wobec pacjenta z nagłym zatrzymaniem krążenia...
41	Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi operacyjnie z dystonią mięśniową
43	Informacja dotycząca gorączki wirusowej Ebola (EVD)

NASZ ADRES
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, 13 43 249 44
www.oipip.krosno.pl
e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne
od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-15.00

Radca Prawny
mgr Piotr Świątek
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

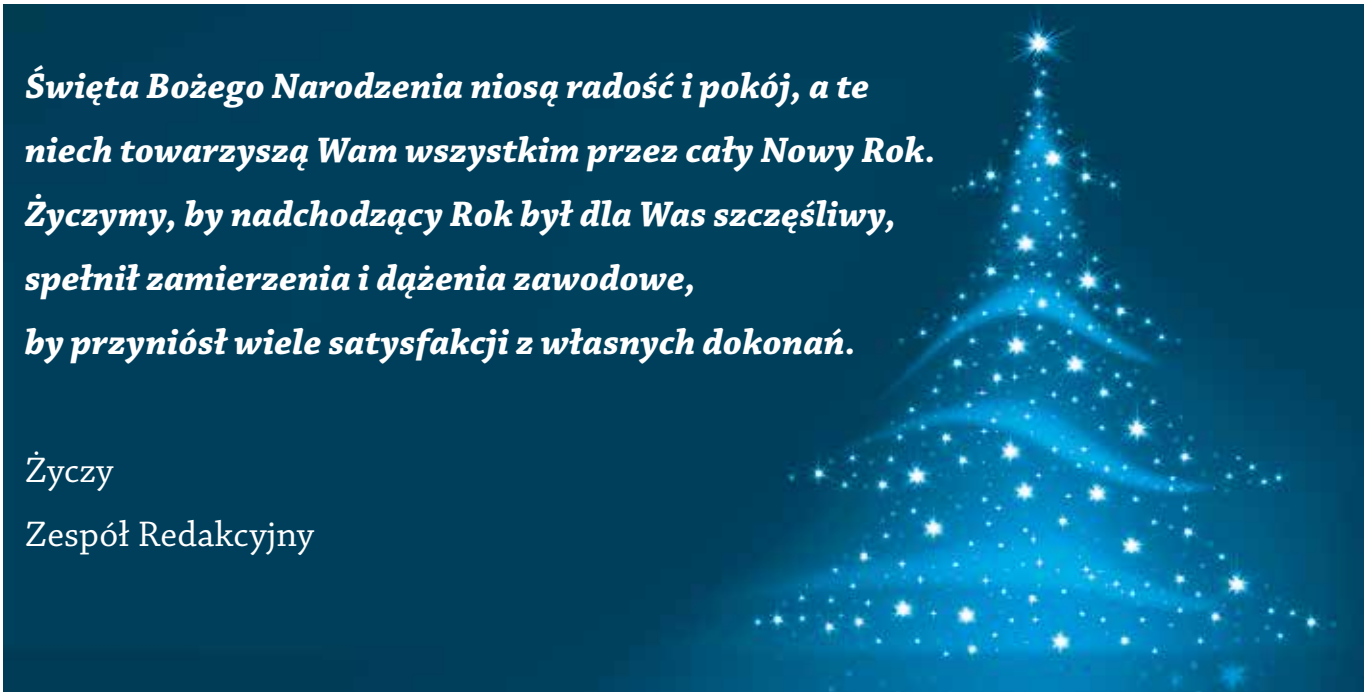
Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00

Podania o zapomogi prosimy składać do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

Dlaczego jest święto Bożego Narodzenia?
Dlaczego wpatrujemy się w gwiazdę na niebie?
Dlaczego śpiewamy kolędy?

Dlatego, żeby się uczyć miłości do Pana Jezusa.
Dlatego, żeby podawać sobie ręce.
Dlatego, żeby się uśmiechać do siebie.
Dlatego, żeby sobie przebaczać.

ks. Jan Twardowski



Słowo Przewodniczącej

Koleżanki, Koledzy

Z przyjemnością kierujemy do Was kolejny numer naszego Forum zawodowego. Przed nami Święta Bożego Narodzenia, które niosą ze sobą wiele miłości, ciepła rodzinnego i nieokreśloną ilość wspomnień z lat dziecięcych i nie tylko. Zbliża się też koniec roku, a to czas na podsumowania. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych i związki zawodowe przez cały rok czyniły starania aby Minister Zdrowia dokonał zmian w podpisanych wcześniej rozporządzeniach dotyczących:

„Sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami" i „Przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze".

Pomimo wielu spotkań, przedstawionych argumentów nie udało się zmienić niekorzystnych zapisów w powyższych aktach prawnych. Niejednokrotnie w czasie prowadzonych rozmów wydaje się, że rozmówcy zgadzają się z naszymi uwagami i że zostaną przez nich podjęte konkretne działania, ale niestety rok minął i nic się nie zmieniło.

Latem, pomimo że trwał okres urlopowy, w bardzo szybkim tempie przeprowadzone zostały prace legislacyjne dotyczące zmian w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.

Zmiany związane z tak zwanym Pakietem kolejkowym, spowodowały wiele kontrowersji.

Argumenty i sugestie przedstawione przez samorządy zawodowe zostały całkowicie zlekceważone. Wprowadzenie nowych kompetencji dla pielęgniarek i położnych związanych z ordynowaniem leków mogą przynieść wiele zagrożeń, zarówno dla naszych grup zawodowych jak i dla pacjentów.

Dlatego 17 lipca br. Prezydium NRPiP podjęło radykalne działania i przyjęło stanowisko nr 6 w sprawie wyrażenia Wotum nieufności Ministrowi Zdrowia Bartoszowi Arłukowiczowi.

Pismo przesłano do Prezesa Rady Ministrów wraz z wyrażeniem sprzeciwu wobec lekceważenia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Pomimo intensywnych działań NRPiP w toku prac nad zmianami ustaw tzw. „kolejkowych" jak też w czasie posiedzeń Sejmowej Komisji Zdrowia w dniach 8–9 lipca 2014, Minister Zdrowia odrzucił wszystkie uwagi.

W dniu 22 lipca br. Sejm przyjął Ustawę tzw. „Pakiet kolejkowy i onkologiczny", a następnie Senat w czasie pierwszego czytania.

W dniu 30 lipca 2014 r. Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk zwróciła się do Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego z prośbą o zawetowanie ustawy i nie podpisanie jej. Jednak tak się nie stało Pan Prezydent Ustawę podpisał. Do dnia dzisiejszego Minister Zdrowia nie wydał rozporządzeń uszczegóławiających zapisy powyższej ustawy.

Zdajemy sobie sprawę z powstających zagrożeń przy ordynowaniu leków i podchodzimy z ogromną ostrożnością do tych zagadnień. Uważam że nowe zapisy w ustawie podzielą jeszcze bardziej środowisko pielęgniarek i położnych. Część Koleżanek i Kolegów, będzie zmuszona do pojęcia kształcenia (kurs, specjalizacja czy też uzyskanie tytułu mgr-a), a to wymagać będzie czasu i pieniędzy, a co w zamian? Na gratyfikacje finansowe się nie zanosi.

W tej szczególnie trudnej sytuacji dołóżmy wszelkich starań, aby stanowić zawodową jedność. Z okazji zbliżających się Świąt składajmy sobie szczere życzenia, bo tylko życzliwość, tolerancja, wzajemne zrozumienie i poszanowanie, pokora i pogoda ducha pozwolą nam dalej funkcjonować.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom pielęgniarkom i położnym oraz Waszym bliskim składam życzenia radosnych Świąt Bożego Narodzenia, odpoczynku w rodzinnym gronie oraz zdrowia, szczęścia i spełnienia wszelkich zamierzeń w nadchodzącym Nowym Roku 2015.

„Zaśnij Dziecino Święte Dziecię,
Tyś nam pociechą na tym świecie,
Zmruż oczęta swoje,
Tyś szczęście moje,
Modlitwa moja niech uśpi Cię".

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Krośnie
Barbara Błażejowska-Kopiczak

Konferencje naukowo–szkoleniowe w których warto było uczestniczyć

W dniu 27 października 2014 r. w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza odbyła się Konferencja szkoleniowa na temat **„Nietrzymanie moczu jako problem zdrowia społecznego”**. Patronat honorowy nad Konferencją objęli: Wojewoda Podkarpacki Małgorzata Chomicz–Śmigielska i Wiceprzewodniczący Sejmiku Województwa Podkarpackiego Dariusz Sobieraj.

Pierwszy wykład inauguracyjny wygłosił prof. zw. dr hab. n med. **Piotr Książek**, Kierownik Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na temat „Nietrzymanie moczu w aspekcie zdrowia publicznego”. Wykładowca przybliżył słuchaczom problem jaka populacja jest dotknięta tym schorzeniem, w jakich przedziałach wiekowych, i że nietrzymanie moczu nie jest tylko problemem kobiet, ale dotyczy także populacji męskiej. Zespół pęcherza nadreaktywnego dotyka około 16% populacji osób dorosłych. W Polsce może cierpieć od 2-3 milionów osób. Co roku przybywa 10-15 tysięcy chorych. NTM nie jest chorobą kobiecą. Pęcherz nadreaktywny w równym stopniu dotyka przedstawicieli obu płci, bez względu na wiek. Kobiety zgłaszają się do lekarza z tego powodu cztery razy częściej niż mężczyźni. Zespół pęcherza nadreaktywnego wywiera ogromny wpływ na życie chorego oraz jego rodziny. Często stanowi problem intymny, a zarazem problem wstydliwy. Chorzy nie chcą lub wstydzą się rozmawiać o swoim problemie nawet z najbliższymi członkami rodziny czy przyjaciółmi. Izolują się. Rezygnują z aktywności zawodowej, zmieniają relacje rodzinne, towarzyskie. Może to prowadzić do rozwoju depresji. Mimo, że choroba „nie zabija” jednak osoby nią dotknięte często zostają zepchnięte na margines życia. Rodzi to konsekwencje: emocjonalne, psychiczne, społeczne.

W dalszej części wykładu Pan Profesor omówił sposób terapii NTM, która powinna trwać odpowiednio długo i być akceptowana przez pacjenta. Podejmowane działania lecznicze nie mogą być bardziej uciążliwe niż sama choroba i w znacznym stopniu przyczyniają się do modyfikacji stylu życia.

Kolejnym wykładowcą był lek med. **Bartłomiej Sobutka** starszy asystent Oddziału Urologii i Urologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie, który w sposób szczegółowy, a zarazem bardzo przystępny omówił Definicje, klasyfikacje i rozpoznanie nietrzymania moczu.

„Problemy pielęgnacyjne u pacjentów z nietrzymaniem moczu” omówiła – mgr **Teresa Urbaniak** Specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i pielęgniarstwa neurologicznego, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Neurologii z pododdziałem Udarów Mózgowych Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie.

Kolejny wykład przedstawił w sposób wyczerpujący i zachwycający słuchaczy prof. dr hab. n. med. **Piotr Radziszewski**, Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat „Pęcherz nadreaktywny – diagnostyka i leczenie”. Uczestnicy Konferencji szczególnie docenili poświęcenie Pana Profesora, który pokonał odległość z Warszawy do Krosna samochodem w ekspresowym tempie, kiedy rano w dniu konferencji z powodu mgły zamówiony przez niego lot samolotem został odwołany.

Na łamach naszego czasopisma w imieniu organizatorów i uczestników Konferencji składamy jeszcze raz szczere podziękowania wykładowcom za przyjęcie zaproszenia i wygłoszenie bardzo ciekawych i potrzebnych treści wykładów.

W konferencji uczestniczyło około 600 osób w tym: pielęgniarki, położne, lekarze, fizjoterapeuci i przedstawiciele organizacji kobiet z Województwa Małopolskiego i głównie z Województwa Podkarpackiego m.in. z Krosna, Brzozowa, Jasła, Sanoka, Leska, Ustrzyk Dolnych, Iwonicza i Rymanowa Zdroju oraz innych miejscowości z terenu działania naszej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Organizatorami konferencji byli: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Polskie Towarzystwo Urologiczne Oddział Krakowski oraz Konsultant Wojewódzki ds. Urologii dla Województwa Podkarpackiego.

Konferencji jak zawsze towarzyszył bardzo dobry klimat naukowy, ale także jej przebieg sprzyjał integracji środowisk zawodowych. Wszystkim jej uczestnikom, w imieniu organizatorów składamy podziękowania za przyjęcie zaproszenia i liczne przybycie. Jednocześnie zapraszamy na kolejne szkolenia, o których informujemy na bieżąco na stronie internetowej OIPiP.

W imieniu organizatorów
Barbara Błażejowska–Kopiczak
Renata Michalska

„Choroby zakaźne nadal groźne” „Szczepienia ochronne”

To tytuł II Konferencji epidemiologicznej zorganizowanej w dniu 7 listopada 2014 r. przez Zespół Pielęgniarek epidemiologicznych i Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Patronatem honorowym objęła konferencję Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa podkarpackiego dr n. o zdr. Barbara Stawarz.

Tematy konferencji:

- „Rola szczepień ochronnych w profilaktyce” lek. med. Jolanta Kluz-Zawadzka,

- „Choroba meningokokowa" lek. med. Kamil Zawadzki i lek med. Jolanta Kluz–Zawadzka,
- „Odpowiedzialność szpitali przed Komisją orzekająca, ds. zdarzeń niepożądanych z tytułu zakażeń szpitalnych" mec. Sławomir Porada,
- „Rola pielęgniarki w profilaktyce chorób zakaźnych" dr n. o zdr. Barbara Stawarz.

W konferencji uczestniczyło 200 osób – pielęgniarek i położnych z terenu działania OIPiP w Krośnie, którym bliskie są zagadnienia dotyczące profilaktyki zakażeń szpitalnych. Problematyka wykładów konferencji zawierała treści naukowe przydatne w pracy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w zakładach lecznictwa zamkniętego i placówkach medycznych lecznictwa otwartego z zakresu zakażeń szpitalnych, a jednocześnie z zakresu odpowiedzialności zawodowej.

Podobnie jak w roku ubiegłym konferencji towarzyszył klimat naukowy ale także jej przebieg sprzyjał integracji środowisk pielęgniarskich i położniczych w całym tego słowa znaczeniu.

Ufamy, że wzorem lat ubiegłych uda się nam w przyszłym roku zorganizować kolejną konferencje, a ten zwyczaj być może będzie kontynuowany w następnej kadencji przez ORPiP w Krośnie.

W tym miejscu składamy serdeczne podziękowania: koleżance Basi Stawarz i pozostałym wykładowcom za przyjęcie zaproszenia i wygłoszenie wykładów. Wszystkim uczestnikom konferencji dziękujemy za liczne przybycie i twórcze głosy w dyskusji.

Już dziś kierujemy zaproszenie do udziału w kolejnych edycjach.

Bożena Jastrzębska
i Barbara Błażejowska-Kopiczak
w imieniu organizatorów Konferencji

Pielęgniarka Rodzinna wsparciem dla pacjentów niesamodzielnych i ich opiekunów

Damy radę z pielęgniarką rodzinną

Pod takim tytułem odbyła się w dniu 14 listopada 2014 r. w siedzibie OIPiP w Krośnie, nieodpłatna konferencja szkoleniowa skierowana do pielęgniarek pracujących w środowisku domowym z pacjentami niesamodzielnymi oraz ich rodzinami. W trakcie konferencji przedstawiona została rola pielęgniarki w edukacji i budowaniu świadomości pacjentów oraz ich opiekunów m.in. na temat postaw pielęgnacji i profilaktyki przeciwodleżynowej.

Rodziny opiekują się swoimi bliskimi często w sposób intuicyjny, niestety czasem nieprawidłowo. Doprowadzić to może do pogorszenia stanu zdrowia zarówno chorego jak i jego opiekuna. Aby temu przeciwdziałać Fundacja TZMO "Razem zmieniamy Świat" z Torunia złożyła naszej OIPiP propozycję zorganizowania wspólnej konferencji. W konferencji uczestniczyła Pani Izabela Ćwiertnia - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego dla Województwa Małopolskiego i wygłosiła wykład pt. „Współczesne cele i wyzwania dla pielęgniarki rodzinnej".

Kolejne wykłady poprowadził Konsultant Medyczny TZMO S.A. Maciej Pesta. Obejmowały one następującą tematykę: „Edukacyjna rola pielęgniarki w domowej opiece nad pacjentem przewlekle chorym", „Wyzwania dla rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą" i „Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu".

Na łamach naszego Biuletynu składam podziękowanie dla Pani Małgorzaty Gregorczyk reprezentującej Fundację "Razem Zmieniamy Świat" jako organizatora konferencji, za życzliwość i bardzo dobrą współpracę na rzecz naszego środowiska zawodowego w czasie organizacji konferencji oraz wykładowcom za przedstawienie nowych możliwości i rozwiązań w opiece nad pacjentami przewlekle chorymi w opiece domowej.

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
Barbara Błażejowska-Kopiczak

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. fax. (0-13) 43 694 60, e-mail. izba@oipip.krosno.pl

Informacja o wygaśnięciu prawa wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych z dniem 1 stycznia 2015 r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie informuje Panią/ Pana, że stosownie do art. 97 ust 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r., poz. 1039 z późn. zm.) osoby, które przed dniem wejścia w życie przywołanej powyższej ustawy tj. 1 stycznia 2012r., ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo w art. 31 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki ia położnej (Dz.

U. z 2011r., Nr 174, poz. 1039, ze zm.) mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015r. złożą stosowny wniosek.

Jeżeli Pani/Pan nie posiada stwierdzonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i ukończyła/ukończył kształcenie w jednej z form określonych w przytoczonym powyżej art. 97 ustawy, proszę o pilny kontakt z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Krośnie pod numerem telefonu 13 43 694 60.

Ponadto informujemy, że pielęgniarki/położne posiadające stwierdzone prawo wykonywania zawodu i wydany dokument przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w formie papierowej na (złożonym białym kartonie ze zdjęciem) miały obowiązek wymiany w/w prawa wykonywania zawodu na „nowe" (książeczka w granatowej oprawce) do dnia 31 grudnia 2001 r.

Jeżeli pielęgniarka/położna nie dokonała w/w wymiany jest zobowiązana do ostatecznego jej dokonania do końca bieżącego roku. W przeciwnym wypadku po upływie tego terminu prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.

Jednocześnie informuję, że zmiana prawa wykonywania zawodu jest nieodpłatna.

W załączeniu przedstawiamy Uchwałę nr 179/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 marca 2014 r.

Z poważaniem
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
Barbara Błażejowska–Kopiczak

Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Uchwała nr 179/VI/2014
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 20 marca 2014
w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038, ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1. Użyte w uchwale określenia oznaczają:

1. „pielęgniarka" - również pielęgniarza,
2. „położna" - również położnego,
3. „zaświadczenie" bez bliższego oznaczenia - zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i zaświadczenie o ograniczonym prawie wykonywania zawodu,
4. „okręgowa rada" - okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu,
5. „okręgowa izba" – okręgową izbę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu,
6. „państwo członkowskie Unii Europejskiej" – również państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym oraz Konfederację Szwajcarską,
7. „obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej" – również „członków ich rodzin" w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz. U. Nr 144, poz. 1043) oraz obywateli państw trzecich posiadających zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego WE w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (tj. Dz. U. z 2006 r., Nr 234, poz. 1694, ze zm.).

§ 2. 1. Podjęcie przez okręgową radę uchwały w przedmiocie stwierdzenia albo przyznania prawa wykonywania zawodu i wpisania do rejestru okręgowej rady poprzedza:

1) złożenie przez osobę zainteresowaną wniosku o stwierdzenie albo przyznanie prawa wykonywania zawodu i wpisanie do rejestru okręgowej rady,

2) stwierdzenie zasadności wniosku i kompletności złożonych dokumentów.

2. Do postępowania w sprawie stwierdzenia albo przyznania prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru okręgowej rady stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 267, ze zm.).

3. Uchwała niniejsza nie znajduje zastosowania do procedury stwierdzania prawa wykonywania zawodu obywatelowi państwa członkowskiego Unii Europejskiej przeprowadzanej w oparciu o art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039, ze zm.).

4. Ustala się następujące wzory wniosków:

1) wzór wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej i wpis do rejestru członków okrę-

gowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 1,

2) wzór wniosku o przyznanie ograniczonego lub pełnego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza / położnej, położnego osobie nie będącej obywatelem państwa członkowskiego unii europejskiej oraz wpisanie do rejestru okręgowej rady pielęgniarek i położnych – stanowi załącznik nr 2,

3) wzór wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza / położnej, położnego osobie, będącej obywatelem jednego z państw członkowskich unii europejskiej oraz wpisanie do rejestru okręgowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 3,

4) wzór wniosku o wpis do rejestru okręgowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 4 A,

5) wzór wniosku o wykreślenie z rejestru okręgowej rady pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 4 B,

6) wzór wniosku o wydanie nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego utraty - stanowi załącznik nr 4 C,

7) arkusz zgłoszeniowy/aktualizacyjny danych osobowych w rejestrze pielęgniarek, rejestrze położnych prowadzonym przez okręgową radę pielęgniarek i położnych - stanowi załącznik nr 5.

5. Uchwała, o której mowa w ust. 1 jest podstawą niezwłocznego wpisania do rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych prowadzonego przez okręgową radę oraz wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.

§ 3. 1. Określa się numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu w następującej postaci, składającej się z ciągu znaków:

MMRRRRRX, gdzie:

1) MM - oznacza numer kodu izby, która po raz pierwszy wydała prawo wykonywania zawodu – wykaz kodów stanowi załącznik nr 6,

2) RRRRR - oznacza kolejny numer porządkowy zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,

3) X - oznacza odpowiednio: pielęgniarki - P; położne – A

2. Określa się numer wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych w następującej postaci składającej się z ciągu znaków:

KKWWMMZZZZZX, gdzie:

1) KK - oznacza kod izby,

2) WW - oznacza kod województwa, na terenie którego pielęgniarka lub położna wykonuje zawód – wykaz kodów stanowi załącznik nr 6,

3) MM - oznacza kod macierzysty izby, która po raz pierwszy wydała prawo wykonywania zawodu,

4) ZZZZZ - oznacza kolejny numer porządkowy w rejestrze izby,

5) X - oznacza odpowiednio: pielęgniarki - P; położne - A

§ 4. 1. Na zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu, na naklejce na stronie 1, znajduje się podpis przewodniczącej/przewodniczącego okręgowej rady (bez imiennej pieczątki).

2. Na zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu należy umieścić jedną pieczęć okrągłą okręgowej rady pielęgniarek i położnych

§ 5. Wpisy do zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu poprzedzone są zbadaniem zasadności wniosku i kompletności dokumentów. W przypadku wpisów dotyczących wykreślenia z rejestru, wpisania do rejestru dokonanie wpisu poprzedzone jest ponadto podjęciem stosownej uchwały przez uprawniony organ samorządu pielęgniarek i położnych.

§ 6. 1. Okręgowa rada prowadzi rejestry w formie elektronicznej, w sposób uniemożliwiający ich uszkodzenie lub zniszczenie.

2. Wpisu do rejestru prowadzonego przez inną okręgową radę można dokonać, gdy pielęgniarka, położna została wykreślona z rejestru, w którym dotychczas była wpisana.

3. Zmiany danych osobowych pielęgniarki, położnej wpisanej do właściwego rejestru dokonuje się na podstawie pisemnego oświadczenia pielęgniarki, położnej.

4. Dane zawarte w rejestrach nie mogą być z nich usunięte.

5. Wypis z rejestru wydaje się na wniosek osoby wpisanej do rejestru w zakresie dotyczącym tej osoby, niezwłocznie po złożeniu wniosku.

§ 7. 1. W przypadku zaprzestania wykonywania zawodu zobowiązuje się pielęgniarkę/pielęgniarza lub położną/położnego do złożenia we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oświadczenia określonego w załączniku nr 7 A do niniejszej uchwały oraz pozostawienia dokumentu „prawo wykonywania zawodu" w aktach osobowych.

2. W przypadku zamiaru podjęcia zaprzestanego wykonywania zawodu zobowiązuje się pielęgniarkę/pielęgniarza lub położną/położnego do złożenia we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oświadczenia określonego w załączniku nr 7 B do niniejszej uchwały.

§ 8. 1. W przypadku wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu określonego w § 6 ust. 1 należy dokonać stosownej adnotacji w okręgowym rejestrze pielęgniarek i położnych.

2. Dane pielęgniarek i położnych, których prawo wykonywania zawodu wygasło, są usuwane z rejestrów, o których mowa w § 6 ust. 1, po upływie 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.

§ 9. 1. Wprowadza się jednolity sposób postępowania z dokumentem „prawo wykonywania zawodu", w przypadku zaistnienia sytuacji ujętej w art. 42 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 ze zm.), poprzez obowiązek zwrotu przedmiotowego dokumentu przez pielęgniarkę/pielęgniarza lub położną/położnego do właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych i nadania mu oznak nieużywalności poprzez odcięcie prawego dolnego rogu.

2. Wprowadza się wzór oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu stanowiący Załącznik nr 8 do uchwały.

§ 10. 1. Osoby, które ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania a spełniają inne wymagania

określone w art. 28 albo w art. 31 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039, ze zm.) mogą uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu, jeżeli do dnia 1 stycznia 2015 r. złożą stosowny wniosek.

2. Po upływie terminu określonego w ust. 1 prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.

§ 11. 1. Traci moc Uchwała nr 56/VI/2012 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 marca 2012 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych.

2. Traci moc Uchwała Nr 109/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2013 r. w sprawie sposobu postępowania przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych w przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lub jego podjęcia.

3. Uchwała Nr 102/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie ujednolicenia sposobu postępowania przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych w przypadku zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu.

§ 12. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander
Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra

Szanowni Państwo

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informuję, że od października 2014 r. uzyskają Państwo bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

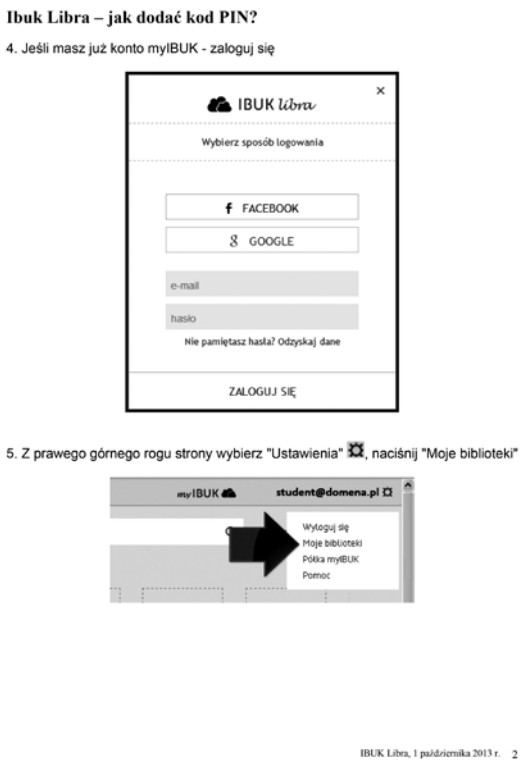
Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelni dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, której Państwo jesteście członkami.

Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPiP,

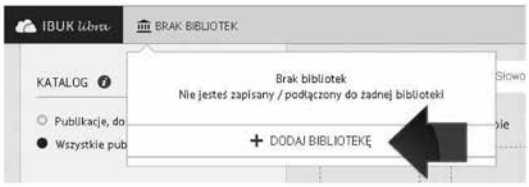
2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu www.libra.ibuk.pl



Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

6. W oknie "Moje biblioteki" wybierz "+ DODAJ BIBLIOTEKĘ"



7. Wpisz otrzymany PIN, a następnie naciśnij "+ DODAJ"

8. Do okna "Moje biblioteki" zostanie dodana nazwa właściwej biblioteki

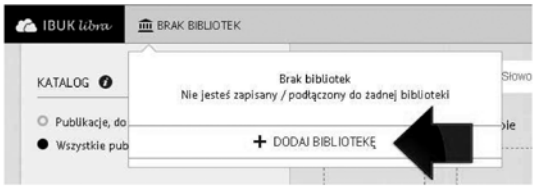
Kod PIN należy przywiązać do myIBUK tylko raz.

Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

Drugi sposób

1. Wejdź na stronę http://www.libra.ibuk.pl/
2. W lewym górnym rogu strony wybierz "BRAK BIBLIOTEK"

3. Następnie naciśnij "+ DODAJ BIBLIOTEKĘ"



4. Wpisz otrzymany PIN, a następnie naciśnij "+ DODAJ"

Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

5. Na ekranie zobaczysz komunikat

6. Załóż osobiste konto myIBUK

Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

7. Jeśli masz już konto myIBUK - zaloguj się

8. Do okna "Moje biblioteki" zostanie dodana nazwa właściwej biblioteki

Kod PIN należy przywiązać do myIBUK tylko raz.

Masz pytania? Napisz do nas: pomoc@libra.ibuk.pl

Załączniki:

1. wniosek do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie o nadanie dostępu do serwisu ibuk.pl /dostępny na stronie www.oipip.krosno.pl/

2. instrukcja Ibuk Libra – jak dodać kod PIN? /dostępna na stronie www.oipip.krosno.pl/

Prezydent nie skorzystał z prawa zawetowania ustawy

Zmieniona ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej wchodzi w życie

USTAWA
z dnia 22 lipca 2014 r.
o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw[1)]

Art. 1. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.[2)]) po art. 15 dodaje się art. 15a i art. 15b w brzmieniu:

„Art. 15a. 1. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:

1. ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

2. ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty

– jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, obejmują również wystawianie recept osobom, o których mowa w art. 43–46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.3)), zwanej dalej „ustawą o refundacji".

4. W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, pielęgniarka i położna są obowiązane do odnotowania na recepcie, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.

5. Pielęgniarka i położna wystawiając receptę są obowiązane do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji, o której mowa w art. 44 ust. 2 zdanie drugie ustawy o refundacji.

6. Pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

7. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

1) wykaz:

a) substancji czynnych zawartych w lekach, o których mowa w ust. 1,

b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ust. 1,

c) wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1,

2) wykaz badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 6,

3) sposób i tryb wystawiania recept, o których mowa w ust. 1 i 2,

4) wzór recepty, o której mowa w ust. 1 i 2,

5) sposób zaopatrywania w druki recept, o których mowa w ust. 1 i 2, i sposób ich przechowywania,

6) sposób realizacji recept, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

– biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

Art. 15b. 1. Pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe, o których mowa w art. 15a ust. 1, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.

2. Pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1, mogą, bez doko-

nania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

5. Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.".

Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.4)) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.5)), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.";

2) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zabezpieczenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.";

3) w art. 44 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.";

4) w art. 45 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.";

5) w art. 46 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.";

6) w art. 188 w ust. 4 pkt 19 i 20 otrzymują brzmienie:

„19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19;".

Art. 3. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.6)) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 14 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d i e w brzmieniu:

„d) pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.7)),

e) pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z którymi Fundusz zawarł:

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa;";

2) w art. 48:

a) w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowa upoważniająca osoby, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. b, c oraz e, do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony.",

b) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, pielęgniarkę lub położną.".

Art. 4. Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz

na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art. 15a ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
B. Komorowski

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Szanowni Państwo!

W związku z wejściem w życie z dniem 11 września 2014 r. ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), Ministerstwo Zdrowia przygotowało stanowisko w sprawie nadania nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Pragnę dodatkowo wyjaśnić, że włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) powoduje również to, iż osoby te będą zobowiązane do zastosowania się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Przypominam, że przepis art. 49 ust. 3 ww. ustawy zakazuje podmiotom uczestniczącym w obrocie produktami refundacyjnymi do udzielania i przekazywania korzyści na rzecz świadczeniobiorców (pacjentów) oraz osoby uprawnione (tzn. osoby posiadające stosowne uprawnienia zawodowe, np. lekarze, pielęgniarki).

Z poważaniem
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), która weszła w życie z dniem 11 września 2014 r. nadała nowe uprawnienia pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawody poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowym przepisem art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą miały prawo samodzielne:

1. ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
2. ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,

- jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środków odurzających i substancji psychotropowych, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne, posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, będą miały prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ww. ustawy, nie będzie dotyczył pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego zdobędą wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca

2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne przed wykonaniem czynności zawodowych określonych w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniarki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji. Ponadto informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Jednocześnie, na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 15a ust. 8 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi w drodze rozporządzenia:

1. wykaz:
   a. substancji czynnych zawartych w lekach,
   b. środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
   c. wyrobów medycznych,
2. wykaz badań diagnostycznych,
3. sposób i tryb wystawiania recept,
4. wzór recepty,
5. sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania,
6. sposób realizacji recept, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

- biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

W konsekwencji zmian dokonanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej ustawodawca wprowadził nowe regulacje w zakresie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych. Zgodnie z art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) do osób uprawnionych zostały włączone pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarki i położne wykonujące zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zawierał umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Poszerzenie kręgu osób uprawnionych o pielęgniarki i położne jest wynikiem przyznania pielęgniarkom i położnym uprawnień do ordynowania leków i wyrobów medycznych, jak wynika to z nowego przepisu art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Ponadto, włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych powoduje również, że osoby te będą musiały zastosować się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Należy jednak pamiętać, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z uprawnień dotyczących wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawania zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na badania diagnostyczne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r., ponieważ w okresie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, tj. od dnia 11 września 2014 r. do dnia 1 stycznia 2016 r. powinny zostać przeprowadzone odpowiednie kursy specjalistyczne, przygotowujące pielęgniarki i położne do korzystania z nowych uprawnień.

/-/ Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopliński

Kroki do e-zdrowia

Rada Ministrów przyjęła założenia do projektu nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jak wygląda kalendarium wprowadzania kolejnych zmian?

Zgodnie z założeniami, od 1 sierpnia 2016 r. recepty będą wystawiane jedynie w postaci elektronicznej. Dla papierowych recept refundowanych „pro auctore" i „pro familia" proponuje się okres przejściowy od 1 sierpnia 2016 r. do 1 stycznia 2020 r. Nowe przepisy określą informacje, które powinny znaleźć się na recepcie, tj. m.in.: imię i nazwisko, adres zamieszkania, wiek, data wystawienia recepty, w przypadku pilnej realizacji dopisek „cito", zastrzeżenie - „nie zamieniać", imię i nazwisko osoby wystawiającej receptę i numer prawa wykonywania zawodu.

Począwszy od 1 marca 2017 r. skierowania na badania i zlecenia, podobnie jak recepty, będą wystawiane elektronicznie.

W założeniach przyjęto, że okres przejściowy na wprowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektroniczn-

nej będzie wydłużony do 31 lipca 2017 r. Obecnie wynika to również z uchwalonej 26 czerwca 2014r. nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 998).

Elektroniczna Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ) będzie jednolitym dla wszystkich pacjentów dokumentem potwierdzającym prawo do leczenia oraz potwierdzającym wykonanie świadczenia. Posługiwanie się kartą będzie obowiązkowe. Pacjent, oprócz obowiązku okazania karty, będzie musiał potwierdzić swą tożsamość (karta nie będzie zawierała zdjęcia). W rozporządzeniu ministra zdrowia zostanie określony zakres informacji, które karta KUZ będzie zawierać. Obecny system e-WUŚ będzie miał charakter uzupełniający i ma być wykorzystywany w wyjątkowych przypadkach, np. braku lub uszkodzenia KUZ czy uszkodzenia czytnika. System będzie komponentem docelowego systemu RUM II. Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego będą wydawane na podstawie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, a ich dystrybucja odbywać się będzie poprzez świadczeniodawców. Karty będą wydawane podczas wizyty pacjenta w placówce. Koszty ich dystrybucji zostaną pokryte z budżetu NFZ.

Elektroniczne Karty Specjalisty Medycznego (KSM) będą posiadać wszystkie osoby wykonujące zawód medyczny oraz psycholodzy i psychoterapeuci zatrudnieni przez świadczeniodawców. KSM będzie wydawana: lekarzom, pielęgniarkom, położnym, diagnostom laboratoryjnym, ratownikom medycznym, farmaceutom oraz osobom wykonującym tzw. czynności techniczne, np. rejestratorkom, sekretarkom medycznym. Najważniejszą funkcją Karty Specjalisty Medycznego (KSM) będzie zapewnienie wykonania świadczenia poprzez potwierdzenie udziału specjalisty medycznego w leczeniu - złożenie podpisu elektronicznego poświadczonego certyfikatem wydawanym przez uprawniony podmiot. Z chwilą wprowadzenia obowiązkowego potwierdzania świadczeń w systemie RUM II, każde świadczenie powinno być zawsze potwierdzone kartą KSM przez personel je wykonujący. KSM będzie wydawana raz na 10 lat.

Źródło: infonfz.pl, mp.pl

NFZ PREZES NARODOWEGO FUNDUSAZU ZDROWIA

Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W nawiązaniu do spotkania, które odbyło się w dniu 6 października 2014 r. dziękuję za przekazany w dniu 14 października 2014 r. e-mail z propozycją zapisu dotyczącego stosowania przepisów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545). Propozycja zmiany przepisu w załączniku nr 3, w części wymagań dodatkowo ocenianych w odniesieniu do pielęgniarek, złożona przez Panią Prezes, została dostosowana do przepisów zawartych w art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz, U z 2013 r., poz, 217 j.t. ze zm.) i przedłożona wraz z treścią zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, do Biura Prawnego NFZ, w celu akceptacji pod względem zgodności z prawem oraz poprawności redakcji i techniki legislacyjnej. Po akceptacji Biura Prawnego oraz podpisaniu zarządzenia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zarządzenie umieszczone zostanie na stronie internetowej do stosowania.

Odnośnie wymogu posiadania w dokumentacji medycznej pacjenta skierowania do położnej podstawowej opieki zdrowotnej informuję, że skierowanie wymagane jest na podstawie przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 poz. 484). Przepis zawarty w § 12 ust, 10 stanowi, że świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia szpitalnego, niezależnie od karty informacyjnej, m, in. skierowanie na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej.

Równocześnie uprzejmie informuję, że różnica w cenie za wymaz cytologii dokonywany w ramach świadczeń realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej w porównaniu z ceną tego zabiegu wykonywanego w ramach programów zdrowotnych wynika z określenia ceny w przepisach zarządzenia w spawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, natomiast cena pobrania cytologii w ramach programów zdrowotnych jest negocjowana w postępowaniach o zawarcie umów na realizację świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie.

W sprawie zgłoszonej wątpliwości posiadania „certyfikatu" w zakresie pobierania cytologii przez pielęgniarki mimo, że uzyskują wiedzę i umiejętności w tym zakresie podczas kształcenia na studiach licencjackich i magisterskich informuję, że wymóg posiadania przez położną dokumentu potwierdzającego umiejętność pobierania rozmazów cytologicznych, wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505).

KK 15/10/2014

Pani Izabela Kowalska
Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Rzeszowie

W nawiązaniu do spotkania które odbyło się w dniu 29.08.2014 roku w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie bardzo serdecznie chciałam podziękować za serdeczne przyjęcie oraz za liczne przybycie grona świadczeniodawców opieki długoterminowej z terenu województwa podkarpackiego.

W ostatnich dniach dotarła do mnie wiadomość, że przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych został powołany zespół do spraw opieki długoterminowej, który ma się zajmować wypracowaniem definicji opieki długoterminowej określeniem obszarów jej działalności jak również opracowaniem standardów w opiece długoterminowej. Na ręce Pani Prezes wysłałam propozycję i akces swojego udziału w pracach zespołu. Tematy, które poruszałam na spotkaniu, są zbieżne z zakresem działań podejmowanych przez powołany zespół. Uważam, że wspólna praca i wspólne działania mogą przynieść największe korzyści dla świadczeniobiorców naszych usług oraz nas samych jako świadczeniodawców.

Z poważaniem
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa przewlekle chorych
i niepełnosprawnych
dr n. o zdrowiu Mariola Rybka

Spotkanie z sanitariuszkami Powstania Warszawskiego

Dnia 16 września w Warszawie odbyło się spotkanie członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z sanitariuszkami Powstania Warszawskiego – dr med. Haliną Jędrzejewską, Barbarą Schneider i dr Elżbietą Grabowską-Piasecką.

Powitani zostaliśmy przez pana Tadeusza Filipkowskiego-Prezesa Fundacji Filmy Armii Krajowej oraz Marka Widorskiego - reżysera filmu dokumentalnego pt. „Chcieliśmy żyć. Powstanie i medycyna".

Film mieliśmy okazję obejrzeć wraz z jego bohaterkami. Po projekcji Panie opowiedziały nam o wydarzeniach sprzed lat i o swoim życiu zawodowym.

Film i spotkanie wywarły na nas niesamowite wrażenie i dostarczyły wielu wzruszeń.

Polecam obejrzenie filmu.

Ewa Kowalska

Sprawozdanie z obecności przedstawicieli NRPiP w mediach

cytowań ich wypowiedzi i/lub dokumentów NlPiP oraz informacji o działaniach NRPiP
1.09.2014-30.11.2014

W okresie między wrześniem a listopadem największe zainteresowanie mediów wzbudziło wdrażanie pakietu onkologicznego oraz wiążąca się z tym zmiana obowiązków lekarzy POZ. Utrzymanie uwagi dziennikarzy na istotnych dla pielęgniarek i położnych kwestiach wymagało więc znacznie większej aktywności.

Efektem tych działań jest nagłośnienie problemów, z jakimi borykają się pielęgniarki i położne wykonujące świadczenia w opiece długoterminowej. Było to tematem zarówno audycji telewizyjnych (Prezes NRPiP mówiła o tym w programie na żywo „Polski punkt widzenia"), radiowych (Prezes NRPiP wystąpiła w audycji na żywo Programu I Polskiego Radia, gdzie odniosła się do wizyty studyjnej w Szwecji, w której uczestniczyła jako ekspert z polskiej strony), jak i internetowych oraz prasowych (Prezes NRPiP udzieliła kilku wywiadów, powstało też kilka artykułów napisanych w oparciu o informacje uzyskane z NlPiP).

W omawianym okresie Prezes NRPiP udzielała także wywiadów dotyczących konsekwencji nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w zakresie rozszerzenia uprawnień o prawo do ordynowania niektórych leków i zlecania określonych badań oraz wypisywania recept oraz emigracji zarobkowej polskich pielęgniarek i konsekwencji, jakie niesie to dla polskich pacjentów.

W listopadzie media (nie tylko lokalne i branżowe) dość obszernie informowały najpierw o zapowiadanym proteście, a potem odnotowały akcję protestacyjną w Gdańsku, w której z ramienia NRPiP uczestniczyły Prezes Grażyna Rogala-Pawelczyk (udzieliła wypowiedzi reporterom TVN), Sekretarz NRPIP Joanna Walewander oraz Skarbnik NRPiP Hanna Gutowska.

Należy się spodziewać, że jeśli zapowiadane akcje protestacyjne dojdą do skutku, zainteresowanie mediów sytuacją pielęgniarek i położnych wzrośnie.

Ewa Sawicka

1. Wywiady udzielone przez Prezes NRPiP dr n.med. Grażynę Rogalę-Pawelczyk

A) TELEWIZJA

Lp.	Data	Stacja	Tytuł audycji	Czego dotyczyła
1.	18.09.2014	TV TRWAM	Polski punkt widzenia	Opieki długoterminowej
2.	20.11.2014	TV TRWAM	Polski punkt widzenia	Protestów pielęgniarek

B) RADIO

Lp.	Data	Stacja	Tytuł audycji	Czego dotyczył
1.	02.11.2014	Polskie Radio Program I	Usługi opiekuńcze nad seniorami szansą na rozwój rynku pracy?	Opieki długoterminowej

C) PRASA I INTERNET

Lp.	Data	Portal lub tytuł prasowy	Tytuł nagrania lub artykułu	Czego dotyczył
1.	8.09.2014	Polska Agencja Prasowa	Recepta od pielęgniarki	Nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (recepty)
2.	21.09.2014	Gazeta Wyborcza Trójmiasto, gazeta.pl	Pielęgniarki uciekają za granicę. A tam ich pensja sięga...	Emigracji zarobkowej
3.	10.10.2014	Praktyka Lekarska	Czy umożliwienie pielęgniarkom wypisywania recept jest dobrym pomysłem?	Nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (recepty)
4.	27.10.2014	Termedia.pl	Minister zapomniał o pielęgniarkach -konieczna zmiana prawa	Nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (recepty)
5.	30.10.2014	Medexpress.pl	Stary człowiek to nie tylko pacjent. Jakiej opieki wymaga senior?	Opieki długoterminowej

2. Wywiady udzielone przez Wiceprezes NRPiP Teresę Kuziarę

Lp.	Data	Portal lub tytuł prasowy	Tytuł nagrania lub artykułu	Czego dotyczył
1.	10.10.2014	Przegląd Lekarski	Czy umożliwienie pielęgniarkom wypisywania recept jest dobrym pomysłem?	Nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (recepty)

3. Artykuły i wywiady powołujące się na informacje z NlPiP lub inspirowane przez NEPiP, w których wypowiadają się osoby spoza NlPiP.

Lp.	Data	Portal lub gazeta	Tytuł artykułu	Czego dotyczył
1.	11.09.2014	Medexpress.pl	Zobacz, ile zarabiają pielęgniarki z Polski. Nic dziwnego, że wyjeżdżają za granicę	Emigracji zarobkowej
2.	08.10.2014	Medexpress.pl	Czy pielęgniarka może podać pacjentowi antybiotyk i pobrać krew bez obecności lekarza?	Czynności medycznych (artykuł w oparciu o informację zamieszczoną na stronie WWW.nipip.pl)
3.	10.11.2014		Zbyt mało pielęgniarek to zagrożenie dla zdrowia pacjentów	Portalemedyczne.pl

5. Doniesienia o proteście w Gdańsku, w którym uczestniczyły Prezes Grażyna Rogala-Pawelczyk, Sekretarz NRPIP Joanna Walewander oraz Skarbnik NRPiP Hanna Gutowska

Data	Tytuł	Gdzie się ukazał
17.10.2014	Pielęgniarki mówią „dość” i zapowiadają strajk	Medexpress.pl
17.10.2014	Ile zarabiają pielęgniarki? Nawet 6 tys. złotych	Medexpress.pl
27.10.2014	Ile naprawdę zarabiają pielęgniarki?	Medexpress.pl
31.10.2014	Pomorze: pielęgniarki i położne będą protestować. Chcą podwyżek	Rynekzdrowia.pl
31.10.2014	Pielęgniarki nie odpuszczają: będzie strajk. Kiedy?	Medexpress.pl
6.11.2014	Pielęgniarki wyszły na ulice Gdańska, żądają podwyżek	
7.11.2014	Pielęgniarki domagają się podwyżek: chcą zarabiać 60 proc. tego co lekarze	Medexpress.pl
18.11.2014	Pielęgniarki zwierają szeregi także na Kujawach i Mazowszu	Portalemedyczne.pl

Opinia na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie

Kraków, dnia 2012-10-18
Pani Jolanta Skolimowska
Zastępca Dyrektora Departamentu
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Dyrektor,

W odpowiedzi na pismo z dnia 11.10.2012 roku (MZ-PP-875-8306-2/BW/12) w sprawie opinii na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej, w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencjackich oraz magisterskich w powyższym zakresie przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi (ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz.1039 oraz rozporządzenie MZ z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego - Dz. U. Nr 210, poz. 1540) pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego i badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Z przytoczonych regulacji prawnych wynika, że wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarkę/położną w ramach świadczeń diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego wymaga ukończenia szkolenia podyplomowego. Zasadność wprowadzenia takiego uregulowania wynikała z braku przygotowania pielęgniarek/położnych do realizacji tych świadczeń w ramach kształcenia zawodowego.

Transformacja kształcenia pielęgniarek/położnych, a z nią związane zmiany w standardach kształcenia na tych kierunkach studiów umożliwiły wprowadzenie zajęć przygotowujących absolwentów do badania fizykalnego.

Od roku akademickiego 2007/2008 na kierunkach studiów pielęgniarstwo i położnictwo - studia I stopnia, uczelnie są zobowiązane do realizacji 45 godzin zajęć dydaktycznych z przedmiotu Badanie fizykalne.

Treści przedmiotu na kierunku pielęgniarstwo obejmują: badanie przedmiotowe i podmiotowe niemowląt i dzieci oraz osób dorosłych - stanu psychicznego, staniu ogólnego, skóry, oczu, uszu, jamy ustnej, gardła, szyi, klatki piersiowej, płuc, gruczołów piersiowych, układu sercowo-naczyniowego, brzucha, męskich narządów płciowych, żeńskich narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego oraz układu nerwowego. Dokumentację kliniczną pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent studiów pielęgniarskich posiada umiejętności i kompetencje w zakresie; rozumienia i rozpoznawania odrębności w badaniu dziecka i niemowlęcia; wykorzystywania metod i technik w badaniu przedmiotowym i podmiotowym; przeprowadzenia wywiadu; interpretowania dostępnych wyników w badaniu fizykalnym; wykorzystywania wyników do rozpoznawania problemów zdrowotnych; dokumentowania przeprowadzonego badania.

Treści kształcenia na kierunku położnictwo z przedmiotu badanie fizykalne obejmują: badanie przedmiotowe noworodków, niemowląt oraz osób dorosłych - stan psychiczny, stan ogólny, skóra, oczy, uszy, jama ustna, gardło, szyja, klatka piersiowa, płuca, gruczoły piersiowe, układ sercowo-naczyniowy, brzuch, męskie narządy płciowe, żeńskie narządy płciowe, obwodowy układ krążenia, układ mięśniowo-szkieletowy, układ nerwowy. Dokumentację kliniczną pacjenta.

Po realizacji zajęć z wymienionego przedmiotu absolwent położnictwa posiada umiejętności i kompetencje w zakresie: przeprowadzenia badania fizykalnego u pacjenta - noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej - zgodnie z obowiązującymi zasadami; interpretowania uzyskanych wyników badań.

Zarówno treści jak i efekty kształcenia na studiach I stopnia - kierunek pielęgniarstwo i położnictwo zostały określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 roku w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki - Dz. 2007, U. 2007,164,1166.

W związku z wprowadzeniem Krajowych Ram Kwalifikacji od roku akademickiego 2012/2013 na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo realizowany jest program zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku (Dz. U. z dnia 5.06.2012 r., poz. 631).

Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarskiej i jej dokumentowania; rozpoznaje i in-

terpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym; wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego i układu nerwowego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta; wykonuje badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób sutka i uczy pacjentów samobadania piersi.

Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku położnictwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki położniczej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego przy dokonywaniu oceny stanu zdrowia podopiecznej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie fizykalne, rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senium; rozpoznaje proces chorobowy i nieprawidłowości w budowie morfologicznej i anatomicznej w trakcie badania fizykalnego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i wykorzystuje do oceny stanu zdrowia noworodka , kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senium; stosuje odpowiednie metody i techniki badania fizykalnego w zależności od stanu podopiecznej oraz różnic kulturowych i religijnych.

Z przedstawionej analizy wynika, że absolwenci kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, którzy ukończyli studia I stopnia są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tych kierunków studiów, które można określić jako świadczenia podstawowe. Zakres tych świadczeń powinien być uwzględniony w przygotowywanej przez Ministerstwo Zdrowia nowej wersji rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Specjalistyczne świadczenia diagnostyczne powinny być realizowane przez pielęgniarki/położne po ukończeniu kształcenia podyplomowego. Ich rodzaj i zakres wymaga analizy i uwzględnienia w nowych programach kształcenia podyplomowego.

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

PODAWANIE ŚRODKÓW KONTRASTOWYCH PRZEZ PIELĘGNIARKI
Opinia Krajowego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarki środków kontrastowych oraz wymaganych kwalifikacji pielęgniarek w tym zakresie

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecania lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Podawanie kontrastu choremu w trakcie badań diagnostycznych zostało określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2011 r., Nr 51, poz. 265), z którego wynika, że lekarz posiadający specjalizację z medycyny nuklearnej lub będący w trakcie takiej specjalizacji może zlecić innym lekarzom, radiofarmaceutom, technikom elektroradiologii lub pielęgniarkom wykonywanie technicznych elementów procedur medycznych, w których używane są produkty radiofarmaceutyczne. Lekarze ci sprawują nadzór nad wykonywaniem zleconych czynności. Natomiast minimalne wymagania dla jednostki ochrony zdrowia udzielającej świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nowotworowych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku (Dz. U. z 2011 r. Nr 48, poz. 253). Z § 8 i 9 przywołanego rozporządzenia wynika, że jeżeli procedury tego wymagają, w jednostkach ochrony zdrowia, w pracowniach rentgenowskich zatrudnia się pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także obsługi strzykawki automatycznej. W jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyniowej, zapewnia się podczas trwania procedury, opiekę anestezjologiczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny. W przypadku procedur radiologii zabiegowej nienaczyniowej udział tych osób określony jest opisem właściwej procedury ustalonej w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33g ust. 15 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276).

Z przytoczonych aktów prawnych wyniku, że pielęgniarka zatrudniona w Pracowni Tomografii Komputerowej wykonuje zlecenia lekarskie w zakresie podawania środków kontrastowych w strzykawce automatycznej pod nadzorem lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje. Pielęgniarka nie posiada uprawnień do podawania leków, środków kontrastowych bezpośrednio dożylnie zgodnie z rozporządzeniem Mi-

nistra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540). W przypadku procedur radiologii zabiegowej pielęgniarka powinna posiadać ukończone kształcenie podyplomowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku.

Kraków, listopad 2012 r.
dr hab. Maria Kózka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

ZABIEGI REHABILITACYJNE

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie wykonywania przez pielęgniarkę wodnej kąpieli kończyn dolnych i górnych w wirówce, jacuzzi, kąpieli solankowych, kąpieli perełkowych w Ośrodkach Rehabilitacyjno-Wypoczynkowych. Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecania lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Świadczenia wykonywane w Ośrodkach Rehabilitacyjno-Wypoczynkowych tj. wodna kąpiel w wirówce kończyn dolnych i górnych, jacuzzi, kąpiele solankowe, kąpiele perełkowe nie są świadczeniami wykonywanymi przez pielęgniarkę. Wymienione świadczenia wchodzą w zakres uprawnień fizjoterapeuty. Pielęgniarka bez względu na rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego nie uzyskuje uprawnień do wykonywania wymienionych świadczeń zdrowotnych. Rodzaj wykonywanych przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych powinien być zgodny z jej kwalifikacjami i określony w opisie stanowiska pracy. Pielęgniarka potwierdza własnym podpisem akceptację wskazanych świadczeń zdrowotnych, w opisie zajmowanego stanowiska pracy. W przypadku zlecania przez lekarza wykonania świadczeń, do których pielęgniarka nie jest uprawniona może odmówić na piśmie ich wykonanie podając przyczynę odmowy.

Kwestie te reguluje w/w ustawa, a w szczególności poniższe artykuły:

- art. 11.1. Pielęgniarka wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.
- art. 12.2. Pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej.

Kraków, dnia 02.11.2012 r.
dr hab. Maria Kózka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA - DWA ODRĘBNE ZAWODY

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez położną w oddziałach szpitalnych

Zgodnie z art. 52 i 53 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej, a położna po ukończeniu szkoły położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1034). Z zapisu tego wynika, że zawodów pielęgniarki i zawód położnej są zawodami odrębnymi, a uprawnienia mieszczą się w obrębie danej grupy zawodowej.

Przywołany akt prawny reguluje również zasady wykonywania zawodu pielęgniarki, który został określony w art. 4.1 i położnej w art. 5.1.

Zgodnie z zapisem ustawy położna udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1. rozpoznawania ciąży, sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także przeprowadzania badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej,
2. kierowania na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka,
3. prowadzenia porodu fizjologicznego oraz monitorowania płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej,
4. przyjmowania porodu siłami natury wraz z nacięciem i szyciem nacietego krocza,
5. podejmowania koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym przyjęcia porodu z położenia miednicowego oraz ręcznego wydobycia łożyska,
6. sprawowania opieki nad matką i monitorowania przebiegu okresu poporodowego,
7. badania noworodków i opieki nad nimi oraz podejmowania w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji,
8. realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
9. samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
10. profilaktyki chorób kobiecych i patologii położniczych,
11. rozpoznawania u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza,
12. sprawowania opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą,
13. prowadzenia działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie: przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa; przygotowania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Rodzaj i zakres świadczeń wykonywanych samodzielnie przez położną (wskazanych w pkt. 9) reguluje rozporządze-

nie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku (Dz.U.Nr 210, poz. 1540).

W rozporządzeniu został wskazany rodzaj świadczeń, które może wykonać samodzielnie położna, która ukończyła szkołę położnych lub odpowiedni rodzaj kształcenia zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922).

Podsumowując należy stwierdzić, że osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu położnej nie może być zatrudniana na stanowisku pielęgniarki. Miejscem pracy położnej są oddziały szpitalne (oddział położniczy, ginekologiczny i noworodkowy) zgodnie z zakresem świadczeń zdrowotnych przypisanych położnej w wymienionych powyżej regulacjach prawnych.

Skutki prawne zarówno wykonywania świadczeń zdrowotnych bez wymaganego prawa wykonywania zawodu określonego w art. 4 ust. 1 pkt 1-6 (odniesieniu do zawodu pielęgniarki) lub art. 5 ust. 1 pkt 1-9,11-12 (w odniesieniu do zawodu położnej) jak i zatrudnianie do udzielania świadczeń zdrowotnych osoby nieposiadającej prawa wykonywania zawodu wymaganego do udzielania tych świadczeń reguluj odpowiednio w art. 84 i art. 86 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Kraków, dnia 21.06.2012 r.
dr hab. Maria Kózka, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa

PODAWANIE LEKÓW ODCZULAJĄCYCH

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę leków odczulających w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej

Leczenie odczulające wykonuje się preparatami do alergenowej immunoterapii swoistej, które są lekami silnie działającym, bowiem istnieje możliwość występowania po ich podaniu powikłań takich jak wstrząs anafilaktyczny i zgon. Wskazaniem do ich podawania są wybrane choroby alergiczne.

Do podawania alergenowej immunoterapii swoistej uprawnieni są lekarze z kwalifikacjami w dziedzinie alergologii, wiedzą i doświadczeniem w prowadzeniu tego typu leczenia. Przy podawaniu leków obowiązuje zasada przestrzegania zaleceń producenta, zasad kwalifikacji do leczenia, wyboru preparatu i monitorowania leczenia. Biorąc pod uwagę zagrożenia związane z leczeniem Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Alergologicznego opracował szczegółowe warunki prowadzenia alergenowej immunoterapii swoistej, które zostały zamieszczone w części I Standardów w Alergologii.

Zgodnie z zasadami kontraktowania świadczeń zdrowotnych podawanie alergenowej immunoterapii wchodzi w zakres badania lekarskiego i należy do uprawnień lekarza.

Pielęgniarka bez względu na poziom i rodzaj ukończonego kształcenia nie jest uprawniona do podawania wyżej wymienionych leków.

Przedstawione stanowisko jest zgodne ze stanowiskiem konsultanta krajowego oraz województwa małopolskiego w dziedzinie alergologii. Kraków, luty 2013 r.

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa

BEZPIECZEŃSTWO W BCG TERAPII

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG z dnia 04.07.2013 r.

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG w sytuacji przygotowania i podania produktu przez pielęgniarkę w trybie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej i w uzasadnionych przypadkach w oddziale szpitalnym, do czasu uregulowania prawnego w zakresie sporządzania tego specyfiku.

Leczenie wlewami BCG jest standardem postępowania uzupełniającego po przezcewkowej resekcji guza. Wlewki BCG są coraz częściej stosowane. W Poradniach Urologicznych roztwory do wlewów dopęcherzowych przygotowują i podają głównie pielęgniarki, stąd moje stanowisko w tej kwestii.

2 uwagi na obecność żywych prątków BCG i związane z tym ryzyko dla personelu przygotowującego i podającego lek oraz złożoność procesów jego przygotowania (konieczność zawieszenia liofilizatu w rozpuszczalniku, przeniesienie i rozcieńczenie zawiesiny do postaci gotowego podania dopęcherzowego), przy przygotowywaniu dopęcherzowych preparatów BCG należy zapewnić bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, produktu leczniczego oraz środowiska.

Każdy z etapów przygotowania i podania stwarza ryzyko uwolnienia BCG do środowiska pracy oraz ekspozycji personelu medycznego przygotowującego i podającego pacjentowi przygotowany produkt leczniczy. Ryzyko jest dodatkowo większe w przypadku produktów oferowanych w ampułkach niż dla leków oferowanych we fiolkach.

Przygotowywanie podania powinno być więc prowadzone z użyciem komory bezpieczeństwa biologicznego klasy II, umieszczonej w dedykowanym pomieszczeniu o odpowiedniej klasie czystości przez odpowiednio przeszkolony personel, wyposażony w niezbędne środki ochrony osobistej, obejmujący jałowe:

- czepek i nieprzepuszczalny dla cieczy fartuch ochronny lub kombinezon ochronny z kapturem
- ochraniacze na obuwie
- maskę

- rękawice ochronne.

W pomieszczeniu tym, z uwagi na ryzyko skażenia, niedopuszczalne jest przygotowywanie innych leków. Lek nie powinien być przygotowywany przez osoby przygotowujące inne leki w tym dożylne leki cytotoksyczne a także przez osoby z obniżonym poziomem odporności oraz kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

Z wymogu stosowania komory bezpieczeństwa biologicznego klasy II można zrezygnować, o ile preparat BCG jest dostępny w systemie zamkniętym, który eliminuje ryzyko niekontrolowanego uwolnienia prątków i zakłucia podczas przygotowania.

Należy jednak przestrzegać zaleceń, aby preparat gotowy do podania nie był przygotowywany:

- w tym samym pomieszczeniu oraz przez osoby przygotowujące inne dożylne leki w tym cytotoksyczne,
- przez osobę z obniżonym poziomem odporności,
- przez kobiety w ciąży lub karmiące piersią

Należy także unikać kontaktu BCG ze skórą lub błonami śluzowymi. Kontakt może prowadzić do reakcji nadwrażliwości lub zakażenia zanieczyszczonego miejsca.

Celem minimalizacji ryzyka kontaktu leku ze skórą, w trakcie przygotowywania i podawania BCG w postaci systemu zamkniętego powinno się stosować odpowiednie środki ochrony osobistej (jałowe rękawice ochronne, jednorazowy fartuch nieprzepuszczalny dla cieczy).

Należy także zapewnić odpowiednie procedury postępowania w przypadku skażenia lekiem np. przebicie systemu, rozbicie fiolki z liofilizatem, uwolnienie preparatu w trakcie podawania:

1. W przypadku skażenia powierzchni w wyniku uszkodzenia fiolki z lekiem lub gotowego preparatu, zanieczyszczone miejsce powinno się potraktować środkiem dezynfekcyjnym o potwierdzonym działaniu przeciwko mykobakteriom.

2. Skażoną skórę należy dezynfekować odpowiednim środkiem odkażającym.

3. Jeżeli dojdzie do przedostania się leku przez skórę np. podczas zakłucia, miejsce skaleczenia należy dokładnie przemyć i zdezynfekować środkiem dezynfekcyjnym. W przypadku gdy powyższe postępowanie okaże się nieskuteczne dalsze postępowanie zaleca lekarz.

4. W przypadku przedostania się leku do oka, należy je jak najszybciej dokładnie przemywać dużą ilością wody lub soli fizjologicznej przez minimum 15 minut. Dalsze postępowanie wg wskazań lekarza.

W każdym przypadku wszelkie przedmioty mające kontakt z lekiem, jego pozostałości oraz środki ochrony osobistej i sprzęt jednorazowego użytku wykorzystany przy jego przygotowywaniu i podawaniu należy traktować jako odpady medyczne kategorii 18 01 03 zgodnie z obowiązującymi przepisami

(Dz. U. 2001 nr 62 poz. 628, Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach, z późniejszymi zmianami;

Dz. U. 2010 nr 139 poz. 940 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi).

Opracowano na podstawie:

1. Charakterystyka Produktu Leczniczego BCG-medac, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do podawania do pęcherza moczowego, opublikowana przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych(data publikacji 2012-02-22)

2. BCG-medac basisdokumentation; Me-dac GmbH, Fehlandtstr. 3; 20354 Hamburg

3. Charakterystyka Produktu Leczniczego Onko BCG 50, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do podawania do pęcherza moczowego (dostępnej na stronie internetowej producenta pod adresem http://www.biomed.lublin. pl/index.php?option=com_content&view=article&id-105%3Aonko--bcg-50&ca-tid=40%3Aleki-na--recepte&ltemid=121, stan na dzień 4 czerwca 2012 r.)

4. OncoTice Product monograph, Datę of Preparation February 21, 2011 dostępna pod adresem http://www.merck--frosst.ca/assets/en/pdf/products/Onco-tice-PM_E.pdf

dr n.med. Anna Koper,
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

WODA W TLENOTERAPII

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie używania wody sterylnej do zabiegu tlenoterapii.

Katowice, dnia 08.02.2014 r.

Nawilżacze to wyroby medyczne szeroko stosowane w medycynie, między innymi w oddziałach intensywnej terapii, oddziałach pooperacyjnych, karetkach pogotowia, do długotrwałej lub wysokoprzepływowej tlenoterapii u pacjentów oddychających samodzielnie, otrzymujących tlen podawany przez maskę bądź wąsy. Warunki prawidłowego użycia wody sterylnej do zabiegów tlenoterapii powinny być zawarte w aktualnej deklaracji producenta wyrobu medycznego. Deklaracja jest oficjalnym dokumentem wytwórcy, którym należy się posługiwać. W ostatnim czasie część producentów wody sterylnej dystrybuowanej w Polsce dokonało zmian w zakresie oznakowania tj. usunęło symbol przekreślonej dwójki. Fakt usunięcia symbolu wiąże się bezpośrednio ze zmianami przepisów Dyrektywy Europejskiej. System dopuszczania wyrobów medycznych do obrotu i używania w Unii Europejskiej został zdefiniowany w dyrektywie dla wyrobów medycznych 93/42/EEC. 21 września 2007 roku opublikowana została dyrektywa 2007/47/EC, wprowadzająca wiele zmian w dyrektywie 93/42/EEC i w systemie dopuszczania wyrobów do obrotu w Unii Europejskiej. Wprowadzone zmiany stały się obligatoryjne z dniem 21 marca 2010 roku i objęły między in-

nymi wprowadzenie definicji terminu „wyrób jednorazowego użytku", aby uniknąć wątpliwości co do jego znaczenia. Wprowadzono definicję: „wyrób przeznaczony do użycia tylko jeden raz przez pojedynczego pacjenta". Ponadto w wymaganiach zasadniczych zapisano wymóg spójnej interpretacji terminu „jednorazowego użytku" w całej Wspólnocie.

Symbol

oznacza więc, że produkt może być stosowany jeden raz u jednego pacjenta. Symbol ten jest zaczerpnięty z normy DIN EN 980:2008-08: „Symbole graficzne stosowane do etykietowania urządzeń medycznych". Wprowadzone zmiany do Dyrektywy Europejskiej, w tym doprecyzowanie definicji „wyrób jednorazowego użytku" spowodowały iż część producentów wody sterylnej wskazuje na stosowanie jej u więcej niż jednego pacjenta.

Należy zachować ostrożność przy zalecaniu sposobu stosowania, szczególnie u pacjentów poddawanych izolacji z powodu choroby zakaźnej, zakażenia czynnikiem alarmowym lub zwiększonej podatności na zakażenie - w takich sytuacjach decyzja o ponownym użyciu wody w systemach do nawilżania tlenu powinna wiązać się z oceną stanu pacjenta, rodzaju prowadzonej terapii oraz możliwości dekontaminacji systemu nawilżania.

dr n. med. Beata Ochocka,
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Ministerstwo Zdrowia - w sprawie powołania konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

MINISTERSTWO ZDROWIA
Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopliński

Grażyna Rogala - Pawelczyk
Pfrezes Naczelnej
Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo znak: NIPiP-NRPiP-DM.0021.62.14, z dnia 28 kwietnia 2014 r., dotyczące wniosku o podjęcie procedury legislacyjnej zmierzającej do powołania konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień. Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym realizowana przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania pozostaje integralnym elementem pielęgniarskiej opieki pediatrycznej nad dzieckiem w zdrowiu i w chorobie. Dlatego też zakres zadań realizowany przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego obejmuje też dziedzinę pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.

Równocześnie należy wskazać, iż zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), konsultanci krajowi, w tym również Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, wykonują zadania z upoważnienia i na rzecz Ministra Zdrowia. Ponadto do zadań konsultanta zgodnie z art. 9 ww. ustawy należy:

- wykonywanie zadań opiniodawczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta;
- prowadzenie nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia;
- udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej;
- sporządzanie opinii dotyczących doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia;
- sporządzanie opinii dotyczących realizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia w zakresie wynikającym z określonego programu kształcenia oraz sprawują nadzór nad ich merytoryczną realizacją.

Równocześnie należy wskazać, iż podczas prac nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562), specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania została połączona ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego. Mając na uwadze powyższe wyjaśnienia, uprzejme informuję, iż w ocenie Ministerstwa Zdrowia brak jest merytorycznego uzasadnienia do przedłożonej propozycji.

Podsekretarz Stanu
Aleksander Sopliński

Pytania i odpowiedzi

Czy pielęgniarka, położna uczestnicząca w badaniach klinicznych leku może odmówić podania leku niezarejestrowanego w Polsce?
08/22 2014

Należy wskazać, iż brak jest ustawowego ustalenia zasad uczestnictwa pielęgniarki (położnej) w badaniach klinicznych leku. Aktualnie obowiązujące przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i potożnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) w art. 14 przewidują jedynie, iż pielęgniarka i położna mają prawo do uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym mają uczestniczyć. Natomiast w przypadku powzięcia uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka, położna może odmówić uczestniczenia w eksperymencie, podając przełożonemu przyczynę odmowy na piśmie.

W sytuacji więc, gdy pielęgniarka otrzymuje polecenie służbowe podania leku, który podlega badaniu klinicznemu jedynym możliwym rozwiązaniem może być zastosowanie odpowiednio wyżej wskazanych przepisów, dotyczących eksperymentu medycznego.

Tym samym pielęgniarka (położna), uczestnicząca w badaniu klinicznym leku, która otrzyma zlecenie podania badanego leku, który nie został jeszcze zarejestrowany w Polsce, ma prawo domagania się od lekarza informacji o celu badania i jego przewidywalnych skutkach, a w razie powzięcia uzasadnionych wątpliwości może odmówić udziału w tym badaniu i podania tego leku, podając przełożonemu przyczynę na piśmie.

Czy pielęgniarka anestezjologiczna może bez obecności lekarza nadzorować pacjenta w trakcie zabiegu wykonywanego w znieczuleniu miejscowym oraz wypełniać kartę przebiegu znieczulenia?
08/22 2014

Zgodnie z § 9 pkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r., poz. 15) podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną. Z kolei w myśl § 9 pkt 11 ww. rozporządzenia lekarz dokonujący znieczulenia znajduje się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia. Interpretacja powyższych zapisów może prowadzić do wniosku, iż pielęgniarka anestezjotogiczna może w ramach współpracy z lekarzem nadzorować, monitorować pacjenta w trakcie zabiegu wykonywanego w znieczuleniu miejscowym, ale nie może tego robić samodzielnie, to jest z wyłączeniem obecności lekarza.

Ponadto należy wyraźnie wskazać, iż zgodnie z § 9 pkt 12 powyższego rozporządzenia to lekarz dokonujący znieczulenia wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniającą w szczególności jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania. W świetle powyższych zapisów lekarz jest zobowiązany do wypełnienia tej karty i nie powinien zlecać jej prowadzenia pielęgniarce ani też nie może jedynie nadzorować prowadzenia karty znieczulenia. Należy zaznaczyć, iż niedopuszczalne jest w szczególności podpisanie karty znieczulenia wyłącznie przez pielęgniarkę a nie przez lekarza anestezjologa. Jednocześnie należy wskazać, iż wypełnianie karty znieczulenia przez pielęgniarkę jest czynnością wykraczającą poza jej zakres kwalifikacji zawodowych i nie powinna ona czynności tej wykonywać. W przypadku wykonywania takich czynności pielęgniarka naraża się ona na ewentualną odpowiedzialność prawną i zawodową. Jednocześnie stosowanie w podmiocie leczniczych procedur wewnętrznych, które są niezgodne z zapisami obowiązującego prawa może rodzić odpowiedzialność kadry zarządzającej tegoż podmiotu leczniczego.

Szczegółowa procedura nostryfikacyjna dyplomu ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą
2014

Zgodnie § 2 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 września 2011 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą (Dz.U. z 2011 r., Nr 196, poz. 1168) ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

1) wnioskodawcy - oznacza to osobę ubiegającą się o przeprowadzenie postępowania nostryfikacyjnego dyplomu ukończenia studiów wyższych uzyskanego za granicą;

2) dyplomie - oznacza to dyplom ukończenia studiów wyższych za granicą wraz z tytułem nadanym w wyniku tego kształcenia, o ile jest on nadawany;

3) radzie - oznacza to radę jednostki organizacyjnej uczelni, uprawnionej do nadawania stopnia doktora określonej dziedziny nauki lub dziedziny sztuki, prowadzącej kształcenie w obszarze obejmującym kierunek studiów wyższych, którego ukończenie potwierdza dyplom uzyskany za granicą.

Na mocy § 3 powyższego rozporządzenia wnioskodawca składa do wybranej rady wniosek o wszczęcie postępowania nostryfikacyjnego wraz z następującymi załącznikami:

1) oryginałem dyplomu uzyskanego za granicą - do wglądu;

2) kopią dokumentów pozwalających ocenić przebieg i czas trwania studiów (suplement do dyplomu, wykaz przedmiotów i ocen, indeks lub inny dokument).

Rada może zażądać tłumaczenia na język polski dokumentów, o których mowa w ust. 1, sporządzonego przez tłumacza przysięgłego wpisanego na listę tłumaczy przysięgłych prowadzoną przez Ministra Sprawiedliwości albo sporządzonego przez zagranicznego tłu-

macza i poświadczonego przez właściwego konsula Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie z § 4 przedmiotowego rozporządzenia datą wszczęcia postępowania nostryfikacyjnego jest dzień doręczenia wniosku radzie.

Rada dokonuje oceny formalnej wniosku. W przypadku uznania wniosku za niekompletny rada wzywa do jego uzupełnienia, w terminie przez siebie wskazanym, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania.

W przypadku stwierdzenia braku właściwości do przeprowadzenia postępowania nostryfikacyjnego rada wydaje postanowienie o odmowie przeprowadzenia postępowania. Na postanowienie służy zażalenie do rektora.

W przypadku gdy dyplom był uzyskany w wyniku kształcenia, które w polskiej uczelni jest prowadzone na więcej niż jednym kierunku studiów lub jako studia międzyobszarowe, rada zwraca się do rektora o wyznaczenie rady wiodącej, która przeprowadzi postępowanie nostryfikacyjne w porozumieniu z innymi radami. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.

Zgodnie z § 5 cytowanego aktu wykonawczego postępowanie nostryfikacyjne kończy się uchwałą rady nie później niż w terminie 90 dni od dnia otrzymania wniosku spełniającego wymagania formalne.

W postępowaniu nostryfikacyjnym rada dokonuje porównania programu studiów, efektów kształcenia, nadanych uprawnień i czasu trwania studiów na podstawie dokumentów wymienionych w § 3 ust. 1.

W przypadku stwierdzenia różnic w programie lub czasie trwania studiów rada może podjąć uchwałę o konieczności uzupełnienia przez wnioskodawcę brakujących egzaminów, określając warunki i terminy ich przeprowadzenia oraz wysokość opłat pobieranych za przeprowadzenie tych egzaminów.

W przypadku, o którym mowa w ust. 3, postępowanie nostryfikacyjne zostaje zakończone w terminie 30 dni od dnia wpływu dokumentów potwierdzających wykonanie uchwały.

Na mocy § 6 omawianego rozporządzenia postępowanie nostryfikacyjne kończy się uchwałą rady w sprawie:

1) uznania dyplomu za równoważny z odpowiednim polskim dyplomem ukończenia studiów wyższych i tytułem zawodowym albo

2) odmowy uznania dyplomu za równoważny z odpowiednim polskim dyplomem ukończenia studiów wyższych i tytułem zawodowym.

Rada odmawia uznania dyplomu za równoważny z odpowiednim polskim dyplomem ukończenia studiów wyższych w przypadku, gdy:

1) instytucja, która wydała dyplom, lub instytucja, w której prowadzone było kształcenie:

a) nie były w dniu wydania dyplomu akredytowanymi uczelniami w rozumieniu prawa wewnętrznego państw, w których systemach szkolnictwa wyższego działają, lub realizowały program studiów nieposiadający akredytacji w dniu wydania dyplomu, lub

b) nie działają w systemie szkolnictwa wyższego żadnego państwa;

2) instytucja, która wydała dyplom, realizowała na terenie innego kraju program studiów wyższych lub jego część niezgodnie z obowiązującymi w tym kraju przepisami;

3) wnioskodawca nie wykonał obowiązków wynikających z uchwały, o której mowa w § 5 ust. 3.

Od uchwał, o których mowa w ust. 1, wnioskodawcy przysługuje odwołanie do senatu uczelni.

Powyższe opinie pochodzą ze strony Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych - http://www.nipip.pl/index.php/prawo/prawnik-odpowiada

Pytania

PYTANIE

Czy pielęgniarka środowiskowo-rodzinna może na zlecenie lekarza podać w warunkach domowych dożylnie pyralginę i żelazo?

ODPOWIEDŹ

odpowiedzi udzielono: 8 października 2014 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, zwana też pielęgniarką środowiskowo-rodzinną, powinna wykonywać zabiegi w postaci iniekcji dożylnych w domu pacjenta wyłącznie na pisemne zlecenie lekarskie, zawarte w dokumentacji medycznej. Zlecenie lekarskie powinno określać nazwę leku, dawki, sposób i czasookres podawania, również informację, o tym, że zabieg należy wykonać w warunkach domowych, bez obecności lekarza. Pielęgniarka może podać w warunkach domowych, pyralginę i żelazo dożylnie, na zlecenie lekarza, które zawiera opisane powyżej szczegóły w dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie

Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej - dalej r.z.p.o.z., „Zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej", w części I nakłada na pielęgniarkę i położną obowiązek planowania i realizacji kompleksowej opieki pielęgniarskiej i pielęgnacyjnej, opieki położniczo-neonatologiczno-ginekologicznej nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, w zakresie:

1) promocji zdrowia i profilaktyki chorób;

2) świadczeń pielęgnacyjnych;

3) świadczeń diagnostycznych;

4) świadczeń leczniczych;

5) świadczeń rehabilitacyjnych.

Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarka POZ) zostały określone w dziale A części II załącznika nr 2 do r.z.p.o.z. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje z lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze (ust. 2 pkt 1 części II działu A załączni-

ka nr 2 do r.z.p.o.z.), z innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych (ust. 2 pkt 5 części II działu A załącznika nr 2 do r.z.p.o.z.). Ustęp 6 pkt 2 części II działu A załącznika nr 2 do r.z.p.o.z. przewiduje, iż świadczenia lecznicze, zgodnie z odrębnymi przepisami, obejmują podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych. Powyższy obowiązek, co należy podkreślić, dotyczy wszystkich pacjentów objętych opieką przez pielęgniarkę POZ.

W tym miejscu należy powołać się na opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, który wyraził pogląd, że: „wykonywanie iniekcji (domięśniowych, dożylnych) leku, który może spowodować wystąpienie gwałtownych reakcji uczuleniowych, czy innego rodzaju zaburzeń niekorzystnych dla stanu zdrowia pacjenta (np. penicylina, preparaty żelaza) wykonywane jest tylko w warunkach ambulatoryjnych, z pełnym zabezpieczeniem w zestaw ratujący życie i w obecności lekarza. Również przy wykonywaniu świadczeń leczniczych w domu pacjenta, pielęgniarka zobowiązana jest do spełnienia wymaganych standardów, tzn. posiadania zestawu przeciwwstrząsowego i możliwości nawiązania kontaktu telefonicznego".

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dopuszcza jednak możliwość podawania dożylnie w warunkach domowych pyralginy i preparatów żelaza itp., jednakże pod pewnymi warunkami, dotyczącymi wyposażenia pielęgniarki w zestaw przeciwwstrząsowy. Wyposażenie pielęgniarki POZ zawiera załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie.

Ponadto Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego zaleca, aby pielęgniarki środowiskowe/rodzinne dążyły do uzupełnienia swoich kwalifikacji w postaci ukończenia kursu specjalistycznego w zakresie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Artykuł 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej -dalej u.z.p.p., stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.).

W szczególnych sytuacjach warto również pamiętać też o treści art. 12 ust. 2 u.z.p.p., w myśl którego pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, określone w art. 12 ust. i u.z.p.p., dotyczące obowiązku udzielenia świadczenia przez pielęgniarkę w sytuacji, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Naczelną zasadą wykonywania zawodu pielęgniarki jest dbałość o zdrowie i dobro pacjenta, co zostało wyrażone w art. 11 ust. 1 u.z.p.p., zgodnie z którym pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

Iwona Choromańska

PYTANIE

Czy pielęgniarka/położna pracująca w ramach indywidualnej praktyki zawodowej może stosować na zlecenie lekarza produkty lecznicze w szczególności wlewy kroplowe, zaszeregowane do kategorii Lz, o której mowa w przepisie art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy - Prawo farmaceutyczne?

Powyższe dotyczy podawania produktów leczniczych przez pielęgniarki/położne rodzinne i opieki długoterminowej pacjentom w miejscu ich zamieszkania.

ODPOWIEDŹ

odpowiedzi udzielono: 13 października 2014 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pielęgniarka/położna wykonujące zawód we wszystkich przewidzianych prawem formach, nie mogą stosować na zlecenie lekarza produktów leczniczych, w tym wlewów kroplowych, zaszeregowanych do kategorii Lz, o której mowa w przepisie art. 23a ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r.- Prawo farmaceutyczne - dalej u.p.f. Powyższe dotyczy podawania produktów leczniczych przez pielęgniarki, położne realizujące świadczenia zdrowotne w miejscu zamieszkania pacjenta.

Uzasadnienie

Artykuł 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej -dalej u.z.p.p. stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Natomiast art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia o zawodach lekarza i lekarza dentysty upoważnia lekarza do ordynowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach, oraz wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych. Ordynacja leków leży więc wyłącznie w kompetencji lekarza.

Pielęgniarka ma zatem ustawowy obowiązek wykonać zlecenie lekarskie w sposób wskazany przez lekarza w dokumentacji medycznej. Jednakże zlecenie lekarskie ma być zgodne z przepisami prawa.

Artykuł 23a ust. 1 u.p.f., dokonuje następującej kategoryzacji dostępności produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu:

1) produkty lecznicze wydawane bez przepisu lekarza - OTC;

2) produkty lecznicze wydawane z przepisu lekarza - Rp;

3) produkty lecznicze wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania - Rpz;

4) produkty lecznicze wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach - Rpw;

5) produkty lecznicze stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz.

Natomiast art. 23 ust. 3 u.p.f. upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności, przy uwzględnieniu w szczególności charakteru poszczególnych kategorii dostępności oraz bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego.

Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności - dalej r.k.z.p.l., produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz" w przypadku, gdy z uwagi na swe właściwości farmakologiczne, sposób podawania, wskazania, innowacyjność lub ze względu na interes zdrowia publicznego jest zarezerwowany dla leczenia, które może być przeprowadzone tylko w lecznictwie zamkniętym.

Podanie zatem leku kategorii Lz w warunkach domowych jest nieuprawnione, z uwagi na obowiązek zastosowania takiego leku wyłącznie w warunkach lecznictwa zamkniętego, co wynika wprost z przytoczonego powyżej § 3 r.k.z.p.l. W takiej sytuacji pielęgniarka ma obowiązek odmówić wykonania zlecenia niezgodnego z przepisami prawa. Do powyższego zachowania pielęgniarki uprawnia art. 12 ust. 2 u.z.p.p., który stanowi, że pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej. Podkreślić należy, że w tym przypadku „brak kwalifikacji" nie wynika z niewiedzy pielęgniarki, położnej, ale z dyspozycji Ministra Zdrowia zawartej w § 3 r.k.z.p.l. Odmowa wykonania błędnego zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę, położną, które naraża pacjenta na utratę zdrowia lub nawet życia jest ze wszech miar słuszna, ponieważ pielęgniarka ma ustawowy obowiązek wykonywania zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). Nie ma tu znaczenia, w jakiej formie prawnej pielęgniarka wykonuje swój zawód.

Iwona Choromańska

PYTANIE

Czy położna może dokonywać wpisów historii choroby, np. dotyczącej przebiegu porodu fizjologicznego?

ODPOWIEDŹ

odpowiedzi udzielono: 30 września 2014 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Położna może dokonywać wpisów w historii choroby tj. dot. przebiegu porodu fizjologicznego.

Uzasadnienie

Artykuł 5 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p., stanowi, że wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających między innymi na prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej (art. 5 ust. 1 pkt 3 u.z.p.p.), a także przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego (art. 5 ust. 1 pkt 4 u.z.p.p.).

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - dalej r.d.m. Paragraf 34 r.d.m. wskazuje jakie dane winny być zawarte w księdze bloku porodowego albo sali porodowej. W myśl § 34 pkt 15 r.d.m. księga ta winna zawierać oznaczenie lekarza albo położnej przyjmującej poród. Oznaczenie to winno spełniać wymogi narzucone w § 10 ust. 1 pkt 3 r.d.m. tj. nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis. Zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 3 r.d.m., do historii choroby dołącza się kartę obserwacji lub kartę obserwacji przebiegu porodu. Wzór karty obserwacji przebiegu porodu określa załącznik nr 2 do r.d.m. Niestety we wzorze nie ma jednoznacznego wskazania, kto wypełnia lub podpisuje kartę. Istnieje jedynie obowiązek wypełnienia poszczególnych rubryk i złożenia podpisu odpowiednio przez osobę, która sprawowała obserwację oraz osoby, która była osobą kontrolującą - z podaniem tytułów i stanowisk.

Szczegółowe zasady postępowania w zakresie opieki okołoporodowej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem - dalej r.s.p.c. W części I załącznika do r.s.p.c. „Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem" w ust. 2 pkt 7 zawarto definicję osoby sprawującej opiekę. Są to: lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub położna, sprawujący odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem - odpowiedzialni za prowadzenie porodu fizjologicznego. Stosownie do treści ust. 8 części I załącznika do r.s.p.c., jeżeli osobą sprawującą opiekę jest wyłącznie położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych, niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dane

dotyczące stanu ogólnego rodzącej i dotychczasowego przebiegu porodu należy odnotować w dokumentacji medycznej. Adnotacja ta powinna być autoryzowana zarówno przez położną, jak i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W części XI załącznika do r.s.p.c. „Postępowanie w IV okresie porodu" wymaga się w ust. 2 pkt 6 udokumentowania dokonanych obserwacji i wykonanych zadań. Standardy określają sposoby postępowania w poszczególnych okresach porodu.

Uwzględniając zatem fakt, iż położna posiada ustawowo zagwarantowane kompetencje do udzielania świadczeń zdrowotnych polegających między innymi na prowadzeniu porodu fizjologicznego, przyjmowaniu porodów naturalnych itp., w świetle standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, dokonywanie przez położną wpisów w historii choroby w zakresie przebiegu porodu fizjologicznego, jest uprawnione.

Iwona Choromańska

PYTANIE

Kogo pielęgniarka szkolna powinna powiadomić o złym samopoczuciu lub chorobie ucznia w szkole, który jest pod opieką internatu lub bursy? Kto powinien zająć się uczniem?

ODPOWIEDŹ

odpowiedzi udzielono: 24 października 2014 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Pielęgniarka szkolna powinna zawiadomić rodziców/opiekunów prawnych ucznia, który jest pod opieką internatu lub bursy, o złym jego samopoczuciu lub chorobie w szkole.

Uzasadnienie

Artykuł 92 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy - dalej k.r.i.o., stanowi, że dziecko pozostaje aż do pełnoletności pod władzą rodzicielską. W myśl art. 95 § 1 k.r.i.o., władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw. Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską (art. 98 § 1 k.r.i.o.).

Zasady funkcjonowania bursy szkolnej określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach - dalej r.z.d.p.p. Zgodnie z postanowieniami § 44 r.z.d.p.p., bursa zapewnia wychowankom całodobową opiekę, warunki do nauki, pomoc w nauce, warunki do rozwijania zainteresowań i szczególnych uzdolnień, warunki umożliwiające uczestnictwo w kulturze, sporcie i turystyce. Bursa realizuje swoje zadania we współpracy z rodzicami wychowanka, szkołą, do której uczęszcza wychowanek, oraz z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi (§ 45 r.z.d.p.p.).

Uwzględniając zatem zakres zadań bursy szkolnej, o złym samopoczuciu ucznia lub jego chorobie należy zawiadomić jego rodziców/opiekunów prawnych. Jeżeli stan zdrowia ucznia wymaga interwencji medycznej, należy udzielić mu właściwej pomocy medycznej, ewentualnie wezwać pogotowie ratunkowe, jeśli stan zdrowia ucznia wymaga takiego działania. Uczniowi należy zapewnić opiekę do czasu przybycia rodziców lub opiekunów prawnych. W przypadku drobnej niedyspozycji ucznia i jednocześnie niemożności skontaktowania się z rodzicami/opiekunami prawnymi ucznia, jeżeli stan jego zdrowia na to pozwala, można go odesłać do bursy pod opieką osoby dorosłej (wychowawca, pielęgniarka), jednakże należy o tym fakcie poinformować rodziców/opiekunów prawnych i dyrektora placówki edukacyjnej. Powyższy incydent powinien być odnotowany w indywidualnej dokumentacji medycznej ucznia.

Iwona Choromańska

RZECZNIK PRAW PACJENTA: „OSTRE DYŻURY" NIEZGODNE Z PRAWEM

Rzecznik Praw Pacjenta przypomina, że każdy pacjent ma prawo korzystać ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz w sytuacjach zagrażających życiu - ze szpitalnych świadczeń udzielanych przez szpitalne oddziały ratunkowe na terenie całego kraju. Niezgodne z prawem jest wyznaczanie przez podmioty prowadzące działalność leczniczą tzw. „ostrych dyżurów".

Zgodnie ze stanowiskiem NFZ świadczenia zdrowotne podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie są związane z lekarzem czy pielęgniarką POZ, u których pacjenci złożyli deklaracje wyboru. Każdy pacjent w przypadku pogorszenia stanu zdrowia może korzystać z tego typu świadczeń w dowolnym miejscu ich udzielania. Wynika z tego, że stosowanie przez podmioty rejonizacji jest działaniem bezprawnym. Brak rejonizacji dotyczy wszystkich świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.

Rzecznik podkreśla w komunikacie, że szpitale nie mają prawa odsyłać zgłaszających się pacjentów w stanach nagłych powołując się na tzw. „ostre dyżury", co polega na tym, że w konkretnym dniu określone świadczenia udzielane są w wyznaczonym szpitalu. Jeśli dany szpital posiada kontrakt z NFZ na udzielanie określonych świadczeń, ma obowiązek udzielać ich przez całą dobę.

Zgodnie ze stanowiskiem NFZ z 2013 r. ograniczanie przyjęć pacjentów do danego oddziału szpitalnego do poszczególnych dni nazywanych „ostrym dyżurem", należy traktować jako nieprawidłowość w realizacji zawartej z NFZ umowy i powinno skutkować w stosunku do podmiotu wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z tej umowy, do jej rozwiązania włącznie.

Opracowanie: Magdalena Okoniewska
Źródło: www.bpp.gov.pl,
stan z dnia 29 września 2014 r.

PIELĘGNIARKA MOŻE PODAĆ LEK PACJENTOWI BEZ OBECNOŚCI LEKARZA

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych informuje na swojej stronie, że zgodnie z obowiązującymi przepisami podstawą do podania pacjentowi leku w ambulatorium jest zlecenie lekarskie. Natomiast lekarz nie musi być obecny w ambulatorium, chyba że w zleceniu lekarskim jest to wyraźnie zaznaczone.

Podstawą takiej interpretacji jest art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.), który określa, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Tak więc podstawą do podania leku pacjentowi dorosłemu czy dziecku w ambulatorium będzie udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać nazwę zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania oraz częstotliwość wykonywania. Lekarz nie musi być obecny w ambulatorium, gdy pielęgniarka podaje pacjentowi lek, chyba że w zleceniu lekarskim jest wyraźnie zapisane, że antybiotyk (inny lek) należy podać w obecności lekarza.

Izba podkreśla w swoim komunikacie, że w ambulatorium znajduje się zestaw przedwwstrząsowy i pielęgniarka podająca antybiotyki powinna znać działanie podawanych leków, ich sposób podawania, przechowywania i skutki uboczne oraz posiadać wiedzę i umiejętności z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zastosowania produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie. Pielęgniarka powinna mieć też możliwość nawiązania natychmiastowego kontaktu telefonicznego z lekarzem w przypadku gdy podanie leku spowoduje wystąpienie zaburzeń niekorzystnych dla stanu zdrowia pacjenta.

Za zlecenie lekarskie odpowiedzialność ponosi lekarz, a za jego prawidłowe wykonanie -pielęgniarka. Z art. 12 ust. 2 ustawy wynika też, że pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego niezgodnego z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności wskazujące, iż zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Podobna interpretacja dotyczy pobierania krwi u pacjenta dorosłego lub dziecka przez pielęgniarkę w ambulatorium. Jeżeli pielęgniarka otrzymuje zlecenie lekarskie dotyczące pobrania krwi powinna to wykonać bez obecności lekarza. Izba podkreśla, że pielęgniarka może pobierać krew od pacjentów do badań laboratoryjnych ściśle według zlecenia lekarskiego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zapewniającym bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjenta oraz pielęgniarki.

Opracowanie: Magdalena Okoniewska
Źródło: www.nipip.pl,
stan z dnia 8 października 2014 r.

CHOROBY ZAKRZEPOWO-ZATOROWE TRZECIĄ PRZYCZYNĄ ŚMIERCI W POLSCE

Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa jest - po zawale serca i udarze niedokrwiennym mózgu - trzecią przyczyną śmierci z powodów sercowo-naczyniowych w Polsce. Specjaliści podkreślają, że aby leczenie powikłań zakrzepowo-zatorowych było skuteczne, potrzebna jest edukacja na temat czynników ryzyka oraz symptomów choroby. Ważne jest także zwiększenie dostępności badania ultrasonograficznego żył głębokich, które jest podstawową i rozstrzygającą metodą diagnozowania zakrzepicy.

Według badań opublikowanych w brytyjskim czasopiśmie medycznym „Phlebology" śmiertelność u pacjentów z żylną chorobą zakrzepowo-zatorowa przekracza już 20 procent rocznie.

- Zakrzepica jest nazywana cichym zabójcą, ponieważ tylko mniej niż połowa przypadków choroby daje uchwytne objawy kliniczne - mówi Agencji Informacyjnej Newseria profesor dr hab. med. Krystyna Zawilska, przewodnicząca Grupy ds. Hemostazy Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. - Zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych może objawiać się obrzękiem kończyny, bolesnością, zaczerwienieniem skóry, może jednak przebiegać bardzo skąpoobjawowo. Objawem zatorowości płucnej są najczęściej duszność, męczliwość, może być krwioplucie. Ale te objawy są też niecharakterystyczne.

Niezdiagnozowana i nieleczona zakrzepica może doprowadzić do nagłego zgonu z powodu zatorowości płucnej.

- Jeśli się o niej nie pamięta, to można ją po prostu przeoczyć. Dlatego jest tak ważna świadomość tego, że ta choroba może zaistnieć, a także znajomość czynników ryzyka zakrzepicy - podkreśla Krystyna Zawilska.

Na chorobę zakrzepowo-zatorową najbardziej narażone są osoby unieruchomione, w tym obłożnie chorzy, pacjenci poddawani długotrwałym zabiegom, np. ortopedycznym, i osoby spędzające długie godziny w samolocie, samochodzie lub pociągu, a także osoby cierpiące na choroby nowotworowe lub otyłość, kobiety przyjmujące leki hormonalne oraz członkowie rodzin osób, które już przebyły zakrzepicę.

Podstawowym badaniem diagnostycznym, które może potwierdzić zakrzepicę jest USG żył głębokich kończyn dolnych.

- W Polsce, niestety, mamy duży problem z badaniem ultrasonograficznym kończyn dolnych. Jeśli lekarz rodzinny podejrzewa zakrzepicę i skieruje pacjenta do poradni naczyniowej, to pacjent musi najpierw czekać na przyjęcie do niej, a później na badanie ultrasonograficzne, które powinno być wykonane w tym samym dniu, w którym wystawiono skierowanie - tłumaczy profesor Zawilska.

Ekspertka dodaje również, że poza oddziałami chirurgicznymi i ortopedycznymi w polskich szpitalach zaniedbuje się profilaktykę farmakologiczną zakrzepicy. Jedynie 30 proc. pacjentów w oddziałach niezabiegowych otrzymuje należne leki zmniejszające krzepliwość krwi.

Opracowanie: Magdalena Okoniewska
Źródło: www.biznes.newserla.pl,
stan z dnia 30 października 2014 r.

Interpelacja (nr 26473) do ministra zdrowia w sprawie pracy higienistek/pielęgniarek w polskich szkołach

Szanowny Panie Ministrze!

Dobro i zdrowie dziecka w szkole jest wartością nadrzędną, gwarantującą poprawny rozwój i kształcenie. Bardzo często zdarzają się nagłe wypadki, które wymagają niezwłocznej reakcji i zapewnienia dziecku przynajmniej podstawowej pomocy medycznej na terenie placówki szkolnej. Poza przypadkami losowymi istotne są również podstawowe badania i wykonywanie bilansów zdrowotnych dzieci i młodzieży, w tym m.in. kontrolowanie poprawności wagi, wzrostu, wzroku czy postawy. Wszystkie te zadania należą w głównej mierze do szkolnej higienistki czy też pielęgniarki.

Sytuacja w Polsce wyraźnie pokazuje, że zgodnie z zawartym kontraktem higienistka bądź pielęgniarka opiekuje się ogromną ilością dzieci, a liczby wahają się tutaj w granicach 800–1100. Dochodzi więc do sytuacji, gdzie pielęgniarka/higienistka sprawuje etat w dwóch lub więcej szkołach i samodzielnie układa plan swojej pracy.

W związku powyższym zwracam się z uprzejmą prośbą o odniesienie się do następujących kwestii:

1. Ile godzin pracy powinien wynosić etat higienistki/pielęgniarki w szkole?
2. Kto nadzoruje pracę pielęgniarki/higienistki w szkole?
3. Kogo powinna informować o swoim planie pracy na każdy semestr bądź też rok szkolny?

Z góry dziękuję za udzielenie odpowiedzi na niniejszą interpelację.

Z poważaniem
Poseł Małgorzata Niemczyk
Łódź, dnia 20 maja 2014 r.

Interpelacja (nr 26473) do ministra zdrowia w sprawie pracy higienistki/pielęgniarki w polskich szkołach – ponowna

Szanowny Panie Ministrze!

Dnia 18 czerwca br. wpłynęła do Sejmu odpowiedź na moją interpelację w sprawie higienistki/pielęgniarki w polskich szkołach. Dziękuję za wspomnianą odpowiedź i jednocześnie zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji dotyczących etatu higienistki/pielęgniarki, która nie znalazła się w treści pisma.

Proszę o sprecyzowanie: Ile dokładnie godzin powinien wynosić etat higienistki/pielęgniarki w szkole?

Z góry dziękuję za udzielenie informacji na niniejszą interpelację.

Z wyrazami szacunku
Poseł Małgorzata Niemczyk
Łódź, dnia 7 lipca 2014 r.

Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia - z upoważnienia ministra - na ponowną interpelację poseł Małgorzaty Niemczyk na interpelację nr 26473 w sprawie pracy higienistek/pielęgniarek w polskich szkołach

Szanowna Pani Marszałek! W odpowiedzi na powtórną interpelację pani poseł Małgorzaty Niemczyk przesłaną przy piśmie z dnia 14 lipca 2014 r., znak: SPS-023-26473p/14, w sprawie pracy higienistki/pielęgniarki w polskich szkołach, w związku z uznaniem udzielonej odpowiedzi z dnia 18 czerwca br. za niezadowalającą, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych dodatkowych wyjaśnień.

W udzielonej poprzednio odpowiedzi szczegółowo przedstawiono obowiązujący stan prawny dotyczący organizacji i funkcjonowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych, do ich ukończenia. Odpowiadając na zawarte w powtórnej interpelacji pytanie, ile dokładnie godzin powinien wynosić etat higienistki/pielęgniarki w szkole, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym higienistka/pielęgniarka nie jest pracownikiem szkoły, nie pracuje na etacie. W wykazie stanowisk i wymagań kwalifikacyjnych szkół zamieszczonym w regulaminach wynagradzania pracowników szkół nie ma stanowiska higienistki/pielęgniarki. Przedmiotowe regulaminy wynagradzania są opracowane na podstawie art. 772 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.), ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. Nr 223, poz. 1458, ze zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. Nr 50, poz. 398, ze zm.).

Jak informowano w poprzedniej odpowiedzi, pielęgniarka/higienistka szkolna na terenie szkoły udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o realizację tych świadczeń zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Umowa ta określa rodzaj, zakres realizacji i dostępność tej opieki, sprawowanej w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. W przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilakty-

ki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana jest przez pielęgniarkę w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, np. w podmiocie leczniczym u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W opracowanych przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie „Standardach i metodyce pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej" (stosowanych przy zawieraniu kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia) zalecana liczba uczniów (świadczeniobiorców) na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną wynosi 880-1100 i jest traktowana wyłącznie jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego. W przypadku gdy liczba uczniów w szkole jest niższa niż wskazana, pielęgniarka obejmuje świadczeniami opieki zdrowotnej uczniów w więcej niż jednej szkole.

Harmonogram pracy w poszczególnych placówkach określany jest samodzielnie przez pielęgniarkę. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) w art. 2 stanowi, że zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Do oceny wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną uprawniony jest samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych (okręgowa izba pielęgniarek i położnych oraz rzecznik odpowiedzialności zawodowej). Nadzór obejmujący prawidłowość realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach, finansowanej ze środków publicznych, sprawuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248) pielęgniarka lub higienistka szkolna planują i realizują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami. Zadanie to pozostaje więc w wyłącznej kompetencji pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej. Przepisy wskazują ponadto, że pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, we współpracy z dyrektorem szkoły, bierze udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Minimalna dostępność opieki sprawowanej przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną zapisana (dla poszczególnych typów szkół) w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia zależy od liczby uczniów w szkole, a w przypadku szkół, do których uczęszczają niepełnosprawni - od ich liczby i stopnia niepełnosprawności. Dostępność ta określona jest szczegółowo w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1238).

We wcześniej udzielonej odpowiedzi informowano także, że zgodnie z zarządzeniem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna warunkiem zawarcia umowy o realizację świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami na terenie szkoły jest zawarcie przez świadczeniodawcę porozumienia o współpracy z dyrektorem szkoły. W comiesięcznym sprawozdaniu z realizacji świadczeń zdrowotnych przedkładanym Narodowemu Funduszowi Zdrowia przez pielęgniarkę dyrektor szkoły potwierdza fakt objęcia uczniów profilaktyczną opieką zdrowotną w danej szkole. Organ prowadzący szkołę (dyrektor szkoły) akceptuje realizację świadczeń zdrowotnych w danej szkole przez wybrany podmiot uprawniony do ich realizacji.

Z poważaniem
Podsekretarz stanu
Piotr Warczyński
Warszawa, dnia 8 sierpnia 2014 r.

Dłuższy okres preskrypcji, mniej kolejek u lekarzy

Minister Zdrowia wydał w dniu 19 września 2014 r. nowe rozporządzenie zwiększające między innymi ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego jaki można przepisać pacjentowi z 90 do 120 dni. Głównym zadaniem zmian jest umożliwienie zmniejszenia częstotliwości wizyt u lekarza w celu uzyskania jedynie recept niezbędnych do kontynuowania leczenia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich (Dz. U. poz. 1239) wydłuża również okres czasu na jaki może być dokonana preskrypcja z 90 do 360 dni. Ma to pozwolić na zmniejszenie kolejek, a także odciążyć pacjentów od zbyt częstych wizyt u lekarza, zaś sami lekarze będą mogli poświęcić więcej czasu tym pacjentom, którzy oprócz wystawienia recepty wymagają również badania fizykalnego. Nowy akt normatywny zwiększa również liczbę recept na, których można zlecić farmakoterapię z 3 do maksymalnie 12, a także zwiększa ilość wypisywanych leków recepturowych ze szczególnym uwzględnieniem recept zawierających maści, kremy, maziдła, pasty lub żele. Ta ostatnia wspomniana wyżej zmiana została wprowadzona na prośbę pacjentów z chorobami skórnymi, takimi jak łuszczyca czy atopowe zapalenie skóry. Rozporządzenie weszło w życie w dniu 4 października 2014 r.

Przedruk z Wolters Kluwer

Zmiany dla pacjentów onkologicznych

Opublikowana w dniu 28 sierpnia 2014 r. ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zaliczana do tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego, ma podnieść standardy opieki na pacjentami onkologicznymi oraz polepszyć zarządzanie listami oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Pacjenci onkologiczni będą mogli zgłaszać się do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który określi, czy wizyta u specjalisty jest konieczna. Lekarz POZ, po przeprowadzeniu dokładnego wywiadu oraz po dokonaniu oceny dolegliwości pacjenta, zleci wykonanie niezbędnych badań. Jeśli u pacjenta zostanie stwierdzone podejrzenie wystąpienia nowotworu złośliwego, pacjent otrzyma kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego i zostanie skierowany do onkologa, bądź innego specjalisty. Wskazana karta będzie własnością pacjenta i da mu możliwość zapisu na odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. W odniesieniu do list oczekujących nowa ustawa wprowadza zmianę polegającą na rozszerzeniu obecnie obowiązującego zakazu dotyczącego wpisywania się na więcej niż jedną listę na podstawie skierowania, bądź na listę dotyczącą świadczeń udzielanych bez skierowania. Świadczeniobiorcy mają być informowani o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. W przypadku niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie w celu uzyskania świadczenia, będzie skutkowało skreśleniem z listy oczekujących. Dodatkowo, lekarz znając stan pacjenta, będzie mógł bez dokonania jego osobistego badania wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia. Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi przez nową ustawę, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oraz członkowie Rady Funduszu będą powoływani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., za wyjątkiem kilku przepisów, które mają wejść w życie w dniu 1 stycznia 2016 r., 1 stycznia 2018 r. oraz 1 stycznia 2020 r.

Przedruk z Wolters Kluwer

Wysokość opłat za krew i jej składniki w 2015 r. pozostanie bez zmian

Pomimo wzrostu wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, który w roku 2013 wyniósł 100,9% w porównaniu do roku poprzedniego, wysokość opłat za krew w roku 2015 nie ulegnie zmianie. Minister Zdrowia wydał w tej sprawie nowe rozporządzenie. Zgodnie z uzasadnieniem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2014 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2015 r. (Dz. U. poz. 1251), w 2013 r. opracowano wstępne założenia do jednolitych zasad rozliczania kosztów. Stanowią one uzupełnienie do jednostkowych instrukcji rachunku kosztów obowiązujących w regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Uwzględnienie wskaźnika cen i towarów konsumpcyjnych w następnych latach bez rzeczywistego wzrostu kosztów centrów, może doprowadzić jednak do bezpodstawnego wzrostu kosztów leczenia krwią oraz jej składnikami. W porównaniu do poprzednio obowiązującego rozporządzenia określającego wysokość opłaty za krew, nowy akt normatywny wprowadza kilka zmian: - usunięto możliwość pobierania przez centra dodatkowej opłaty za czynność zlewania pojedynczych jednostek koncentratu krwinek płytkowych w dawkę terapeutyczną; - usunięto pozycję „dawka terapeutyczna koncentratu krwinek płytkowych z aferezy", ponieważ stosowana technika pobierania gwarantuje, iż wszystkie pobrane donacje koncentratu krwinek płytkowych z aferezy są ubogoleukocytarne; - rozdzielono przypadki naliczania dodatkowych opłat w zależności od tego czy są one naliczane za sumę pojedynczych jednostek składnika krwi czy też za jedną dawkę terapeutyczną, pediatryczną lub jednostkę krwi czy jej składnika. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Przedruk z Wolters Kluwer

Lepsza współpraca pomiędzy centrami powiadamiania ratunkowego

Minister Administracji i Cyfryzacji wydał rozporządzenie określające wymagania, jakim mają odpowiadać systemy teleinformatyczne nowo utworzonych centrów powiadamiania ratunkowego. Uregulowanie tej kwestii podyktowane jest koniecznością zapewnienia jak najlepszej współpracy między Policją, Państwową Strażą Pożarną oraz dysponentami ratownictwa medycznego. Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 21 sierpnia

2014 r. w sprawie wymagań funkcjonalnych dla systemu teleinformatycznego i interfejsu komunikacyjnego oraz warunków współpracy systemu powiadamiania ratunkowego z Policją, Państwową Strażą Pożarną oraz dysponentami zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 1159) określa między innymi niezbędne wymagania funkcjonalne, jakie musi spełniać system teleinformatyczny. Zalicza się do nich między innymi:

- zapewnienie obsługi zgłoszeń alarmowych, w tym innych niż głosowe;
- zapewnienie rejestracji zgłoszeń alarmowych, w tym nadawanie unikatowych identyfikatorów zgłoszeniom alarmowych;
- umożliwienie odpowiedniego zakwalifikowania zdarzenia lub zagrożenia oraz wyboru właściwego miejscowo i rzeczowo podmiotu ratowniczego lub podmiotów ratowniczych;
- umożliwienie przekazania informacji o zgłoszeniu alarmowym do właściwych miejscowo i rzeczowo podmiotu ratowniczego lub podmiotów ratowniczych w celu zadysponowania odpowiednich zasobów ratowniczych;
- zapewnienie gromadzenia informacji i danych uzyskanych w związku z obsługą zgłoszeń alarmowych;
- zapewnienie automatycznego generowania statystyk.

Interfejs komunikacyjny powinien pozwalać na między innymi:

- utrzymanie ciągłości funkcjonowania, a także bezpieczeństwa przesyłanych za jego pośrednictwem danych;
- dwukierunkową wymianę informacji o zgłoszeniach alarmowych pomiędzy systemami teleinformatycznymi;
- przekazywanie informacji o aktualnym stanie połączenia telefonicznego z osobą zgłaszającą;
- udostępnianie dokumentów elektronicznych zawierających treść oryginalnego zgłoszenia alarmowego;
- udostępnianie danych niezbędnych dla systemów teleinformatycznych podmiotów ratowniczych. Ponadto nowe rozporządzenie określa dane i informacje dotyczące zgłoszenia alarmowego, do którego zalicza się unikatowy identyfikator zgłoszenia, datę i godzinę przyjęcia zgłoszenia, informację o miejscu zdarzenia, rodzaju zagrożenia, w tym opis zdarzenia lub zagrożenia, a także informację o podmiocie ratowniczym lub podmiotach ratowniczych, do których skierowano zgłoszenie.

Rozporządzenie weszło w życie w dniu 16 września 2014 r., z tym jednak zastrzeżeniem, iż część przepisów odnoszących się do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego wejdzie w życie w dniu 1 stycznia 2015 r.

Przedruk z Wolters Kluwer

Przez jaki okres czasu należy przechowywać paski kontroli procesów sterylizacyjnych? Czy należy je traktować jak dokumentację zbiorczą?

Tematyka pytania wiąże się nierozerwalnie z problemem zakażeń wewnątrzzakładowych. Zakażenie wewnątrzzakładowe jest z kolei typowym przykładem błędu organizacyjnego. Obrona przed tego typu zarzutem polega w szczególności na wylegitymowaniu się przestrzeganiem reżimów sanitarnych, w tym prawidłowym przeprowadzaniem procesów sterylizacyjnych. Na tej podstawie można oceniać ewentualny okres przechowywania takiego potwierdzenia. Autorka wskazuje, że jeżeli jakikolwiek dokument trafił do indywidualnej dokumentacji pacjenta jest przechowywany jako część tej dokumentacji przez okres jej przechowywania. Dokumentacja procesów sterylizacji nie stanowi żadnej z kategorii dokumentacji medycznej, ale mimo to autorka zaleca jej przechowywanie przez okres co najmniej równy okresom przedawnienia roszczeń medycznych. Aby nie komplikować nadmiernie treści odpowiedzi zasadne jest przechowywanie dokumentacji sterylizacyjnej przez okres 20 lat od końca roku, którego dotyczy. Taki okres autorka przyjęła na podstawie art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Autorka stoi na stanowisku, że wszelki dowód pisemny mogący być przydatnym w obronie przed roszczeniem pacjenta (ewentualnym oczywiście) powinien znajdować się w placówce póty, póki możliwe jest wytoczenie roszczenia. To zaś legło u podstaw ustalenia okresów przechowywania dokumentacji indywidualnej. Stąd najroztropniej jest przechowywać dokumenty sterylizacji przez takie same okresy.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z oligofrenią znacznego stopnia

Istota pielęgnowania pacjenta z oligofrenią

Pielęgniarka w opiece nad osobami upośledzonymi umysłowo bierze czynny udział w diagnozowaniu, leczeniu, rehabilitacji, profilaktyce. Będąc członkiem zespołu terapeutycznego aktywnie obserwuje, analizuje, modyfikuje działania opiekuńcze zapewniając w ten sposób jak najwyższy poziom pielęgnowania pacjenta. To ona jest w stałym kontakcie z pacjentem, towarzyszy mu w codziennym życiu i czynnościach, co jest okazją do obserwacji zachowań, postaw, potrzeb. Istotą dobrego pielęgnowania są wszystkie wyżej wymienione działania. Pielęgniarka powinna stworzyć odpowiedni klimat ciepła, bliskości, akceptacji, szacunku, wsparcia (fizyczne oraz psychiczne), otwartości, empatii, a w szczególności koncentrować się na reakcjach i na symptomach wysyłanych przez pacjenta z oligofrenią .[Krajewska – Kułak E., 2003, s.149-150].

Zadaniami pielęgniarki są: działania wychowawcze - (kształtowanie pozytywnych relacji wzajemnych, przekazywanie informacji), niekwestionowane pewne działania wobec pacjenta polegające na słuchaniu, motywowaniu, zachęcaniu, wzmacnianiu możliwości, a także działania profilaktyczne - rozpoznawanie wczesnych oznak zaburzeń, zapobieganie nawrotom, pracowanie nad postawami społecznymi wobec osób upośledzonych umysłowo, tolerancją zachowań.

Osoby upośledzone umysłowo mają specyficzne potrzeby, które muszą być zaspokojone, aby rozwój ich przebiegał prawidłowo. Świadomość tych potrzeb jest dla pielęgniarki informacją w bezpośredniej pracy z nimi (np. potrzeba bliskości, komunikacji, akceptacji). Dla każdej osoby prowadzi się indywidualne metody pracy, oparte na procesie pielęgnowania lub tzw. programie rehabilitacyjnym (opartym na współpracy wszystkich członków zespołu terapeutycznego).

Komunikacja z osobą chorą

Najważniejszym elementem procesu pielęgnowania jest komunikacja, nawiązanie kontaktu, zdobycie zaufania. Stworzenie atmosfery ciepła, przychylności. Pomaganie pacjentowi w komunikowaniu swoich potrzeb. Ludzie komunikują się aby wyrazić swoje obawy i emocje, powiadomić o swoich potrzebach, podzielić się swoimi myślami. Należy wykazać się wrażliwością, cierpliwością wobec wszystkich sposobów, jakimi pacjent próbuje się porozumieć: werbalne i niewerbalnie (np. wyraz twarzy zdradza czy jest on zły, czy zadowolony, przygarbiona sylwetka wyraża zmęczenie, smutek, przygnębienie, natomiast wyciągnięte ramiona miłość, bezpieczeństwo a ruchy głowy potwierdzenie lub zaprzeczenie). Komunikacja słowna w upośledzeniu umysłowym stopnia znacznego stanowi pewien problem, gdyż normalny proces mówienia utrudnia upośledzenie. Nie można zrozumieć danej osoby z powodu jej wady wymowy, komunikacja zostaje ograniczona do używania gestów i mimiki, utrzymywania kontaktu wzrokowego, używania krótkich zdań, mówienia powoli, ruchów ciała. Oligofreników stopnia znacznego można uczyć mówić, wymaga to cierpliwości i wytrwałości. Zalecane są zajęcia z logopedą. Duże znaczenie ma rola pielęgniarki - pomaga ona pacjentowi w wyrażaniu swych praktycznych potrzeb, których nie jest w stanie przekazać w inny sposób (ukryte myśli, emocje, doznania, przeżycia). Problemy z komunikacją mogą wyzwalać u pacjentów zachowania agresywne, autoagresywne, nadpobudliwość.

Izolacja osób niepełnosprawnych powoduje trwałe i nieprawidłowe zachowania, ogranicza doświadczenia społeczne jak i nie daje możliwości wyboru, które trudno korygować. Często jest to wyuczona bezradność, apatia, brak zainteresowań. Odosobnienie i wyręczanie może prowadzić do: braku samodzielności i odpowiedzialności za siebie i innych, niechęć decydowania o sobie i do podejmowania decyzji. Opieka pielęgniarska powinna obejmować osoby upośledzone umysłowo i ich rodziny. Zapobiega to powstawaniu niepełnosprawnych, którzy wymagają opieki profesjonalnej od państwa.

Zasady procesu pielęgnowania prowadzonego z oligofrenikiem stopnia znacznego to: odpowiednie stopniowanie trudności, zgodność metod rehabilitacyjnych, właściwa aktywizacja, rozległość oddziaływań.

Aktywizacja powinna przebiegać z odpowiednim natężeniem, nie może być nadmierna, ani za słaba, ponieważ i jedna i druga są niekorzystne dla osób upośledzonych umysłowo. Nadmiar bodźca sprawia, iż zmiany wpływają na postawy: rezygnacji, apatii, wycofania się, zmiany nagłe mogą wydawać się nam osobom zdrowym dobre. Brak aktywizacji prowadzi do pogłębienia objawów, depresji. [Cebulak M., Ksykiewicz-Dorota A., 2011, s. 424-430].

Oddziaływania pielęgniarskie powinny obejmować życie codzienne, rodzinne, społeczne. Istotne jest, aby występowała regularność interakcji do utrwalania nabytych zachowań, umiejętności. Pacjent powinien uczestniczyć w procesie czynnie - jest to bardzo istotne dla całości działań. Pielęgniarka uczestniczy w kształtowaniu odpowiednich nawyków, prowadzeniu treningów: zaradności życiowej, dbania o wygląd, kulinarnych i wiele innych. Treningi, bowiem mogą dotyczyć każdej czynności dnia codziennego (mycia głowy, ubierania, sprzątania, mycia) i polegają na przezwyciężaniu słabości, niedoskonałości, poznawaniu swoich możliwości. Pielęgniarka powinna

zajęcia te jasno określić, przekazać prostym językiem, umacniać pozytywne zachowania. Kształtowanie odpowiednich ról społecznych, zachowań. Istotne jest też uzyskanie odpowiednich informacji o chorobie psychicznej współtowarzyszącej upośledzeniu umysłowemu, ponieważ ma to duże znaczenie dla procesu rehabilitacji i postępowania. Tu ważną rolę odgrywa pielęgniarka, która potrafi wytłumaczyć, przekazać odpowiednie informacje członkom zespołu terapeutycznego jak i rodzinie. Pielęgniarka często wprowadza też pacjentów i rodziny do grup wsparcia lub grup dyskusyjnych. [Wilczewska L., Ciszewska-Kreft M, 2010, s. 483-489]. Ważne znaczenie ma współpraca pielęgniarki z rodziną zespołem terapeutycznym, ponieważ powinni nauczyć się rozpoznawać objawy współistniejących zaburzeń. Dzięki edukacji, obserwacji, zrozumieniu. Wiedza pozwala na zapobieganie, minimalizowanie obrażeń, objawów przepowiadających (np. ataki padaczkowe, objawy pozapiramidowe).

Trening edukacyjny prowadzony przez pielęgniarki powinien zawierać różne formy kształcenia i dotyczyć między innymi: obserwacji objawów, zapobiegania niekorzystnym wpływom otoczenia, zapoznania się z niebezpieczeństwami, jakie grożą osobie upośledzonej (np. wykorzystywanie seksualne, branie kredytów), rozpoznawania sygnałów (np. nadejścia agresji, padaczki, samookaleczenia).

Upośledzeni umysłowo zazwyczaj mają swoje przyzwyczajenia, określone potrzeby. Każdy przypadek jest inny i nie należy się sugerować innymi osobami.

Pielęgniarka w chwili przyjęcia do placówki osoby, rozpoczyna pielęgnowanie.

To ona wprowadza go w życie placówki, zapoznaje z otoczeniem, innymi mieszkańcami. Dba o jego potrzeby i bezpieczeństwo, pomaga w kontaktach z innymi. Jednym z zadań jest zapewnienie bezpiecznego otoczenia osobie, którą się opiekujemy, w pokoju nie powinno znaleźć się nic, czym mógłby się skrzywdzić. Należy mieć na uwadze jego uczucia, potrzeby i pamiętać, że to jest jego pokój. Indywidualne potrzeby mogą być zróżnicowane.

Kolejnym ważnym elementem jest, aby pielęgniarka wykazała się cierpliwością i zrozumieniem, zachęcała pacjenta do samodzielnego ubierani się i rozbierania, to, co jest w stanie zrobić. Upośledzenie umysłowe jest przyczyną przedłużania tego procesu. Jednak każde osiągnięcie jest krokiem w kierunku niezależności. Należy pacjentowi zostawić tyle czasu na ubieranie i rozbieranie ile potrzebuje. Ze względu na częstą niechęć pacjenta do fartuszka ochronnego podczas posiłków ubrania trzeba zmieniać po każdym posiłku.

Pacjent powinien mieć odpowiednią ilość czasu na spożywanie posiłków, jeżeli czynność wykonuje sam. Jednak czynności te powinna zawsze nadzorować pielęgniarka, dbając o bezpieczeństwo lub pomagając mu np. w robieniu kanapek.

Podawanie leków najczęściej jest w formie tabletek, iniekcji. Leki doustne podawane są najczęściej w formie kruszonej, aby mieć pewność, że nie zostaną schowane. Zabiegi pielęgnacyjne, lecznicze wykonuje się w czasie, gdy pacjent jest rozluźniony, spokojny i „pozwala" na wykonanie czynności, które naruszają jego prywatną przestrzeń.

W przypadku agresji, zniecierpliwienia stosuje się różne „sztuczki" odwracające uwagę, czasami nawet „przekupstwo". Aby zapewnić pacjentowi odpowiedni odpoczynek i sen, należy poznać jego zwyczaje z tym związane. Problemy są wtedy, gdy, zakłócony zostaje rytm, co może być powodem bezsenności. Zmiana otoczenia jest stresująca. Obawa, niepokój, ból. Pielęgniarka po wnikliwej obserwacji powinna podjąć odpowiednie działania.

Charakter rekreacji musi być też dokładnie zaplanowany, dopasowany do potrzeb pacjenta. Można połączyć rekreację z rehabilitacją. Poprzez rekreację rozumiemy wszystkie czynności, odprężające i odświeżające. Dla osób upośledzonych wymyślenie sposobu spędzania wolnego czasu, organizowanie sobie zajęć, jest zbyt trudnym zadaniem. Pielęgniarka musi mu w tym pomóc, zorganizować zajęcia i dobrać odpowiednią formę aktywności adekwatną do możliwości pacjenta. Przykłady to słuchanie radia, oglądanie telewizji, obserwacja przyrody (ptaki, zwierzęta), karmienie zwierząt, czytanie książek lub czasopism przez personel, słuchanie nagrań książek, malowanie, rysowanie, karty, szachy.

[Grzywna T., Cieślik A., 2007, s.127-161].

Podsumowując, istotą pielęgnowania pacjenta z oligofrenią stopnia znacznego są wszystkie czynności wspierające, towarzyszące, pomagające w dążeniu do osiągnięcia jak najlepszych wyników w funkcjonowaniu społecznym, uzyskaniu w jak największym stopniu niezależności.

Artykuł - fragment pracy licencjackiej autorstwa piel. lic. Bożeny Jareckiej–Spólnik

Promotorem pracy była mgr Małgorzata Moskal-Szybka

BIBLIOGRAFIA:

1. Cebulak M., Ksykiewicz-Dorota A.: *Specyfika pracy pielęgniarek na oddziale psychiatrycznym a wykorzystanie czasu pracy*. Problemy Pielęgniarstwa nr 4/2011, s. 424-430.

2. Grzywna T., Cieślik A.: *Specyfika opieki pielęgniarskiej w oddziale psychiatrycznym*. [W:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*, pod red. Krupka-Matuszczyk I. Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2007, s. 127-161.

3. Krajewska – Kułak E.: *Specyficzne problemy komunikowania się z osobami w różnych stanach chorobowych*. [W:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, pod red. Kwiatkowskiej A., Krajewskiej - Kułak E., Panka W. Wyd. Czelej, Lublin 2003, s. 149 – 150.

4. Wilczewska L., Ciszewska - Kreft M.: *Udział pielęgniarki w rehabilitacji psychiatrycznej*. Problemy Pielęgniarstwa nr 4/2010, s. 483 - 489.

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem hospitalizowanym z powodu niedokrwistości z niedoboru żelaza

ZADANIA DIAGNOSTYCZNE:

- Przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego do badań laboratoryjnych, endoskopowych, biopsji szpiku, konsultacji lekarskich
- Obserwacja w kierunku powikłań po wykonaniu badań diagnostycznych [Marrow Cavanauch B. 2006, s. 24-31]
- Ocena poziomu wiedzy chorego jaką posiada na temat istoty choroby, jej przyczyn, leczenia i ewentualnych powikłań
- Sprawdzenie wiedzy chorego jaką posiada co do przyjmowania preparatów żelazowych: dawkowania, preferencyjnego czasu i ewentualnych powikłań polekowych
- Ocena respektowania zaleceń lekarskich i wiedzy na temat terapii dietetycznej, dozowania wysiłkiem fizycznym oraz higieny snu i odpoczynku
- Ocena stylu życia chorego, nawyków kulinarnych, aktywności fizycznej i umysłowej, snu i odpoczynku, stopnia wytrzymałości fizycznej
- Obserwacja pacjenta pod kątem mogących wystąpić powikłań
- Obserwacja pacjenta w kierunku ubocznych działań leków przepisanych (zaparcia, biegunki i inne)
- Rozpoznawanie czynników nasilających niedokrwistość (nieprzestrzeganie diety, niesystematyczne przyjmowanie leków, popijanie leków płynami obniżającymi ich wchłanianie)
- Obserwacja pacjenta mająca ustalić miejsca i źródła utraty krwi (krwawienia z nosa, układu pokarmowego, dróg rodnych u kobiet)
- Ocena przyczyn nieprzestrzegania zleceń lekarskich (ignorancja, niezrozumienie, czynniki ekonomiczne)
- Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta w zależności od wieku chorego, objawów, stopnia zaawansowania choroby i świadomości [Pączka L., Mucha K., Foroncewicz B. 2004, s. 342]

ZADANIA TERAPEUTYCZNE:

Do zadań terapeutycznych pielęgniarki należy:

- Monitorowanie parametrów życiowych tj.: tętna, ciśnienia tętniczego, liczby oddechów ze zwróceniem uwagi na stan spoczynku i wysiłku
- Zapewnienie choremu atmosfery ciszy i odpoczynku poprzez monitorowanie odwiedzin i używania telefonów komórkowych, szczególnie w ostrej fazie choroby
- Zapoznanie pacjenta z możliwością wystąpienia objawów niepożądanych po zażyciu leków doustnych ze strony układu pokarmowego jak: biegunka lub zaparcia, czarny kolor stolca, nudności, wymioty, nasilone objawy choroby wrzodowej żołądka oraz krwawienia z przewodu pokarmowego
- Zapoznanie pacjenta z zasadami przyjmowania leków drogą doustną. Bardzo ważne jest przyjmowanie leków w odpowiednim czasie nigdy z posiłkami, bo to znacznie obniża wchłanianie żelaza z przewodu pokarmowego. Absorpcja leku jest lepsza gdy jest popijany sokiem z owoców cytrusowych lub warzywnych z dużą zawartością witaminy C lub herbatą z pokrzywy. Wyczulamy pacjenta by nie popijał preparatów żelazowych kawą, herbatą czy mlekiem. Leki powinny być zażywane co najmniej pół godziny przed posiłkiem, najlepiej na czczo rano.
- Należy także zwrócić uwagę na inne preparaty terapeutyczne przyjmowane przez chorego, które często nie pozostają obojętne na procesy wchłaniania żelaza podawanego w tabletkach. Do takich leków zaliczamy leki zobojętniające kwas solny żołądka, wyciągi z trzustki, niektóre antybiotyki i inne
- Uwrażliwianie pacjenta na systematyczność przyjmowania zleconych dawek leków, ponieważ od tego w dużej mierze zależy postęp w leczeniu. Po 3 tygodniach leczenia preparatami doustnymi poziom hemoglobiny powinien wzrosnąć do ok. 2 g/dl [Szczeklika A. 2011, s. 1532]
- Uświadamianie chorego o istotnej roli diety w leczeniu niedokrwistości
- z niedoboru żelaza. Dieta ma dwojakie znaczenie. Jak już wspomniano wyżej ułatwia absorpcje preparatów żelazowych podawanych drogą doustną. Zasadniczą rolę jednak odgrywa ona w profilaktyce niedokrwistości. Często zła dieta ilościowo i jakościowo, monotonna uboga w żelazo hemowe (mięsa, ryby), uboga w żelazo niehemowe, które jest zawarte w owocach, warzywach, nasionach i pochodnych, zła kompozycja diety, spożywanie pokarmów wysoce przetworzonych chemicznie (modne chipsy wśród dzieci) jest główną przyczyną anemii
- Monitorowanie dolegliwości zgłaszanych przez chorego

Zwracamy uwagę na:

- samopoczucie chorego (apatię, senność, brak inicjatywy, smutek, zniechęcenie)
- objawy ze strony układu krążenia (kołatanie serca, przyspieszenie akcji serca, ból w okolicy serca i klatce piersiowej, wzrost ciśnienia tętniczego)
- objawy ze strony układu oddechowego (duszność, złe samopoczucie, bladość, przyspieszone oddechy)

- objawy ze strony układu pokarmowego (nudności, wymioty zaparcia lub biegunki)
- krwawienia (drogi utraty krwi, częstość i intensywność)
- powłoki skórne i błony śluzowe szczególnie jamy ustnej
- wykonanie próby biologicznej przed podaniem preparatów żelazowych drogą dożylną. W obecności lekarza podajemy ¼ ampułki preparatu żelaza i jeżeli nie występują żadne uboczne objawy wskazujące uczulenie (zmiana wyrazu twarzy pacjenta, zaczerwienienie, niepokój i inne szczególnie ze strony układu krążeniowego i oddechowego), przetaczamy lek we wlewie kroplowym ok. 30-60 min.
- Preparaty żelaza mogą obniżyć ciśnienie tętnicze krwi dlatego podajemy je bardzo wolno i monitorujemy ciśnienie
- obserwacja pacjenta w kierunku możliwości wystąpienia objawów ubocznych spowodowanych podawaniem preparatów żelaza drogą dożylną (ból i zaczerwienienie w miejscu wkłucia, ból głowy, bóle stawowe, uczucie uderzenia gorąca, nudności, ogólne rozbicie, zasłabnięcie a nawet wstrząs polekowy)
- obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia objawów niepożądanych po podaniu preparatów żelazowych drogą domięśniową (silny ból, przebarwienia skóry a nawet martwica mięśnia w miejscu iniekcji, bardzo rzadko może wystąpić reakcja anafilaktyczna)
- przestrzeganie zasad przetaczania preparatów krwi
- rygorystyczne przestrzeganie zasad przetaczania koncentratu krwinek czerwonych. Pielęgniarka monitoruje pacjenta pod względem wystąpienia reakcji uczuleniowych, gorączki, przeciążenia układu krwionośnego z ostrą niewydolnością serca, ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc TRALI, reakcji hemolitycznych, małopłytkowości i hipokalcemii
- pielęgniarka uświadamia chorego o konieczności systematycznej kontroli swojego zdrowia poprzez wizyty u lekarza i wykonywanie badań laboratoryjnych
- pielęgniarka uświadamia chorego o przestrzeganiu higieny ciała w celu zapobiegania infekcji jak również higieny snu i odpoczynku
- przekazanie pisemnych i ustnych zaleceń dietetycznych. Pielęgniarka wyjaśnia zasady i priorytet terapii dietetycznej. Sprawdza też na ile pacjent rozumie słowo zapisane i wyrażone ustnie. Odbywa się to poprzez serdeczny dialog i bez pośpiechu
- planowanie i realizacja opieki pielęgniarskiej w zależności od stanu fizycznego i intelektualnego chorego [www. online care plan. com/ Nursing care for anemia, z dnia 09.03.2014].

ZADANIA REHABILITACYJNE:

Niedokrwistość, zwłaszcza zawansowana powoduje szereg dolegliwości ogólnych mogą to być: osłabienie, niska tolerancja wysiłku fizycznego i umysłowego, czasami nawet otępienie umysłowe, brak inicjatywy i niechęć do podejmowania planów i wyzwań życiowych. Chorzy większość czasu chcą spędzać w łóżku, mają czasami trudności w oddychaniu, czują zimno. Pielęgniarka jest osobą, która najwięcej czasu poświęca choremu i z łatwością wychwyci objawy anemii z niedoboru żelaza. To na niej też spoczywa obowiązek podjęcia działań rehabilitacyjnych, aby jak w największym stopniu pomóc choremu do szybkiego powrotu stabilizacji zdrowia.

W tym celu zaleca pacjentowi krótkie spacery wpływające na poprawę samopoczucia; gimnastykę oddechową przy otwartym oknie, która poprawia wentylacje płuc. Zawsze w granicach możliwości umieszcza tych chorych na sali blisko okna.

Do głównych zadań rehabilitacyjnych pielęgniarki należą:

- Poinformowanie pacjenta o przyczynach niskiej tolerancji wysiłkowej i co za tym idzie o zaleconymi i przeciwwskazanymi formami aktywności
- Nauczanie wykonywania gimnastyki oddechowej
- Nauczanie wykonywania gimnastyki i metod relaksujących
- Planowanie dnia uwzględniając wypoczynek i unikanie wykonywania ciężkich wysiłków fizycznych oraz ekstremalnych sportów
- Pozytywny stosunek do wykonywanej pracy zawodowej, ograniczenie tempa życia

ZADANIA PROFILAKTYCZNE I EDUKACYJNE:

W leczeniu, rokowaniu, profilaktyce powikłań w niedokrwistości z niedoboru żelaza nieodzowną rolę ma świadomość i wiedza pacjenta na temat istoty choroby. To na ile pacjent rozumie i czynnie bierze udział w terapii farmakologicznej i dietetycznej wpływa na szybki powrót do zdrowia, zapobiega wystąpieniu groźnych powikłań.

Niedokrwistość leczona niesystematycznie może prowadzić do narażenia organizmu na wiele infekcji i w wyniku ich leczenia antybiotykami do obniżenia odporności i osłabienia systemu immunologicznego. Ciągłe niedotlenienie jest przyczyną omdleń, zaburzeń pracy serca i pracy mózgu, może być przyczyną wielu zmian patologicznych ze strony układu krążeniowo-naczyniowego i nerwowego. Długotrwała apatia może doprowadzić pacjenta do stanu depresyjnego. Leczenie anemii jest procesem długotrwałym i składa się na niego wiele czynników: takich jak współistnienie innych chorób, indywidualna zdolność absorpcji żelaza przez organizm ludzki oraz uwarunkowania genetyczne. Dlatego priorytetową sprawą jest przygotowanie chorego do samokontroli i przestrzeganie zaleceń medycznych.

Edukacja pacjenta rozpoczyna się w chwili rozpoznania choroby i dotyczy ona wielu wątków. Jak w leczeniu innych chorób, tak i w tym przypadku, nieodzowną rolę w procesach szybkiego powrotu do zdrowia, odgrywa współpraca chorego z personelem medycznym oparta na wiedzy i świadomości pacjenta.

Pielęgniarka w zakresie swoich kompetencji udziela choremu lub rodzinie następujących świadczeń:

- Na podstawie rozpoznania zapoznaje pacjenta z przyczynami choroby, objawami, ewentualnymi powikłaniami czy ze strony samej istoty choroby czy niepoprawnym stosowaniem terapii farmakologicznej lub dietetycznej. Zapoznaje z metodami leczenia oraz zaleconymi kontrolnymi badaniami

laboratoryjnymi, ich częstością i ważnością

- Dokładnie informuje chorego jak przyjmować preparaty żelaza.
- Optymalny czas, dawkowanie oraz jakie czynniki przyspieszają i jakie osłabiają wchłanianie tych preparatów (podawanych drogą doustną) [Leda Mckenry 2006, s. 1224-1227]
- Uczy rodziców jak mają kontrolować zabawę i inne formy wysiłku fizycznego u dzieci cierpiących na niedobór żelaza. Dorosłych zapoznać jak mają dozować wysiłek i aktywność fizyczną i umysłową.
- Uwrażliwia rodzinę pacjenta na zaspokojenie ciszy i spokoju, oraz uczy efektywnej pomocy w sytuacjach osłabienia i omdlenia
- Uświadamia pacjenta o ważności leczenia dietetycznego
- Informuje zainteresowanego o niekorzystnym wpływie kawy i herbaty na prawidłowe wchłanianie żelaza (herbata o 40%, a kawa o 80% - zaburza absorpcję tego pierwiastka). Natomiast podkreśla pozytywną rolę witaminy C i soków z owoców cytrusowych [Ciborowska H., Rudnicka A. 2000, s.542]
- Uświadamia chorego o konieczności unikania infekcji poprzez dbanie o higienę osobistą, wypoczynku i snu. Unika kontaktów z osobami chorymi na infekcje przenoszonymi drogą kropelkową [Jurkowska G., Łagoda K. 2011, s. 619-624]

Artykuł - fragment pracy licencjackiej autorstwa piel. lic. Anny Szymanowskiej Promotorem pracy była mgr Małgorzata Dziura

PIŚMIENNICTWO:

1. Ciborska H., Rudnicka A.: *Dietetyka*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000, s. 542.
2. Jurkowska G., Łagoda K.: *Pielęgniarstwo internistyczne*. Wyd. PZWL, Warszawa 2011, s. 612 – 624.
3. Krajewska-Kułak E.: *Specyficzne problemy komunikowania się z osobami w różnych stanach chorobowych*. [W:] *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, pod red. Kwiatkowskiej A., Krajewskiej-Kułak E., Panka W. Wyd. Czelej, Lublin 2003, s. 149-150.
4. Leda Mckoenry: *Mosby's Pharmacology in nursing*. Wyd. U.S.A., Elsevier Mosby 2006, edition 22, s. 1224-1227.
5. Marrow Cavanauch B.: *Badania Laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek*. Tłumaczenie Rowiński W. Wyd. PZWL Warszawa 2006, s.24-31.
6. Pączka L., Mucha K., Foroncewicz B.: *Choroby wewnętrzne*. Wyd. PZWL, Warszawa 2004, s.342.
7. Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne*. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2011, s. 1532.
8. www. online care plan. com/ Nursing care for anemia z dnia 09.03.2014.

Postępowanie pielęgniarza podstawowego zespołu ratownictwa medycznego wobec pacjenta z nagłym zatrzymaniem krążenia w mechaniźmie migotania komór

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) jest ustaniem mechanicznej czynności serca, którą cechuje brak reakcji pacjenta na bodźce i brak wyczuwalnego tętna, bezdech lub agonalny oddech [Cebula G., Jankowski M. 2013, s. 134].

Rozpoznanie NZK nie jest trudne, gdyż stanowi ono zaburzenie czynności podstawowych układów życiowych: oddechowego, krążenia i ośrodkowego układu nerwowego. Dochodzi do zatrzymania oddechu, zatrzymania krążenia i zniesienia czynności centralnego układu nerwowego (OUN). Zatrzymanie oddechu powoduje ustanie krążenia i w ciągu 4 - 5 minut następuje śmierć kliniczna, a w ciągu kilkudziesięciu sekund dochodzi do zaniku czynności OUN, co w następstwie prowadzi do zgonu na skutek śmierci pnia mózgu. Do podstawowych kryteriów rozpoznania NZK zalicza się: (1) utratę przytomności, która pojawia się po 5 – 10 sekundach od zatrzymania krążenia mózgowego; (2) brak tętna na dużych naczyniach; (3) brak oddechu lub tzw. oddech szczątkowy pojawiający się w 10 – 15 sekund od momentu ustania krążenia; (4) szerokie, niereagujące na światło źrenice, a nawet nieodwracalne uszkodzenie kory mózgu (zazwyczaj pojawia się po 60 – 90 sekundach od zatrzymania krążenia); (5) lina izoelektryczna w zapisie EKG [Gajdosz R. 2008, s. 17].

Ze względu na mechanizm elektrofizjologiczny w NZK wyróżnić możemy: (1) migotanie komór (VF) lub częstoskurcz komorowy (VT) – w sytuacji, gdy rytmy komorowe nie zapewniają skutecznie hemodynamicznej czynności mechanicznej; (2) asystolię, czyli brak czynności elektrycznej i mechanicznej serca; (3) czynność elektryczną bez tętna (PEA), w przypadku braku skutecznej hemodynamicznej czynności mechanicznej serca pomimo zachowania czynności elektrycznej [Cebula G., Jankowski M. 2013, s. 134].

Migotanie komór uważa się za najgroźniejsze zaburzenie rytmu serca oraz najczęstszy mechanizm nagłego zatrzymania krążenia. Charakteryzuje się ono szybką, nieskoordynowaną pracą serca na skutek chaotycznych pobudzeń włókien mięśniowych lub fragmentów mięśnia komór. W obrazie klinicznym migotania komór zauważa się objawy NZK, tj. brak tętna na dużych tętnicach oraz brak tonów serca. W badaniu EKG w przebiegu migotania komór stwierdza się brak prawidłowych załamków QRS oraz chaotyczną, nieregularną, o zmiennej amplitudzie falę migotania komór z prędkością 150 – 500/min. Wymaga ono

natychmiastowego leczenia, gdyż stanowi stan bezpośredniego zagrożenia życia. Podkreśla się tutaj znaczenie szybkiej defibrylacji [Mróz A. 2011, s. 208 – 209].

W sytuacji pozaszpitalnego NZK podstawowe znaczenie dla przeżycia pacjentama podjęcie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS) przez świadków zdarzenia.

Po wykonaniu czynności BLS, w przypadku braku oddechu i krążenia, przybyły na miejsce zespół ratownictwa medycznego podejmuje, tzw. zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (ALS). Rytmy serca związane z zatrzymaniem krążenia dzieli się na dwie grupy: rytmy do defibrylacji (migotanie komór, częstoskurcz komorowy bez tętna – VF/VT) i rytmy nie do defibrylacji (asystolia, aktywność elektryczna serca bez tętna – PEA). Zasadniczą różnicą w leczeniu tych dwóch grup jest konieczność wykonania defibrylacji u chorych z VF/VT.

(1) W przypadku stwierdzenia rytmów do defibrylacji – VF/VT bez tętna, należy:

a) naładować defibrylator, podczas gdy drugi ratownik wykonuje uciśnięcia klatki piersiowej;

b) przerwać uciskanie klatki piersiowej, ocenić, czy żaden z ratowników nie dotyka poszkodowanego i wykonać jedną defibrylację wyładowaniem o energii 150 – 200J dla defibrylatorów dwufazowych, a 360 J dla jednofazowych (należy minimalizować opóźnienie między zaprzestaniem uciskania klatki piersiowej a defibrylacją, gdyż nawet 5 – 10 sekund opóźnienia zmniejszy szansę na skuteczną defibrylację);

c) podjąć RKO w tempie 30 : 2 rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej bez ponownej oceny rytmu czy badania tętna;

d) kontynuować RKO przez 2 minuty, a następnie na krótko je przerwać w celu sprawdzenia rytmu na monitorze.

(2) Jeśli nadal utrzymuje się VF/VT należy:

a) wykonać drugą defibrylację wyładowaniem o energii 150 – 360 J dla defibrylatorów dwufazowych, a 360 J dla jednofazowych;

b) niezwłocznie powrócić do RKO w tempie 30 : 2 i kontynuować je przez 2 minuty, bez ponownej oceny rytmu czy badania tętna, rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej;

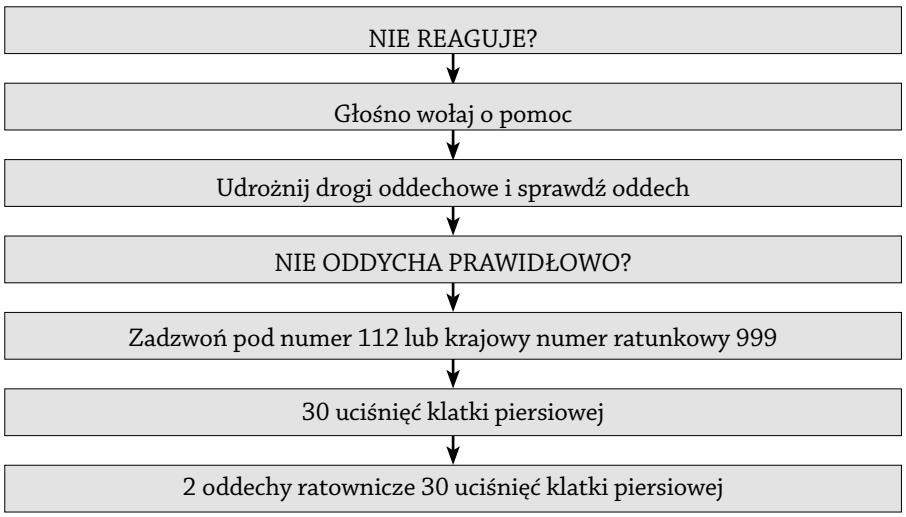
c) przerwać na krótko, by ocenić rytm.

(3) Jeśli nadal utrzymuje się VF/VT należy:

a) wykonać trzecią defibrylację wyładowaniem o energii 150 – 360 J dla defibrylatorów dwufazowych, a 360 J dla jednofazowych;

b) podjąć RKO w tempie 30 : 2, bez ponownej oceny rytmu czy tętna, rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej;

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych



Rycina 1. Algorytm podstawowych zabiegów resuscytacyjnych BLS u dorosłych – sekwencja postępowania na podstawie wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji przyjętej przez Polską Radę Resuscytacji
Źródło: Koster R. W. i wsp. 2010, s. 76

c) podać 1 mg adrenaliny i 300 mg amiodaronu dożylnie lub doszpikowo w momencie rozpoczęcia na nowo uciskania klatki piersiowej (jeśli nie uda się przywrócić spontanicznego krążenia krwi – ROSC, wykonując trzecią defibrylację, adrenalina poprawi przepływ krwi i może zwiększyć szansę skutecznej kolejnej defibrylacji).

(4) Po każdym 2 – minutowym cyklu RKO, w sytuacji gdy rytm zmienia się w asystolię lub PEA, należy postępować jak w rytmach nie do defibrylacji. Jeżeli występuje rytm nie do defibrylacji i jest on uporządkowany (zespoły QRS są wąskie lub regularne), należy dokonać oceny tętna. Ocena rytmu powinna być krótka, a ocena tętna wykonana tylko wtedy, gdy rytm jest uporządkowany. W przypadku wystąpienia wątpliwości dotyczących obecności tętna przy uporządkowanym rytmie serca, należy podjąć ponownie RKO. Jeżeli pojawiło się ROSC, rozpoczyna się opiekę poresuscytacyjną.

Należy pamiętać, że niezależnie od rytmu podczas zatrzymania krążenia kolejne dawki 1 mg adrenaliny należy podawać co 3 - 5 minut do pojawienia się ROSC, czyli co dwie pętle algorytmu. Jeśli dojdzie do powrotu oznak życia w trakcie RKO (prawidłowy oddech, celowe ruchy), należy ocenić rytm. W przypadku wystąpienia uporządkowanego rytmu serca, należy ocenić tętno. Gdy tętno jest obecne kontynuuje się opiekę poresuscytacyjną i/lub leczenie zaburzeń rytmu, które pojawiły się przed zatrzymaniem krążenia. Jeśli brak jest tętna, należy kontynuować RKO.

(5) W przypadku stwierdzenia rytmów nie do defibrylacji – aktywność elektryczna serca bez tętna (PEA) i asystolia, należy:

a) zastosować RKO w tempie 30 : 2;

b) podać 1 mg adrenaliny tak szybko, jak tylko osiągnie się dostęp dożylny;

c) kontynuować RKO 30 : 2 do czasu zabezpieczenia dróg oddechowych technikami zaawansowanymi - potem uciskać klatkę piersiową bez przerw na wentylację;

d) dokonać oceny rytmu po 2 minutach.

(6) Jeśli występuje uporządkowana aktywność elektryczna serca, należy sprawdzić tętno:

a) w przypadku obecności tętna należy rozpocząć opiekę poresuscytacyjną;

b) w przypadku braku należy kontynuować RKO, podać 1 mg adrenaliny dożylnie co drugą pętlę RKO (co około 3 – 5 minut);

c) jeśli podczas wykonywania RKO powrócą oznaki życia, należy sprawdzić rytm i spróbować wyczuć tętno[Deakin Ch. D. i wsp. 2010, s. 117 - 121].

Przykładem postępowania zespołu ratownictwa medycznego wobec pacjenta z NZK jest interwencja zespołu podstawowego[1] Oddziału Pomocy Doraźnej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie z dnia 1 maja 2014 roku.O godz. 13.35 dyspozytor Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR) w Brzozowie zlecił wyjazd zespołu podstawowego do pacjenta, u którego wystąpiła utrata przytomności. Należy dodać, że w tym czasie zespół specjalistyczny[2] udzielał pomocy innemu pacjentowi.

Po przybyciu na miejsce zespół ratownictwa medycznego zastał następującą sytuację. Pacjent lat około 60 leżał na trawie. Dwie osoby wykonywały w sposób prawidłowy podstawowe zabiegi resuscytacyjne, czyli uciskanie klatki piersiowej połączone z oddechami ratowniczymi (oddechy ratownicze powodowały unoszenie się klatki piersiowej, wyczuwalna fala tętna na tętnicy szyjnej w wyniku wykonywanych uciśnięć klatki piersiowej) w momencie przerwania reanimacji krążeniowo – oddechowej (RKO) występował brak tętna na tętnicy szyjnej oraz brak oddechu. Obecna w miejscu zdarzenia rodzina poinformowała, że NZK wystąpiło u pacjenta około 15 minut temu i natychmiast po wystąpieniu NZK została podjęta RKO.W związku z powyższym ratownik drugi (ratownik medyczny - kierowca) wykonywał uciśnięcia klatki piersiowej pacjenta, a w tym czasie ratownik pierwszy (pielęgniarz systemu) nałożył łyżki defibrylatora na klatkę piersiową chorego. W celu zapewnienia wentylacji pacjenta zastosowano worek samorozprężalny (ambu), który był obsługiwany przez jednego ze świadków zdarzenia. Po włączeniu defibrylatora i ocenie rytmu stwierdzono migotanie komór (VF). W związku z tym wykonano defibrylację energią 200 J, po czym podjęto natychmiast RKO w tempie 30 : 2 rozpoczynając od uciśnięć klatki piersiowej bez ponownej oceny rytmu i badania tętna. RKO kontynuowano przez 2 minuty, a następnie przerwano je w celu sprawdzenia rytmu na monitorze. Stwierdzono rytm zatokowy bez tętna na tętnicy szyjnej i obwodzie (PEA). W związku z tym ponownie zastosowano RKO w tempie 30 : 2. W tym czasie ratownik pierwszy uzyskał dostęp dożylny i podał 1 mg adrenaliny iv. Po 2 minutach RKO dokonano oceny rytmu. Stwierdzono rytm zatokowy oraz obecność tętna na tętnicy szyjnej i tętnicach obwodowych. W czasie oceny rytmu i tętna pacjent zaczął spontanicznie oddychać, a po chwili odzyskał przytomność. Pacjentowi podłączono tlen (maska tlenowa) i wezwano zespół specjalistyczny (pacjent po NZK i RKO nie może być przewożony przez zespół dwuosobowy). W oczekiwaniu na zespół „S" kontrolowano podstawowe parametry życiowe pacjenta (monitorowanie tętna - miarowe 80/min., liczbę i charakter oddechów - oddech prawidłowy 16/min., ciśnienie tętnicze krwi 120/80, akcja serca - rytm zatokowy, miarowy, saturacja krwi tętniczej oraz stan świadomości – prawidłowy). Chory nie pamiętał okoliczności bezpośrednio poprzedzających utratę przytomności, ale odpowiadał logicznie oraz pamiętał fakty dotyczące jego własnej osoby, przeszłości, członków rodziny, itp. Za wyjątkiem osłabienia organizmu pacjent nie zgłaszał innych dolegliwości.

O godz. 14.07 zespół „P" przekazał w/w pacjenta w stanie ogólnym dobrym zespołowi „S". Zespół specjalistyczny przetransportował chorego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Brzozowie, gdzie rozpoznano zawał mięśnia sercowego NSTEMI. Z SOR-u w Brzozowie pacjent został skierowany do Podkarpackiego Centrum Interwencji Sercowo – Naczyniowych w Sanoku, gdzie wykonano koronarografię i przezskórną interwencję wieńcową- PCI Cx/.MG z implantacją stentu DES. Z informacji własnych wynika, że po zakończeniu leczenia pacjent w pełni powrócił do zdrowia (brak ubytków neurologicznych)i dotychczasowej aktywności.

Podsumowując należy stwierdzić, że:

1) stosowanie obowiązujących procedur medycznych umożliwia skuteczne rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta oraz podjęcie szybkiego działania;

2) zastosowanie defibrylacji w mechaniźmie migotania komór spowodowało nie tylko utrzymanie pacjenta przy życiu, ale dodatkowo u chorego nie wystąpiły ubytki neurologiczne;

3) dzięki szybkiemu i sprawnemu podjęciu działań ratowniczych przez zespół ratownictwa medycznego pacjent otrzymał duże szanse na przeżycie oraz powrót do dotychczasowego funkcjonowania.

Opracował: mgr Artur Druciak,
specjalista pielęgniarstwa ratunkowego

Artykuł na podstawie pracy licencjackiej powstałej w ramach studiów na kierunku pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie. Promotorem pracy jest mgr Maria Zakrzewska

BIBLIOGRAFIA

1. Cebula G., Jankowski M.: *Nagłe zatrzymanie krążenia i wstrząs*. [W:] Interna Szczeklika. *Podręcznik chorób wewnętrznych*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2013, s. 134

2. Gajdosz R.: *Resuscytacja krążeniowo – oddechowa*. [W]: *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Zawadzki A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 17

3. Mróz A.: *Zaburzenia rytmu serca*. [W:] *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. Kaszuba D., Nowicka A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 208 - 209

4. Koster R.W. i wsp.: *Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED)*. [W:] *Wytyczne resuscytacji 2010*, Nolan J. P. i wsp. Fall, Kraków 2010, s. 76

5. Deakin Ch. D. i wsp.: *Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych*. [W:] Wytyczne resuscytacji 2010, Nolan J.P. i wsp. Fall, Kraków 2010, s. 117 - 121

[1] zespół P1 składający się w tym przypadku z dwóch osób, tj. pielęgniarza systemu i ratownika medycznego - kierowcy

[2] zespół S składający się w tym przypadku z trzech osób, tj. lekarza systemu, ratownika medycznego oraz ratownika medycznego - kierowcy

Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi operacyjnie z dystonią mięśniową

Wprowadzenie

Dystonia mięśniowa zaliczana jest do grupy zaburzeń układu pozapiramidowego, który jest częścią układu nerwowego zapewniającego automatyzm ruchowy oraz regulację postawy ciała i napięcia mięśniowego. Swoją rolę może spełniać dzięki prawidłowemu funkcjonowaniu neuroprzekaźników, których uszkodzenie, upośledzenie lub nieprawidłowa funkcja przyczynia się do zaburzeń procesów pobudzania i hamowania w układzie pozapiramidowym. Prowadzi to do występowania charakterystycznych zaburzeń w postaci spowolnienia ruchowego lub mimowolnej nadaktywności. Dystonia jest trzecią co do częstości występowania chorobą tego układu po chorobie Parkinsona i drżeniu samoistnym. Ze względu na charakter objawów w znacznym stopniu upośledza sprawność dotkniętych nią pacjentów, ogranicza wykonywanie podstawowych czynności dnia codziennego prowadząc często do inwalidztwa i izolacji społecznej [4,12].

Pojęcie dystonii wprowadził do medycyny Hermann Oppenhein w 1911 r., opisując dystonię jako deformację mięśniową. Jest chorobą postępującą, która dotyczy osób młodych i do niedawna była schorzeniem nieuleczalnym.

Charakteryzuje się występowaniem zaburzeń w postaci powtarzających się, mimowolnych i nieskoordynowanych ruchów pojedynczego mięśnia lub określonej ich grupy, które powodują skręcające ruchy, nienaturalną postawę ciała, ustawienie kończyny, głowy lub zmienionego wyrazu twarzy, co prowadzi do poważnych zaburzeń i zupełnej dysfunkcji części ciała objętej chorobą. Często są to mięśnie karku, tułowia, barku i kończyn a nawet całego ciała. Zdarza się również, że dystonia obejmuje mięśnie powiek czy struny głosowe, wówczas pacjent praktycznie nie widzi i może jedynie szeptać. Ruchy dystoniczne mogą mieć różny stopień nasilenia, czas trwania i w każdym przypadku mają indywidualny charakter. Objawy nasilają się w czasie stresu, wysiłku, najczęściej po rozpoczętej czynności lub pod wpływem emocji, ustępują natomiast w trakcie snu zarówno fizjologicznego jak i farmakologicznego. Objawom prowadzącym do nieprawidłowej sylwetki ciała lub nieskoordynowanego ruchu często towarzyszy ból. W ostrej dystonii może wystąpić jeden lub nawet kilka takich objawów jak nienaturalna pozycja ciała, skurcze mięśni żuchwy (np. grymasy, szczerzenie zębów), dysfunkcja języka (np. dysartria, wysunięcie języka), dysfagia, odchylenie gałek ocznych ku górze, dołowi lub na boki, nienaturalna pozycja kończyn lub tułowia [9,10].

Celem pracy jest przedstawienie opieki pielęgniarskiej nad chorymi z dystonią w okresie okołooperacyjnym.

Przegląd

Najbardziej klasyczną postacią dystonii uogólnionej jest uwarunkowana genetycznie dystonia torsyjna. Pierwsze objawy pojawiają się w wieku dziecięcym pod postacią zaburzeń postawy i trudności w chodzeniu, potem zmiany dotyczą kręgosłupa, gdzie jest on wygięty na bok, a część lędźwiowa ku przodowi. Stopniowo patologiczne skurcze obejmują coraz więcej mięśni i części ciała, którym towarzyszą wykręcające ruchy kończyn zarówno górnych jak i dolnych oraz głowy, szyi a także barków. Pojawiają się również grymasy twarzy w skutek czego mowa jest trudna do zrozumienia, zniekształcona a czasem zupełnie niemożliwa. Do dystonii uwarunkowanych genetycznie zaliczamy również dystonię wrażliwą na lewodopę. Objawy choroby pojawiają się w dzieciństwie w postaci dystonii stopy i związanymi z nią zaburzeniami chodu. Wraz z postępem choroby dystonia obejmuje kończyny górne, szyję i tułów. Najczęstszą postacią dystonii ogniskowej jest dystonia szyjna lub kręcz karku. Charakteryzuje się wzmożoną aktywnością i skurczami mięśni szyi, które prowadzą do zmiany ustawienia głowy np. pochylenie ku przodowi, tyłowi, na bok, w stronę barku lub w pozycji skośnej powodując szarpanie i wykręcanie głowy na wszystkie strony. Przyczyna choroby nie jest wyjaśniona a wiele obserwacji wskazuje, że ta postać dystonii najprawdopodobniej związana jest z czynnikiem genetycznym, lecz nie znaleziono genu odpowiedzialnego za powstanie tej dystonii [9].

Leczenie dystonii jest bardzo trudnym jak również mało skutecznym zadaniem ze względu na nieustalony jednoznacznie patomechanizm choroby. Prawie we wszystkich postaciach dystonii doustna farmakoterapia ma bardzo słabe efekty terapeutyczne i przynosi poprawę w początkowym okrasie choroby. Bardzo ważnym celem tej terapii jest eliminowanie bólu, który często towarzyszy dystonii. W większości postaci ogniskowej (kurcz powiek, kurcz pisarski, kurcz krtani, kręcz karku) zarówno leczeniem z wyboru jak i najczęstszym wskazaniem jest zastosowanie toksyny botulinowej, która dzięki swym właściwościom przyczynia się do częściowego lub całkowitego zniesienia objawów na okres kilku miesięcy. W wyniku ostrzyknięcia mięśni toksyna poraża przewodnictwo nerwowe i wywołuje paraliżujący efekt w promieniu ok. 4,5 cm. od miejsca wstrzyknięcia. W związku z tym płytka nerwowo - mięśniowa jest całkowicie nieczynna i objawy ustępują. Zazwyczaj po 10 - 12 tygodniach objawy pojawiają się ponownie na skutek regeneracji płytki nerwowo mięśniowej. Wówczas należy powtarzać wstrzyknięcia, które podawane zbyt często mogą przyczynić się do wytworzenia przeciwciał przeciwko toksynie. Zalecana przerwa pomiędzy kolejnymi dawkami wynosi co najmniej jeden, a najlepiej trzy miesiące. Częstość

podawania toksyny botulinowej uzależniona jest od rodzaju dystonii i stanu klinicznego pacjenta. Bardzo ważne jest dokładne ustalenie planu leczenia, wyznaczenie miejsc wstrzyknięć i określenia dawki preparatu dla każdego rodzaju dystonii [2].

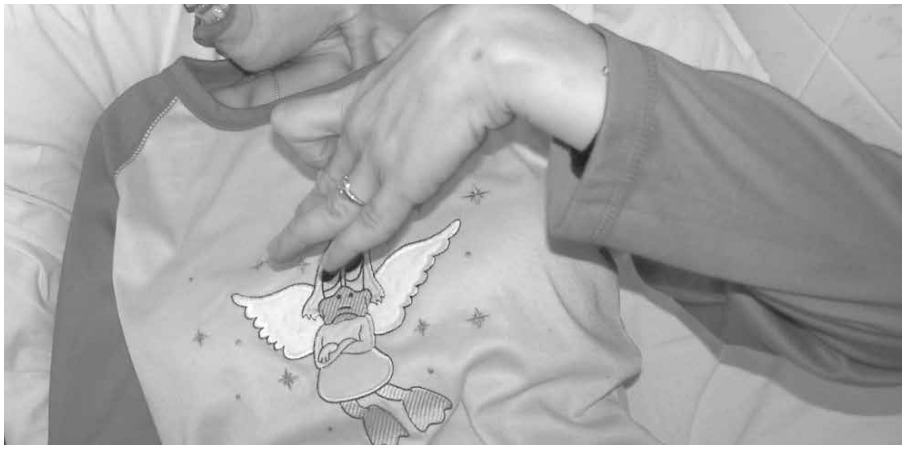
Gdy leczenie farmakologiczne i wstrzyknięcia toksyny botulinowej nie przynoszą pożądanego efektu terapeutycznego obok przypadków pierwotnie opornych na podawanie toksyny lub gdzie leczenie toksyną jest przeciwwskazane należy rozważać leczenie operacyjne poprzez wprowadzenie neurochirurgicznych zabiegów czynnościowych, które polegają na wyłączeniu nadaktywnych struktur układu pozapiramidowego oraz zapewnienia równowagi w jego zakresie.

Neurochirurgiczne zabiegi czynnościowe

Zabiegi z zakresu neurochirurgii czynnościowej polegają na wykonaniu palidotomii, talamotomii lub stymulacji struktur głębokich mózgu. Stereotaktyczna palidotomia jest zabiegiem, który polega na ablacji okolicy tylno- brzusznej części gałki bladej przyśrodkowej. Wykonanie tego zabiegu zmniejsza nadaktywność ruchową, poprawia sprawność ruchową, osłabia sztywność, zmniejsza dyskinezy. Natomiast stereotaktyczna talamotomia polega na ablacji jądra brzusznego pośredniego wzgórza. Wykonanie tego zabiegu zmniejsza drżenia. W przypadku dystonii procedura talamotomii została zastąpiona innymi zabiegami stereotaktycznymi jak np. palidotomią i stymulacją struktur głębokich mózgu. Aczkolwiek talamotomia jest metodą niezastąpioną w przypadkach gdzie objawami dominującymi są drżenia [5,6,11]

Opieka nad pacjentami z dystonią prowadzona jest przez przeszkolony zespół terapeutyczny, który uczestniczy w przygotowaniu do badań diagnostycznych tj. pobranie krwi, wykonanie EKG, RTG klatki piersiowej, oraz MRI i CT głowy. Pacjenci z dystonią wymagają ponadto krótkotrwałego znieczulenia dożylnego umożliwiającego wykonanie MRI oraz TK głowy z założoną ramą stereotaktyczną. Personel zapewnia pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego przed zabiegiem, przygotowanie fizyczne i psychiczne do zabiegu operacyjnego wg. procedur i standardów obowiązujących

Ryc. 1. Pacjentka z dystonią uogólnioną komunikująca się za pomocą notesu elektronicznego.



Ryc. 2. Pacjentka z objawami dystonii uogólnionej.

Ryc. 8. Zakładanie wkłucia do żyły obwodowej przy pomocy personelu i rodziny pacjenta.

na oddziale oraz opiekę po wykonanym zabiegu. Wykonywane czynności są niezwykle ważnym elementem opieki nad pacjentem, który poddany jest zabiegowi operacyjnemu. Bardzo ważne jest rozpoznanie stopnia nasilenia i lokalizacji ruchów dystonicznych oraz towarzyszącego im bólu. Na tej podstawie oceniany jest stopień, w którym czy można bezpiecznie wykonać szereg badań diagnostycznych. Często zdarza się, że do wielu czynności potrzebna jest pomoc innych członków zespołu terapeutycznego lub rodziny pacjenta, gdyż mimowolne i niezależne od pacjenta ruchy dystoniczne przyczyniają się do znacznego utrudnienia a niejednokrotnie uniemożliwienia prawidłowego ich wykonania przez jedną pielęgniarkę. Ze względu na występowanie u pacjentów ruchów mimowolnych wymagają oni współpracy dwóch pielęgniarek podczas pobierania krwi do badan diagnostycznych, zakładania wkłucia dożylnego celem infuzji płynów podawanych w okresie okołooperacyjnym, zapewnienia bezpieczeństwa oraz właściwego przygotowania do założenia ramy stereotaktycznej w znieczuleniu miejscowym [1,7,8,13].

Ważnym elementem opieki jest rozmowa z pacjentem przed zabiegiem mająca na celu wyjaśnienie wszelkich niezrozumiałych kwestii i wątpliwości, konieczności oraz celowości przygotowania przewodu pokarmowego, golenia pola operacyjnego jak również procedury zakładania ramy stereotaktycznej. Pielęgniarka udziela wszelkich informacji medycznych zgodnie z aktualną wiedzą i ze swoimi kompetencjami.

Pacjenci po palidotomii i talamotomii oraz głębokiej stymulacji mózgu wymagają monitorowania i ciągłej obserwacji parametrów życiowych przez pierwsze 24 godziny oraz zastosowania terapii przeciwbólowej. Po zabiegu pacjent umieszczony jest na sali intensywnego nadzoru. Górna połowa ciała pacjenta ułożona jest pod kątem 30º, monitorowane są jego podstawowe parametry takie jak tętno, ciśnienie tętnicze, oddech, temperatura, stan świadomości oraz szerokość źrenic. Obserwacji wymaga wygląd rany pooperacyjnej oraz opatrunku. Pielęgniarka podaje leki zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich, dokonuje oceny pod kątem wystąpienia powikłań pooperacyjnych lub innych zaburzeń oraz nieprawidłowości, o których niezwłocznie powiadamia lekarza [14,15]

Objawy dystonii mogą mieć różnorodne następstwa w funkcjonowaniu chorych. Ważnym wyznacznikiem niepełnosprawności funkcjonalnej jest stopień w jakim objawy wpływają na funkcje ruchowe i czynności życia codziennego. Dystonia, szczególnie z bardzo nasilonymi objawami, przynosi szereg ograniczeń w życiu chorego, powodując utratę samodzielności a tym samym pogorszenie jakości życia i znaczny deficyt samoopieki, przejawiający się trudnością lub nie pełną sprawnością w wykonywaniu prostych czynności z zakresu higieny osobistej, spożywania posiłków, ubierania się, komunikowania oraz wielu innych czynności uzależniających chorego od otoczenia a także zaangażowania najbliższych w opiekę nad chorym. Pielęgniarka rozpoznaje indywidualne potrzeby pacjenta i ocenia nastawienie do stosowanej terapii, leczenia operacyjnego, akceptacji istniejącej jednostki chorobowej oraz czy poza pomocą lekarza i pielęgniarki pacjent potrzebuje również pomocy ze strony rodziny lub innych członków zespołu terapeutycznego. Działania te obejmują wnikliwą obserwację pacjenta i występujących objawów dystonii jak również ochronę przed powikłaniami, które mogą być następstwem tej choroby. Niekontrolowane i niezależne od pacjenta ruchy dystoniczne mogą być przyczyną wielu urazów lub upadków. W celu zapewnienia bezpieczeństwa bardzo ważny jest nadzór nad pacjentem, asekuracja i pomoc podczas wykonywania wszystkich czynności dnia codziennego. Zapewniając bezpieczeństwo pacjentowi należy zwrócić również uwagę na bezpieczeństwo własne. Czasem zdarza się, że podczas czynności pielęgnacyjnych, działań rehabilitacyjnych lub leczniczych członkowie zespołu terapeutycznego mogą doznać niespodziewanych urazów ze strony pacjenta. Podejmowane zabiegi i czynności zmierzają do zminimalizowania trudności i deficytu w zakresie samoopieki. Opiekując się pacjentem z dystonią pielęgniarka powinna posiadać zdolność empatii oraz wykazywać ogromną cierpliwość, wyrozumiałość, tolerancję, życzliwość jak również akceptację chorego, elastyczność w zachowaniu i pozbycie się wszelkich uprzedzeń. Ważne jest nawiązywanie kontaktu werbalnego jak i pozawerbalnego, gdyż w określonych przypadkach pacjent wypowiada jedynie pojedyncze dźwięki a mowa jest bardzo niezrozumiała lub w ogóle nie możliwa.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

1. Opieka pielęgniarska nad chorymi z dystonią wymaga indywidualnego podejścia do każdego pacjenta.

2. U pacjentów z dystonią istotną rolę odgrywa multidyscyplinarna opieka i współpraca całego zespołu terapeutycznego.

3. Opiekę nad pacjentami z dystonią prowadzi specjalnie przeszkolony personel medyczny, który uczestniczy w przygotowaniu do badań diagnostycznych. Personel zapewnia pomoc w wykonaniu podstawowych czynności dnia codziennego oraz w przygotowaniu fizycznym i psychicznym do zabiegu operacyjnego.

Anna Raszka
mgr pielęgniarstwa
Klinika Neurochirurgii
10 Wojskowego Szpitala
Klinicznego z Poliklinika
w Bydgoszczy.

Przedruk z biuletynu informacyjnego
OIPiP w Bydgoszczy Nr 3/1014

Informacja dotycząca gorączki wirusowej Ebola (EVD)

W związku z trwającą od lutego 2014 r. w 3 krajach Afryki: Gwinei, Liberii i Sierra Leone epidemią gorączki Ebola (EVD), w ostatnim okresie wystąpiły również pojedyncze przypadki zawleczenia tej choroby do krajów umiarkowanej strefy klimatycznej (2 przypadki do USA). W Hiszpanii wystąpił ponadto przypadek zakażenia szpitalnego od chorego przetransportowanego z Afryki na planowe leczenie. Do chwili obecnej nie wystąpiły natomiast przypadki zawleczeń do Anglii, Francji, Belgii tj. krajów, które łączą szczególnie intensywne kontakty społeczne-gospodarczo z krajami objętymi epidemią. Obecne ryzyko zawleczenia Eboli do Polski jest niezwykle niskie, nie może być jednak całkowicie wykluczone.

1. Sytuacja epidemiologiczna w Gwinei, Liberii i Sierra Leone

W 3 krajach Afryki Zachodniej choroba szerzy się obecnie na rozległych obszarach tych państw w rozmiarach epidemicznych. Wg danych WHO (z dnia 17.10.2014 r.) od początku epidemii liczba zachorowań, w tym zgonów była następująca:

Obszar epidemiczny	**Zachorowania**	**w tym zgony**
Gwinea	1519	862
Liberia	4262	2484
Sierra Leone	3410	1200
Zachorowania lokalne (tereny wiejskie)	**Zachorowania**	**w tym zgony**
Demokratyczna Republika Konga	68	49
Łącznie	9259	4595

W związku z powyższym zdecydowanie odradza sie podróżowanie do ww. 3 krajów do czasu ustania w nich epidemii Gorączki Ebola.

Przypadki w Demokratycznej Republice Kongo (d. Zair - ze stolica w Kinszasa, nie mylić z Republiką Kongo ze stolicą z Brazzaville) są obecnie ograniczone do terenów wiejskich i nie objęły miast. Są one wywołane przez szczep wirusa Ebola-Sudan i nie są powiązane epidemiologiczne z obecnie trwającą epidemią w ww. 3 krajach Afryki Zachodniej, gdzie występuje szczep Ebola-Zair.

2. Postępowanie w przypadku pobytu na obszarach występowania Eboli

Zdecydowanie odradza się obecnie podróżowanie do 3 krajów objętych występowaniem zachorowań na Ebolę w rozmiarach epidemicznych tj. Gwinea, Liberia i Sierra Leone. W przypadku, gdy przełożenie podróży nie jest możliwe, w celu uzyskania profesjonalnej porady lekarskiej w zakresie zagrożeń epidemiologicznych w tych krajach oraz możliwości profilaktyki przeciw chorobom innym niż Ebola (profilaktyce przeciw malarii oraz szczepieniom przeciw żółtej gorączce), należy przed wyjazdem skontaktować się z lekarzem medycyny podróży lub lekarzem medycyny tropikalnej, najlepiej nie- później niż 4 - 6 tyg. przed planowaną podróżą. Pozwoli to na przyjęcie zalecanej przez lekarza profilaktyki w terminie umożliwiającym osiągnięcie odpowiedniego poziomu odporności przeciw żółtej gorączce i malarii. Nie istnieje natomiast ani szczepionka, ani profilaktyka farmakologiczna przeciw Eboli. W dbałości o bezpieczeństwo w czasie podróży zachęcamy do korzystania z systemu e-konsulat na stronie intenetowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych https://secure.e-konsulat.gov.pl/

Zgodnie z zaleceniami (WHO, ECDC, CDC) podróżujący powinni w najwyższym stopniu zachować następujące środki ostrożności:

- przestrzegać zasad higieny rąk,
- unikać wszelkich kontaktów z osobami chorymi lub ciałami osób zmarłych,
- unikać wszelkich kontaktów z dzikimi zwierzętami (w szczególności z małpami, gatunkami leśnych antylop, gryzoniami, nietoperzami), również z ciałami padłych zwierząt,
- nie spożywać mięsa dzikich zwierząt,
- dokładnie myć i obierać warzywa oraz owoce przed ich spożyciem,
- unikać przygodnych kontaktów płciowych - w przypadku podjęcia związanego z nimi ryzyka stosować zabezpieczenia,
- zrezygnować z odwiedzania miejsc bytowania nietoperzy (np. jaskiń, kopalni, schronów).

W razie zachorowania w trakcie pobytu należy natychmiast poprosić o pomoc lekarską.

3. Postępowanie w przypadku wystąpienia gorączki oraz innych objawów po powrocie z 4 krajów występowania Eboli

W przypadku wystąpienia, w okresie do 21 dni od ostatniego dnia pobytu w 4 krajach: Gwinei, Liberii, Sierra Leone oraz Demokratycznej Republice Konga (d. Zair), co najmniej jednego z następujących objawów: gorączka >38.5'C, nasilony, utrzymujący się ból głowy, bóle mięśni, wymioty, biegunka, ból brzucha, nie mające innych przyczyn krwawienia/wylewy krwi (np. podskórne, w obrębie błon śluzowych, siniaki) należy pozostać w domu, unikać kontaktu z innymi domownikami, oraz zadzwonić niezwłocznie pod numer 112 lub 999 w celu uzyskania od dyspozytora medycznego informacji o dalszym postępowaniu (patrz: Procedura postępowania dla dyspozytora medycznego Państwowego Ratownictwa Medycznego).

4. Sposób szerzenia się wirusa

Przeniesienie wirusa Ebola następuje przez bezpośredni kontakt z krwią, wydzielinami i wydalinami osoby zakażonej. W przypadku bliskiego kontaktu z chorym twarzą w twarz -personel medyczny musi zabezpieczać twarz (błony śluzowe oczy, nos i ust) przed przeniesieniem wirusa na bliską odległość (do 1 m) w wyniku zachlapania lub aerolizacji wydzielin chorego. Osoba zakażona staje się zakaźna dopiero po wystąpieniu obja-

wów. Natomiast w odróżnieniu do wirusa odry, ospy wietrznej lub grypy wirus Ebola nie szerzy się drogą powietrzną. Transmisja wirusa Ebola możliwa jest również od osoby zmarłej z powodu zakażenia oraz od zakażonych/padłych zwierząt takich jak: małpy czy nietoperze. Maksymalny okres wylęgania choroby (inkubacji) wynosi do 21 dni od chwili kontaktu ze źródłem zakażenia.

5. Sytuacja epidemiologiczna w pozostałych krajach regionu

Ostatni przypadek zachorowania na Ebolę w Nigerii i Senegalu odnotowany został 31 sierpnia 2014 r. Ze względu, że od ostatniego zachorowania upłynął już czas równy najdłuższemu okresowi wylęgania, należy uznać że transmisja wirusa w tych 2 krajach została przerwana. W okresie wcześniejszym w Nigerii wystąpiło łącznie 20 przypadków, w tym 8 śmiertelnych. W Senegalu odnotowano 1 przypadek. Każdorazowo przy wyjeździe należy mieć na uwadze, że obszary Afryki równikowej są terenem stałego występowania niebezpiecznych chorób tropikalnych: wirusowych gorączek krwotocznych takich jak Lassa, żółta gorączka, a także chorób przenoszonych przez owady (m.in. malaria) oraz drogą pokarmową: dur brzuszny, szigeloza (czerwonka bakteryjna).

Opracowano na podstawie materiałów WHO, CDC, ECDC z dnia 15 października 2014 r. Więcej informacji nt. bieżącej sytuacji w Gwinei, Liberii, Sierra Leone, Nigerii i Senegalu dostępnych jest tu:
http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/outbreak-news.html
http://www.ecdc.europa.8u/en/healthtopics/ebola_marburg_fever3/Pages/index.aspx
http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/guinea/Index.html
Pobrano ze strony internatowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Gorączka Ebola informacja dla lekarzy POZ i służb medycznych

Gorączka krwotoczna Ebola (ang. EVD Ebola Virus Disease) jest chorobą wywołaną przez wirus z rodziny Filoviridae rodzaju Ebolavirus (EBOV). Epidemia EVD w Afryce Zachodniej (Gwinea, Sierra Leone, Liberia i Nigeria) wywołana jest przez gatunek Zaire ebolavirus. Informację o aktualnej liczbie przypadków EVD, krajach objętych epidemią oraz sytuacji epidemiologicznej i rekomendacjach znajdują się na stronie NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl) i na stronie GIS (www.gis.gov.pl).

Epidemiologia zakażeń wirusem Ebola:

Ogniska epidemiczne EVD zaczynają się od jednej lub kilku osób zakażonych przez kontakt z rezerwuarem wirusa, a następnie zakażenia szerzą się wśród ludzi. Poprzednie ogniska EVD miały ograniczony charakter, a największe z nich odnotowano w 2000 r. w Ugandzie (425 przypadków). Obecne trwające ognisko w Afryce Zachodniej rozpoczęło się w Gwinei i jest największe pod względem liczby przypadków, obszaru jaki zajmuje oraz rozpowszechnienia wystąpienia zakażeń. Zachorowania na EVD odnotowuje się obecnie również na terenie Demokratycznej Republiki Kongo. Zachorowań tych nie wiąże się jednak z epidemią EVD w Afryce Zachodniej. Ryzyko zawleczenia gorączki Ebola do Europy, w tym Polski jest bardzo niskie.

Objawy EVD. Początkowe objawy są niespecyficzne -gorączka powyżej 38,5°C, znaczne osłabienie, bóle mięśni i stawów. Objawy początkowo przypominają inne znacznie częściej występujące choroby związane z pobytem w tropikach - malaria (zwłaszcza Pl. falciparum), dur brzuszny, inwazyjna choroba meningokokowa (IchM), zapalenie płuc. W ciągu około 5 dni od pierwszych objawów może pojawić się znacznie nasilona wodnista biegunka, z wymiotami, połączona z bólami brzucha. Od 5 do 7 dnia choroby może pojawić się rozsiana wysypka grudkowo-rumieniowa na twarzy, szyi, tułowiu i ramionach. W przebiegu choroby może dojść do krwawienia, masywnych krwotoków, niewydolności wielonarządowej i zgonu. U tych chorych ciężkie objawy pojawiają się wcześniej w trakcie choroby, a do zgonu dochodzi pomiędzy 6 a 16 dniem choroby. Śmiertelność w przebiegu zakażenia EVD w trakcie tej epidemii wynosi około 55%, ale w Gwinei sięga 75%. Leczenie objawowe u pacjentów hospitalizowanych obniża śmiertelność.

Szerzenie się EVD. Okres inkubacji choroby wynosi od 2 do 21 dni. Do zakażenia może dojść w wyniku bezpośredniego kontaktu z: krwią lub innymi płynami ustrojowymi oraz wydzielinami i wydalinami żywych lub martwych osób zakażonych; lub przedmiotami skażonymi wymienionym wyżej materiałem biologicznym, a także przy bezpośrednim kontakcie ze zwłokami chorych na EVD. Mimo iż EBOV nie przenosi się drogą powietrzną, przy bliskim kontakcie (twarzą w twarz) z chorym nie można wykluczyć zakażenia drogą kropelkową. Zakaźni mogą być również mężczyźni podczas kontaktów seksualnych w okresie do 7 tygodni po ich wyleczeniu. W krajach, w których stwierdzono obecność EBOV u zwierząt (Afryka Zachodnia, Środkowa i Wschodnia) zakażenie u ludzi może być też następstwem kontaktu z żywymi lub martwymi zwierzętami (najczęściej małpy, antylopy, nietoperze), a także spożyciem ich surowego lub półsurowego mięsa jak również innych produktów bezpośrednio skażonych wydzielinami i wydalinami tych zwierząt.

Środki ochrony. Podczas kontaktu z osobami podejrzanymi o zakażenie EBOV, u których wystąpiły objawy EVD, wymagane jest stosowanie środków ochrony osobistej, które zabezpieczają personel medyczny przed bezpośrednim kontaktem z płynami ustrojowymi, wydzielinami i wydalinami chorego, a w tym także stosowanie środków ochrony dróg oddechowych i oczu (Załącznik A). Należy również ograniczyć kontakt z tymi osobami do niezbędnego minimum. Uważa się, że osoby podejrzane o zakażenie EBOV, u których nie doszło jeszcze do wystąpienia żadnego z objawów choroby nie stwarzają wysokiego ryzyka zakażenia dla osób z otoczenia.

EBOV jest wrażliwy na działanie środków dezynfekcyjnych zarejestrowanych dla obszaru medycznego na podstawie badań potwierdzających ich właściwości wirusobójcze. Informacja

o właściwościach wirusobójczych środka i dezynfekcyjnego umieszczana jest zazwyczaj na etykietach. I Środki dezynfekcyjne muszą być stosowane ściśle i z zaleceniami producenta. Dodatkowo można też stosować naświetlanie powierzchni światłem UV.

Klasyfikacja przypadków EVD. Aktualna definicja przypadku EVD dostępna jest na stronie NIZP-PZH lub GIS. Definicja ta może podlegać aktualizacji. Każda osoba, która i spełnia kryteria przypadku podejrzanego lub potwierdzonego i o zakażenie EBOV i EVD powinna zostać objęta dochodzeniem epidemiologicznym.

Postępowanie z osobami powracającymi z Afryki Zachodniej Ogólny Schemat postępowania w zależności od i rodzaju narażenia osoby na zakażenie EBOV podano w Załączniku 1.

Ze względu na ciężki przebieg zachorowań EVD konieczne jest jak najszybsze poddanie izolacji osób chorych, podejrzanych o zakażenie wirusem EBOV (osoba objawowa), a w przypadku osób zdrowych, u których doszło do narażenia na zakażenie EBOV (osoba bezobjawowa narażana na zakażenie EBOV), wskazane jest poddanie ich indywidualnej kwarantannie. Procedury przesyłania pacjentów do odbycia kwarantanny oraz miejsca odbywania kwarantanny wyznaczone są w każdym województwie i znane są zarówno Centrum Zarządzania Kryzysowego każdego województwa jak i odpowiednim Powiatowym oraz Wojewódzkim Stacjom Sanitarno-Epidemiologicznym.

Osoba zdrowa, u której nie doszło do narażenia na zakażenie EBOV (osoba bezobjawowa bez narażenia na zakażenie EBOV), a która powróciła z kraju w którym odnotowano przypadki EVD nie wymaga kwarantanny i po pouczeniu o konieczności bacznej obserwacji stanu zdrowia i niezwłocznym poinformowaniu o wystąpieniu niepokojących objawów dyspozytora ratownictwa medycznego (tel. 999 / 112) celem uzyskania ewentualnej pomocy medycznej, nie wymaga stosowania ograniczeń swobody przemieszczania się.

W przypadku osoby z objawami, podejrzanej o EVD, która stawiła się w szpitalu/placówce ochrony zdrowia osobiście należy ją niezwłocznie poddać izolacji. Gdy taka osoba zgłosi się telefonicznie do szpitala/placówki medycznej należy przekierować ją bezpośrednio do dyspozytora ratownictwa medycznego i zalecić bezwzględne pozostanie w domu do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego. W przypadku osób, u których lekarz podejrzewa zakażenie wirusem EBOV konieczne jest przeprowadzenie diagnostycznego badania laboratoryjnego celem uzyskania potwierdzenia zakażenia. Przypadek można uznać za potwierdzony, gdy u chorego stwierdzi się obecność kwasu nukleinowego EBOV. Gdy wynik badania przypadku prawdopodobnego jest negatywny badanie należy powtórzyć po 3 dniach od pierwszego badania. Negatywny wynik drugiego badania może stanowić podstawę dla lekarza chorób zakaźnych do decyzji czy pacjent nadal powinien pozostać w izolacji (do końca 21 dniowego okresu obserwacji) czy można go umieścić w indywidualnej kwarantannie szpitalnej. Ponadto lekarz niezależnie od rozpoznania innych chorób (np. malarii, dengi, itd.) powinien zdecydować o dalszym badaniu laboratoryjnym pacjenta w kierunku EBOV i częstości wykonywania takich badań (w częstości badań należy uwzględnić: poprawę stanu zdrowia pacjenta poddanego leczeniu etiologicznemu, wystąpienie dodatkowego objawu lub prowadzenie regularnego badania monitorującego).

Badanie diagnostyczne w kierunku EBV. Narodowy Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH wykonuje badania molekularne metodą RT-PCR w kierunku zakażenia wirusem Ebola. **Badania wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania ze szpitala** przesłanego wraz z próbkami materiału klinicznego pobranymi od chorego. Koszt badania to 650 zł, wynik po 24-72 godzinach od dostarczenia próbki. **Badanie może być wykonywane tylko u tych pacjentów, u których wystąpiły objawy kliniczne** zgodne z przyjętą definicją gorączki Ebola, a okres od wystąpienia pierwszego z objawów wynosi 3 lub więcej dni. Przeprowadzenie badania u osoby w okresie inkubacji, u której nie wystąpiły objawy, prowadzi do uzyskania wyniku nierozstrzygającego, co oznacza, że w przypadku wyniku negatywnego nie może on stanowić podstawy do wykluczenia zakażenia wirusem Ebola.

Pobranie i przesłanie materiału w kierunku EBOV. Do chwili ogłoszenia stałego dyżurowania NIZP-PZH wykonuje badania w kierunku EBOV od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-15:00. Przed przesłaniem materiału do badania wymagany jest kontakt telefoniczny z Zakładem Wirusologii NIZP-PZH (tel.22-5421230). Szczegółowy opis zasad pobrania i transportu materiału do badań znajduje się na stronie www.pzh.gov.pl w zakładce EBOLA (Załącznik 3). Przesyłkę z materiałem kierować na adres: Zakład Wirusologii, Narodowy Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, z dopiskiem **„Badanie EBOV"** lub **„Badanie Ebola".**

Informację opracował zespół ekspertów składający się z pracowników NIZP - PZH i GIS pod kierownictwem prof. dr hab. Mirosława J. Wysockiego, Dyrektora NIZP-PZH przy udziale Konsultantów Krajowych: Prof. dr hab. Andrzeja Horbana (choroby zakaźne) i Dr Iwony Paradowskiej -Stankiewicz (epidemiologia).
29.08.2014

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60
www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl
REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60
PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa
DRUK: HEDOM, Krosno. Korekta redakcji.
Nakład egz. 600, numer oddano do druku 04 XII 2014 roku.

Nagrody dla Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie

Zarząd i pracownicy Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie z przyjemnością informują, iż kolejny raz zostaliśmy wyróżnieni: Certyfikatem „WIARYGODNA FIRMA WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO 2014" oraz nagrodą „EFEKTYWNA FIRMA 2012".

Certyfikat „Wiarygodna Firma Województwa Podkarpackiego" przyznawany jest przez Izby Przemysłowo-Handlowe w Rzeszowie od 2002 roku, pod honorowym patronatem marszałka województwa. Wyróżnienie to jest świadectwem rzetelności i solidności firmy oraz gwarancją prestiżu i wysokiej pozycji. Certyfikat Wiarygodności może otrzymać firma, która cieszy się pozytywną opinią w środowisku ekonomicznym, osiąga wysokie wyniki finansowe, a także wywiązuje się z wszelkich zobowiązań podatkowych, także względem kontrahentów oraz pracowników. W roku 2014 przyznano jedynie 31 takich wyróżnień.

Certyfikat wręczono w dniu 17 czerwca 2014 r. w Filharmonii Podkarpackiej. Nagrodę z rąk Marszałka Województwa Podkarpackiego odebrała Prezes Zarządu OKPPiP - dr n. hum. Joanna Przybek-Mita, Wiceprezes Zarządu - mgr Renata Kilar oraz główny księgowy - mgr Grzegorz Buczyński. Kapituła przyznająca Certyfikat uznała firmę OKPPiP za wiarygodnego partnera biznesowego województwa podkarpackiego na okres od 17.06.2014 do 16.06.2015 r. Nagroda została przyznana naszej firmie po raz czwarty.

Podczas V ogólnopolskiej edycji Konkursu „Efektywna Firma" jesienią 2013 roku, Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie, został uhonorowany statuetką oraz dyplomem „Efektywna Firma 2012" za wysoką efektywność działania. Nagrody te przyznawane są przez Instytut Nowoczesnego Biznesu w Warszawie oraz Redakcję Magazynu Przedsiębiorców „Europejska Firma" od 2008 r. INB policzył średnią ze stosunku zysku netto do przychodów w latach 2008, 2009, 2010 i 2011. Przedsiębiorstwa, w których ta średnia w latach 2008-2011 wyniosła minimum 5 proc., zostały uznane za efektywne i otrzymały tytuł „Efektywna Firma 2012". Jest to już trzecie takie wyróżnienie dla naszego Ośrodka, który zdobył dotychczas tytuł „Efektywna Firma" za lata: 2010 i 2011. Nagroda ta jest wyrazem dynamicznego rozwoju oraz stabilności finansowej Spółki.

Dyplom wraz ze statuetką odebrała Prezes Zarządu OKPPiP - dr n. hum. Joanna Przybek - Mita, Wiceprezes Zarządu - mgr Renata Kilar, Wiceprezes Zarządu - mgr Dorota Kokoszka, główny księgowy - mgr Grzegorz Buczyński wraz z pełnomocnikami Zgromadzenia Wspólników OKPPiP: Agnieszką Wilusz, Ewą Poniatowską, Dorotą Liput, Barbarą Marczak.

Nagrody zdobyte przez OKPPIP Sp. z o.o. świadczą o stałym dynamicznym rozwoju firmy. Potwierdzają tak ważną w naszej branży wiarygodność i rzetelność. Cieszymy się, że nasza ciężka praca zyskała uznanie w postaci prestiżowych wyróżnień. Korzystając z okazji pragniemy podziękować wszystkim za ciężką pracę i wysiłek oraz zaangażowanie w funkcjonowanie i rozwój Ośrodka.

Życzymy Państwu i sobie wielu dalszych sukcesów.

Zarząd i pracownicy OKPPIP w Rzeszowie