

MIESIĘCZNIK **BIULETYN**
INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

*Życzymy
wspaniałych
wakacji*

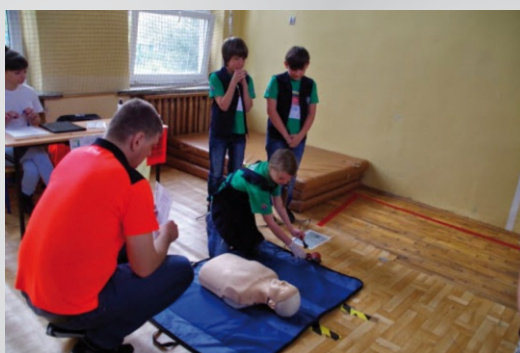


Czerwiec 2014r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Międzyszkolny konkurs Pierwszej pomocy przedmedycznej „Umiemy i chcemy ratować”

Szkoła podstawowa nr 24 im. J.M. Szancera w Częstochowie.



W NUMERZE:

NRPiP, Minister Zdrowia

NFZ

OIPiP

Gazeta Prawna

Prace autorskie

Informacje

Kondolencje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

Adres Redakcji (siedziba Izby):
UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

Ośrodek szkoleniowy:
tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czest.pl

MILLENNIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

Napisz:

- gratulacje
 - podziękowania
 - kondolencje
 - artykuły,
- a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.

Zdjęcia pobrano z galerii zdjęć na stronie internetowej w/w szkoły
<http://justynalesska.pl/SP24/>

**NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH**
**Naczelna Rada Pielęgniarek
i Położnych**

Warszawa, 31 marca 2014 r.

Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

W związku z postulatem zgłoszonym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu RP. w dniu 27 marca 2014 r., które poświęcone było kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, wnosimy o wprowadzenie zmiany § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2012. poz. 1545) w następującym brzmieniu:

Minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2014 r."

Jednocześnie NRPiP wnioskuję o powołanie przez Pana Ministra formalnego zespołu ds. nowelizacji zapisów dotyczących powyższego rozporządzenia.

W opinii NRPiP konieczne jest wydłużenie do 31 grudnia 2014r. okresu obowiązywania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustalonych przed wejściem w życie powyższego rozporządzenia. Należy podkreślić bowiem, iż rozporządzenie w obecnym kształcie nie pozwala na prawidłowe obliczenie zapotrzebowania na etaty pielęgniarek i położnych w szpitalach. Wprowadzone zapisy stanowią także istotne zagrożenie dla bezpieczeństwa chorych, jak i powodują wysoki stopień wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych.

Należy wskazać, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie podnosiła zastrzeżenia co do obowiązującego rozporządzenia m.in. w zakresie:

- braku wyliczonych czasów opieki bezpośredniej,
- obniżenia czasu czynności pośrednich z 50% do 25% czasu pielęgnacji bezpośredniej.
- braku zapisu o obsadzie pielęgniarek/położnych w oddziale lub innej jednostce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie mniejszej niż 2 pielęgniarki położne na zmianę,
- braku zapisu: 2 pielęgniarki do zabiegu operacyjnego na jeden czynny stół operacyjny, czyli operowanego pacjenta.
- braku wskaźników dla nowotworzonych, restrukturyzowanych oddziałów szpitalnych lub oddziału szpitalnych i komórek organizacyjnych w trakcie reorganizacji

Pomimo zgłaszanych uwag do chwili obecnej zapisy przedmiotowego rozporządzenia pozostały niezmienione.

Należy podkreślić, iż zasadniczym celem NRPiP jest wprowadzenie w powyższym rozporządzeniu zapisów, które pozwolą na wskazanie takiej liczby pielęgniarek i położnych która zagwarantuje bezpieczeństwo chorym i pracownikom, a jednocześnie podmioty lecznicze na wielomilionowe straty związane z zaniedbaniami w zakresie realizacji opieki pielęgniarskiej i położniczej. ■

z poważaniem
Wiceprezes NRPiP
Teresa Kuziara

MINISTER ZDROWIA

Szanowna Pani
Grażyna Rogala -Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Pani Prezes
Uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia skierował pismo do podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami w sprawie udzielenia informacji o efektach wdrożenia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Na udzielenie informacji podmioty lecznicze będą miały czas 3 tygodnie. Następnie po dokonaniu analizy i oceny realizacji przepisów art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r- o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.) i przepisów wymienionego rozporządzenia, zebrane informacje i wyniki analizy zostaną przedstawione Państwu podczas spotkania, którego termin zostanie ustalony z Panią Prezes. ■

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 1 kwietnia 2014 r.

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo
W dniu 31 marca 2014 r. na posiedzeniu Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zostało przedstawione stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie udzielenia informacji o efektach wdrożenia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (pismo w załączniku). Uprzejmie informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podtrzymuje swoje dotychczasowe postulaty zgłoszone podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia w dniu 27 marca 2014r. O przebiegu dalszych prac będziemy na bieżąco Państwa informować. ■

Prezes
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

MINISTER ZDROWIA

MZ-PP-077-2794-288/IG/14

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes
W nawiązaniu do ustaleń poczynionych w trakcie dzisiejszego spotkania pragnę zaprosić Panią Prezes do udziału w pracach Zespołu, którego zadaniem będzie przeprowadzenie analizy danych dotyczących praktycznej realizacji przez podmioty

lecnicze posiadające w swojej strukturze łóżka szpitalne przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545). Jednocześnie proszę o wskazanie dwóch dodatkowych przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych, którzy wraz z Panią będą uczestniczyć w pracach Zespołu. Przedmiotowy Zespół dokona oceny materiału przekazanego przez dyrektorów szpitali i na tej podstawie opracuje opinię dla Ministra Zdrowia na temat faktycznych skutków wdrożenia rozporządzenia.

W załączeniu przekazuję również propozycję szablonu ankiety, która zostanie skierowana do podmiotów leczniczych oraz zwracam się z uprzejmą prośbą o jej zaopiniowanie w możliwie najszerszym terminie. ■

Rozporządzenie dotyczące norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych musi ulec zmianie

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od początku pojawienia się rozporządzenia dotyczącego minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, wskazywała na olbrzymie niedociągnięcia, które w nim wystąpiły, a także na fakt, że odbiega ono od procedowanego projektu, który miał przybrać kształt dokumentu prawnego. Ostatecznie Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz zaapelował do dyrektorów szpitali, aby wstrzymali się z realizacją wydanego rozporządzenia. Decyzja ta jest zapewne efektem naszej wielomiesięcznej pracy: dyskusji, nacisków, pokazywania argumentów.

Nie wydaje się prawdziwe stwierdzenie urzędnika Ministra Zdrowia (na którą powołuje się Rzeczpospolita w artykule: Szpital z ułamkiem pielęgniarki), a jeżeli rzeczywiście tak byłoby, to pod znakiem zapytania pozostaje kwestia jakości zarządzania zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych. Wypowiedź ta może wskazywać jednoznacznie, że dyrektorzy szpitali nie zapewniali nawet minimalnej liczby pielęgniarek i położnych w swoich podmiotach. Należy pamiętać, że pielęgniarki i położne rozpoczęły pracę nad narzędziem do planowania obsad pielęgniarskich dostrzegając tendencję do przeprowadzania restrukturyzacji drogą zwolnień pielęgniarek i położnych, co stanowiło zagrożenie przede wszystkim dla bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych. Nadal uważamy, że obowiązkiem każdego dyrektora podmiotu niezależnie od jego formy organizacyjnej jest zapewnienie przynajmniej minimalnej obsady pielęgniarek, położnych, a także innych pracowników medycznych i stałe dążenie do poprawy jakości opieki. Celem zarządzających podmiotami leczniczymi powinno być bezpieczeństwo pacjenta, pracownika i podmiotu. Efektem niewłaściwego podejścia do planowania liczby i struktury pracowników medycznych będzie szereg zdarzeń niepożądanych, wypadków przy pracy i w konsekwencji obniżenie pozycji podmiotu na rynku świadczeń zdrowotnych. ■

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Minister zdrowia apeluje, żeby nie zwalniać pielęgniarek

Resort zwrócił się do szpitali, by nie stosowały nowych przepisów dotyczących norm zatrudnienia tej grupy pracowników. Jeżeli to zrobią, w ich placówkach może zabraknąć personelu. Pielęgniarki są zadowolone, że resort zdrowia wysyłając do dyrektorów placówek list z prośbą o wstrzymanie się ze zmianami kadrowymi, w nieformalny sposób wstrzymał swoje własne przepisy. Przekonują, że przepisy działały zdecydowanie na ich niekorzyść, a pośrednio również ze szkodą dla pacjentów. Ale zadają pytanie, po co w ogóle weszły one w życie, jeżeli samo ministerstwo dostrzega teraz ich wady.

Normy w zawieszeniu

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych (Dz.U. poz. 1545) weszło w życie 1 stycznia 2013 r. Zgodnie z zapisami szpitale miały przez ponad rok wyliczyć nowe wskaźniki zatrudnienia dla swoich placówek. Obowiązują one od kwietnia 2014 r.

Środowiska pielęgniarskie od początku protestowały przeciw nowym wzorom, przekonując, że nie mają one szans uwzględnić faktycznego czasu poświęcanego pacjentom. I choć resort nie uznał ich argumentów, to powołał niecały miesiąc temu specjalny zespół, który ma przeanalizować, czy nowe przepisy się sprawdzają. W efekcie wysłał list do wszystkich placówek medycznych, w którym minister zdrowia – jak przyznaje rzecznik resortu Krzysztof Bąk – jedynie prosi, a nie nakazuje, by dyrektorzy nie robili żadnych ruchów kadrowych. Bąk dodaje również, że to, iż w danym podmiocie leczniczym liczba pielęgniarek jest większa niż ustalone minimum wynikające z algorytmu z rozporządzenia, nie oznacza, że należy dokonywać zmian w ich zatrudnieniu.

Uznaniowe wskaźniki

Według pielęgniarek nowe wzory służące do wyliczenia norm są niekorzystne m.in. dlatego, że dają kierownictwu szpitali dużą dowolność w określaniu minimum zatrudnienia. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk, wskazywała, że jeżeli dyrektor danej placówki medycznej będzie szukał oszczędności, może dać taki wskaźnik, który pozwoli mu zwolnić personel.

– Wyliczanie czasu pracy to była zupełna fikcja. Miałśmy dzielić pacjentów na trzy kategorie. Wymagający pełnej opieki otrzymywali kategorię III, osoby częściowo samodzielne kategorię II, chorzy w pełni sprawni I. Według tego wyliczano, ile pielęgniarek szpital może minimalnie zatrudnić. Niestety nikt nie respektował naszych obliczeń – mówi pielęgniarka z jednego z krakowskich szpitali. I podaje przykład: kiedyś zaznaczyła, że w ciągu dnia przyjęto na oddział 6 chorych, którym przyznano kategorię III. Kiedy następnego dnia przyszła na dyżur, na karcie widniały jedynie trzy takie osoby. – Takich przypadków było wiele, jednak nie protestowałyśmy, bo przełożeni ciągle straszą nas zwolnieniami. Te z nowymi wyliczeniami mogą okazać się prawdziwe – mówi pielęgniarka.

Absurdy zatrudnienia

Jak przekonuje Anna Wonaszek, przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, która analizowała wyliczenia niektórych szpitali, w wielu przypadkach wyszły absurd. Na przykład po wstawieniu danych do wzorów zawartych w rozporządzeniu okazywało się, że na oddziale wystarczyłyby trzy pielęgniarki.

– Przy systemie dobowym taka liczba byłaby zbyt mała do obstawienia wszystkich dyżurów – mówi Wonaszek.

I dodaje, że w większości placówek przy wyliczeniach wychodziły niższe normy zatrudnienia, niż obowiązywały do tej pory. A to by pozwalało dyrekcji na redukcję zatrudnienia.

Potwierdzają to dane z samych placówek.

– Zgodnie z rozporządzeniem na oddziałach małolężkowych powinniśmy zmniejszyć liczbę pielęgniarek – mówi Magdalena Oberc, rzeczniczka Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Ale zaraz podkreśla, że nie mają takich planów. – Specyfika tych oddziałów narzuca pewien charakter opieki pielęgniarskiej i nie ma możliwości ograniczenia tam personelu – tłumaczy.

Podobnie mówi Anna Ginał z Uniwersyteckiego Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

– Nowy wskaźnik jest odmienny od poprzedniego. Wynika z niego, że zatrudniamy obecnie więcej pielęgniarek niż wskazuje minimum – przyznaje Gina i tłumaczy, że nie planują radykalnych zmian.

– U nas dużych różnic nie ma – mówi Grażyna Smekeła, naczelnia pielęgniarka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

Resortowy obiektywizm

Dane z wyliczeniami pielęgniarek wpływają obecnie do zespołu pracującego przy ministerstwie. – Tylko co to da? – pyta Anna Wonaszek. – Ministerstwo otrzyma suche liczby. Ja sama opiniując niektóre wskaźniki, jeździłam do placówek, żeby zobaczyć, jaki mają system pracy. Dzięki temu mogłam obiektywnie ocenić sytuację – dodaje.

I rzeczywiście z danych widać, że różnice mogą być ogromne. I tak na przykład w szpitalu dziecięcym w Krakowie wyszło, że na pacjenta z kategorią I (czyli tego najbardziej sprawnego) pielęgniarki potrzebują 100 min na dobę, tego z kategorią II 180 min, zaś przy wymagających największego zaangażowania 300 min. Zaś średni czas wykonywania czynności pielęgniarskich pośrednich wynosi 15 proc. czasu pielęgniarskiego bezpośredniego.

Z kolei w Uniwersyteckim Centrum Okulistyki i Onkologii w Katowicach dla I kategorii wyszły 82 min, dla II – 150 min, zaś trzeciej – 253 min. A w przypadku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu różnice są jeszcze większe. Na oddziałach zachowawczych i na oddziale chirurgicznym ustalono, że czas bezpośredni wynosi dla kat. I – 42 min, dla kategorii II – 105 min i kat. III – 175 min.

– Inne wyliczenia wyszły dla oddziału neurologii, gdzie przebywają pacjenci na pododdziale udarowym. Tu wyszło, że dla pacjentów kategorii III potrzebują 576 min opieki pielęgniarki na dobę – tłumaczy Smekeła.

W tej samej placówce dla pacjentów najcięższych, czyli leżących na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, wyliczono średni czas opieki 960 min na jednego chorego. Tu też inny jest czas na tzw. czynności pośrednie – np. wypełnianie dokumentacji – który wynosi 25 proc. czasu poświęconego pacjentowi.

Bezpieczeństwo chorych

Nie wiadomo, jak potraktuje te wyliczenia ministerstwo. Jednak również zdaniem kierownictwa szpitali w obecnej formie ustalone wskaźniki są nie do przyjęcia.

– Sprawdziliśmy te fantastyczne wzory podane przez Ministerstwo Zdrowia, które weszły w życie 1 kwietnia. One nijak mają się do rzeczywistości. Te normy, tak naprawdę, pozwalają na zmniejszenie personelu pielęgniarskiego – mówił w jednym z wywiadów radiowych Janusz Moryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. I dodawał, że nie

Pielęgniarki i pielęgniarze w Polsce i za granicą



zamierzają ich stosować w obrębie szpitala. – Zwłaszcza że zatrudniamy więcej pielęgniarek niż wynika to z norm. W związku z tym uważamy, że rozsądek jest ważniejszy i bezpieczeństwo chorych niż wzory – tłumaczył.

Nowe wyliczenia zakłają potrzeby placówek służby zdrowia. Resort chce to sprawdzić.

Źródło: Gazeta Prawna, 21.05.2014 r.

Pan Donald Tusk Prezes Rady Ministrów

Niniejszym pragniemy uprzejmie poinformować, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw wobec kolejnego przejawu lekceważenia przez Ministra Zdrowia naszego samorządu zawodowego.

W dniu 1 stycznia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2012 r. poz. 1545).

Treść tego aktu prawnego była szeroko krytykowana w środowisku pielęgniarek i położnych, jako dająca asumpt do uruchomienia procesu redukcji wykwalifikowanego personelu będącego członkami naszego samorządu, a przede wszystkim - zagrażająca bezpieczeństwu chorych pacjentów.

Zgodnie z § 8 rozporządzenia, minimalne normy ustalone przed dniem jego wejścia w życie mogły być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r. W związku z prezentowaną od dnia wejścia w życie rozporządzenia merytoryczną krytyką poszczególnych zapisów, przedstawiciele Ministra Zdrowia zobowiązali się do podjęcia działań, zmierzających do rozwiązania zaistniałego problemu.

Jednakże zaprezentowane działania w omawianym zakresie są pozorne, a kierunek decyzji podjętych przez Ministra Zdrowia dalece odbiega chociażby od wniosków, zgłoszonych podczas ostatniego posiedzenia Sejmowej Komisji Zdrowia, które miało miejsce w dniu 27 marca 2014 r.

W odpowiedzi na prezentowane przez nasz samorząd zawodowy uwagi, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu dzisiejszym otrzymała pismo podpisane przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia informujące, o skierowaniu przez Ministra Zdrowia pisma do kierowników podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami, w sprawie udzielenia informacji o efektach wdrożenia omawianego rozporządzenia. Treść pisma dotyczy udzielenia informacji o efektach wdrożenia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie spo-

sobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Na udzielenie informacji podmioty lecznicze będą miały czas 3 tygodni, a po dokonaniu analizy i oceny realizacji przepisów art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz.654 z późn.zm.) i przepisów w/w rozporządzenia, Minister Zdrowia deklaruje, że zostaną one przedstawione samorządowi zawodowemu. Zwracamy uwagę, że tego rodzaju działanie de lege lata nie spowoduje zatrzymania skutków wejścia w życie nowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, wprowadzonych przeszło rok temu, na co wielokrotnie zwracała uwagę Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Z drugiej jednak strony wskazuje ono na fakt, iż przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia na dzień przed zmianą wprowadzonych przez siebie przepisów zdali sobie sprawę zarówno z konsekwencji, jakie niesie za sobą omawiany akt prawny, jak i jego ułomności oraz szkodliwości społecznej.

Ponadto, w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w okresie od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 marca 2014 r. upłynęła wystarczająca ilość czasu, jaka potrzebna jest na dokonanie oceny wypracowanych rozwiązań, które wszak, jeszcze przed ich wejściem w życie, z całą pewnością były przez Pana Ministra oceniane.

Trzeba z całą mocą podkreślić, że zasadniczym celem działania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest wprowadzenie na powyższym rozporządzeniu zapisów, które pozwolą na wskazanie takiej liczby pielęgniarek i położnych, która zagwarantuje bezpieczeństwo chorym i pracownikom, a jednocześnie nie narazi podmiotów leczniczych na wielomilionowe straty, związane z zaniedbaniami w zakresie realizacji opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Swe umocowanie do działania nasz samorząd zawodowy czerpie z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, z którego wypływa prerogatywa ustawodawcy do tworzenia samorządów zawodowych reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, który to samorząd - jako osoba prawa publicznego - ma przede wszystkim chronić interes publiczny w granicach obowiązującego prawa. Nadto, zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.), samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Wszelkie swe prerogatywy zatem, co wynika wprost z treści art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych realizuje w celu ochrony dobra wyższego, jakim jest szeroko pojęty interes publiczny, a w szczególności dobro tych, których życie i zdrowie jest zagrożone i którzy w tym trudnym czasie potrzebują naszej pomocy.

Minister Zdrowia po myśli art. 34 ust. 1 i art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (tj.: Dz. U. z 2013 r. poz. 743 ze zm.) jest obowiązany do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w stosunku do działu zdrowie, a także przedkładania w tym zakresie inicjatyw oraz projektów aktów normatywnych na posiedzenia Rady Ministrów, a wreszcie, zobowiązany jest do współdziałania z organami samorządu zawodowego. Jednak Jego dotychczasowa postawa, ignorująca wszelkie propozycje wypracowania rozwiązań służących dobru publicznemu - w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - wskazuje, że obowiązku swego on nie wykonuje. Brak dialogu w kwestii tak ważnej zarówno dla naszego środowiska, jak i środowiska pacjentów, zmusza nas do skierowania do Pana Premiera

gorącej prośby o dokonanie pogłębionej analizy zaistniałego stanu rzeczy oraz o ewentualne wyciągnięcie konsekwencji wobec osób, których działania mogą mieć z jednej strony poważne konsekwencje w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, z drugiej zaś konsekwencje polityczne dla osób sprawujących obecnie władzę w Rzeczypospolitej Polskiej.

Pragniemy podkreślić, że nie jest naszą intencją wywieranie presji, dla zagwarantowania jakichkolwiek przywilejów czy poprawy sytuacji określonej grupy zawodowej. Intencją naszą jest zwrócenie uwagi Pana Premiera na rodzący się problem, który skutkować może w niedalekiej przyszłości narażeniem życia lub zdrowia tych, którzy z powodu swego stanu zdrowia wymagają naszej opieki i zagwarantowania należytego poziomu świadczeń zdrowotnych. Raz jeszcze podkreślamy, że wypracowane przez Ministerstwo Zdrowia przepisy i rozwiązania uważamy za szkodliwe. Wielokrotnie prezentowane przez nas argumenty w tym zakresie pozostały bez odpowiedzi.

Mając na uwadze powyższe argumenty, w imieniu wszystkich członków naszego samorządu zawodowego pragniemy wyrazić wotum nieufności wobec działań Pana Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza.

Prezes

dr n. med. Grażyna Rogala - Pawelczyk

Uchwała nr 179/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 marca 2014

w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia 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.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Użyte w uchwale określenia oznaczają:

1. „pielęgniarka” - również pielęgniarsza,
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 okręgowej rady pielęgniarek i położnych - **stanowi załącznik nr 1**,
- 2) wzór wniosku o przyznanie ograniczonego lub pełnego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarka / 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, pielęgniarka / 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:

KKWMMZZZZX, 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 macierzystej 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 pieczętki).

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, wpisanie 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/pielęgniarka 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/pielęgniarka 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 pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2011r., Nr 174, poz. 1039 ze zm.), poprzez obowiązek zwrotu przedmiotowego dokumentu przez pielęgniarkę/pielęgniara lub położną/położnego do właściwej okręgowej izby pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarstwa i rejestru położnych przez okręgowe rady pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa 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



NFZ

Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 2014.04.07

Zm.: zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe).

Zlecenie lekarskie jako istotny element procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

Niniejszy komentarz poświęcony został omówieniu problematyki związanej z udzielaniem świadczeń medycznych wykonywanych wyłącznie na zlecenie lekarza (z inicjatywy lekarza). Autor omawia wymogi, jakie przedmiotowe zlecenie musi

spełniać. Wskazano również sytuacje uzasadniające odmowę wykonania zlecenia lekarskiego.

1. Wprowadzenie

Na tle przyjętych rozwiązań prawnych można wyszczególnić trzy rodzaje interwencji medycznych, które określają stopień samodzielności pielęgniarek (położnych): niezależne interwencje, które mogą być podejmowane samodzielnie z inicjatywy pielęgniarki (położnej), zależne interwencje, czyli działania wykonywane wyłącznie na zlecenie lekarza (z inicjatywy lekarza), a także współzależne interwencje, czyli czynności wykonywane na podstawie współpracy z lekarzem w ramach zespołu terapeutycznego (wspólne uzgodnienia zespołu).

Tematem niniejszego komentarza jest drugi z wymienionych obszarów, a w szczególności charakterystyka konstrukcji prawnej zlecenia lekarskiego. Artykuł 12 i 15 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) – dalej u.z.p.p. – regulują kwestie zagadnienia zlecenia lekarskiego, wprowadzając zmiany w stosunku do poprzedniego stanu prawnego (art. 22 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217)). nr 37, marzec kwiecień 2014.

2. Charakterystyka zlecenia

Zlecenie lekarskie jest istotnym elementem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w relacjach lekarz-pacjent-pielęgniarka, lekarz-pacjentka-położna. Zgodnie z obowiązkiem poszanowania prawa pacjenta do integralności wyrażonym w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) – dalej u.p.p. – zlecenie lekarskie jest „swoistym potwierdzeniem tego”, na co lekarz uzyskał zgodę pacjenta w zakresie procesu leczenia. Lekarz przed zleceniem pielęgniarkę (położną) określonych działań medycznych w formie zlecenia lekarskiego powinien uzyskać na nie poinformowaną zgodę pacjenta (art. 16 w zw. z art. 9 u.p.p.). Istotą samodzielnego wykonywania zawodu medycznego ma służyć odbiorcy świadczenia lub usługi. Oznacza to, że osoba samodzielna zawodowo daje gwarancję swojemu pacjentowi (klientowi), że w trakcie wykonywania świadczenia lub usługi nie będzie zobowiązana do respektowania niczych poleceń, zaleceń zagrażających jego zdrowiu lub życiu. **Nie podlega żadnej wątpliwości, że w procesie leczenia główną rolę odgrywa lekarz stawiający rozpoznanie i wydający zlecenie lekarskie co do sposobu leczenia. I w tym zakresie personel pielęgniarski pozostaje do jego dyspozycji,** z uwzględnieniem ustawowego upoważnienia do podejmowania i/lub wykonywania samodzielnych czynności zawodowych. Obowiązek wykonania zlecenia lekarskiego jest nakazem ustawowym. Zlecenie lekarskie ma charakter uniwersalny, niezależny od prawnej formy wykonywania danego zawodu medycznego, i już z tego względu nie stanowi ono polecenia pracowniczego. Uchylenie się od tego nakazu wymaga zachowania ustawowej procedury postępowania. Zawsze dobrem najwyższym jest dobro pacjenta.

Zlecenie lekarskie jest konstrukcją prawa administracyjnego, co do zasady musi mieć formę pisemnej i musi być odnotowane w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1 i ust. 2 u.z.p.p.). Nie jest kierowane do oznaczonego co do tożsamości wykonawcy. Zlecenie lekarskie zawiera imię i nazwisko pacjenta, któremu określone działanie medyczne ma być wykonane, a nie imię i nazwisko pielęgniarki (położnej), która ma je wykonać. Zlecenie lekarskie może wykonać tylko taka pielęgniarka lub położna, która w zakresie zleconego działania medycznego posiada wymagane kwalifikacje (a contrario art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

Pisemne potwierdzenie wykonania zlecenia lekarskiego jest informacją zwrotną dla zlecającego lekarza (oraz innych osób

włączonych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych, np. konsultanta czy lekarzy biorących udział w konsylium lekarskim) o przebiegu podejmowanych czynności medycznych. Pielęgniarka (położna) ma prawo i obowiązek poinformowania lekarza o ewentualnych spostrzeżeniach poczynionych względem pacjenta w następstwie wykonanego zlecenia. Upředniej pisemności zleceń lekarskich i pisemności ich potwierdzania lekarz, pielęgniarka, położna nie mają obowiązku dochowania tylko wyjątkowo, w trakcie wykonywania działań medycznych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 15 ust. 2 u.z.p.p.)².

3. Wykonanie zlecenia

Przed wykonaniem zlecenia lekarskiego pielęgniarka (położna) ma zawsze prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.). **Zakres informacji przekazywanych przez lekarza pielęgniarkę (położną) nie wymaga zgody pacjenta. Jest to wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej** (art. 14 ust. 2 pkt 4 u.p.p.). Tym samym na lekarzu ciąży obowiązek przekazywania pielęgniarkę (położną) takich informacji.

Pomimo uzyskania tych informacji, dodatkowo w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka (położna) ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.). Ustawa nie precyzuje, jakie to mają być wątpliwości. Należy jednak przyjąć, że chodzi tu przede wszystkim o wątpliwości natury medycznej. Czy lekarz ma jedynie ustawowy obowiązek spełnienia „tego domagania się”? Tak, lekarz ma formalny obowiązek spełnić „domaganie się” pielęgniarki (położnej). Formalnie prawo obowiązuje, gdy zostało właściwie ustanowione i zostało właściwie ogłoszone.

W praktyce codziennej pielęgniarki (położne) mogą spotykać się ze zjawiskiem braku realistycznego obowiązywania prawa, czyli występowania braku zgodności zachowań adresatów normy z tą normą (czyli lekarzy).

Zgodnie z zapisem ustawowym art. 15 u.z.p.p. pielęgniarka (położna) bez wglądu na formę wykonywania zawodu nie jest zobowiązana do zgłoszenia przełożonemu (w przypadku zatrudnienia pracowniczego), zleceniodawcy (w przypadku zatrudnienia niepracowniczego) zamiaru domagania się uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia od lekarza zlecającego ani nie jest zobowiązana do uprzedniej konsultacji ze specjalistą z dziedziny pielęgniarstwa (położnictwa). Szczególnie brak tego ostatniego wymogu uważam za istotny mankament, ponieważ w przypadku jakichkolwiek działań poddających w wątpliwość zasadność wykonania zlecenia lekarskiego należy zadbać o wyczerpanie możliwości zbadania zasadności tego zlecenia w zakresie własnej samodzielnej grupy zawodowej. Pielęgniarka (położna) nie ma obowiązku pisemnego odnotowywania, że domagała się od lekarza uzasadnienia wykonania zlecenia, a lekarz odmówił takiego uzasadnienia. Natomiast pisemność odnotowania takiego faktu może mieć istotne znaczenie dla udowodnienia dochowania należytej staranności przed podjęciem ostatecznej decyzji pielęgniarki (położnej), tzn. odmowy wykonania zlecenia lekarskiego.

4. Odmowa wykonania zlecenia lekarskiego

Pielęgniarka (położna) może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego w czterech okolicznościach. Po pierwsze, wstrzy-

manie się pielęgniarki (położnej) od wykonania zlecenia lekarskiego może być podyktowane pojawieniem się, po podjęciu decyzji przez lekarza, nowych okoliczności wymagających weryfikacji postępowania leczniczego lub wręcz stojących w sprzeczności z nim. Pielęgniarka (położna) może zaobserwować u pacjenta objawy wskazujące na konieczność wstrzymania i/lub wycofania się z kontynuacji zaordynowanego działania medycznego. Po drugie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z jej sumieniem.

Po trzecie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez nią kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Po czwarte, **kwęstię otwartą jest, czy odmowa wykonania przez pielęgniarkę (położną) może mieć miejsce z innych przyczyn niż natury medycznej**. Uważam jednak, że należy taką ewentualność dopuścić, gdy zwłoka w jej udzieleniu nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Dopuszczam tu okoliczności związane np. z wulgarnym czy wręcz agresywnym zachowaniem pacjenta albo osób będących opiekunami pacjenta (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.).

Pielęgniarka (położna) musi podać niezwłocznie na piśmie przyczynę odmowy swojemu przełożonemu lub osobie zlecającej (czyli lekarzowi), chyba że odmowa dotyczy czynności zleconych w sytuacji „stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego pacjenta” (art. 12 ust. 2 w zw. z ust. 1 u.z.p.p.). Ponadto pielęgniarka (położna) ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki (położnej) lub w innym podmiocie leczniczym (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.). Niezależnie od podania w formie pisemnej przyczyny odstąpienia od wykonania zlecenia pielęgniarka (położna) ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.).

5. Podsumowanie

Reasumując, jedną z cech samodzielności zawodowej pielęgniarki (położnej) jest margines swobody co do sposobu realizacji zleconej czynności medycznej, ale niekiedy także co do zakresu wykonywanych czynności zawodowych. W celu realizacji tego drugiego elementu samodzielności zawodowej ustawodawca określił procedurę odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, która pozostawia pielęgniarkę (położną) „sam na sam” z konsekwencjami podjętej decyzji. **Obowiązujący stan prawny nie zawiera w moim przekonaniu wystarczających gwarancji ochronnych dla osoby decydującej się odmówić wykonania zlecenia lekarskiego**.

W przypadku pracowniczego zatrudnienia pielęgniarki (położnej) zlecenie lekarskie nie jest poleceniem pracowniczym, ale trzeba mieć na uwadze, że pielęgniarka (położna) odmawiająca wykonania takiego zlecenia jest pracownikiem danego podmiotu leczniczego i dlatego zgodnie z art. 100 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca nr 37, 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) jej podstawowym obowiązkiem pracowniczym jest wykonywanie pracy sumienne i starannie, w tym sumienne i staranne uczestniczenie w zespołowym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka (położna) wykonuje czynności zawodowe lub wykonania ich odmawia na ryzyko pracodawcy. Ustawodawca, dając pielęgniarkę (położną) możliwość odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, nie zwalnia jej z obowiązków pracowniczych względem zakładu pracy. Natomiast w przypadku zatrudnienia niepracowniczego co do zasady mają odpowiednie zastosowanie przepisy o umowie zlecenia, które

opierają relacje zleceniodawcy i zleceniobiorcy na zaufaniu do wykonawcy tego zlecenia. Utrata zaufania jest przesłanką rozwiązania umowy cywilnoprawnej.

Dlatego uważam, że **zanim pielęgniarka (położna) odmówi wykonania zlecenia lekarskiego, powinna zasięgnąć opinii innej pielęgniarki (położnej), aby upewnić się co do słuszności podjętej decyzji**, a fakt zasięgnięcia takiej opinii powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej. ■

Przedruk z Wolters Kluwer
Autor: Dorota Karkowska

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 2 czerwca 2014r.

Pani/Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,
W nawiązaniu do wątpliwości, w sprawie podawania produktu leczniczego 6% Hydroksyetyloskrobii 200/0,5 - roztworu do infuzji, który znajduje się w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 roku 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 (Dz. U. Nr 18, poz. 94) - Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną, zwracam się z prośbą o przesłanie informacji, **czy wyżej wymieniony preparat jest stosowany przez pielęgniarki, położne w praktyce, a jeżeli tak - to w jakim zakresie świadczeń (pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej).**

Odpowiedzi proszę przesłać w terminie do dnia **25 czerwca 2014 roku**, na adres e-mailowy: i.kubajka@nipip.pl ■

Z wyrazami szacunku
Wiceprezes NRPIP
Teresa Kuziara



OIPIP

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 28 maja 2014 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki i jedną położną.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.

- Skreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki i jedną położną.
- Wniosek o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyły trzy pielęgniarki.
- Anulowano zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej pielęgniarki i jednej położnej.
- Stwierdzono posiadanie przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- Skierowano dwie pielęgniarki na odbycie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
- Przyznano dofinansowanie kształcenia podyplomowego za: studia magisterskie - kierunek pielęgniarstwo dla 2 osób na kwotę 1400.00 zł, studia licencjackie - kierunek pielęgniarstwo dla 2 osób na kwotę 1400.00 zł, szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo neonatologiczne” dla 2 osób na kwotę 1400.00 zł. ■

Sekretarz OR
Barbara Płaza

KALENDARIUM

Maj - czerwiec 2014 rok

23.05.2014r. Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w rozpoczęciu 90 Ogólnopolskiej Pielgrzymki Pracowników Służby Zdrowia na Jasnej Górze w Częstochowie.

09.06.2014r. W siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii”.

10.06.2014r. W siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa kardiologicznego”.

18.06.2014r. W Ośrodku szkoleniowym OIPIP odbył się kurs dokształcający „Długoterminowe dostępy naczyniowe - użytkowanie portów naczyniowych”.

18.06.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie zarządu Koła Terenowego PTP w Częstochowie.

18.06.2014r. W siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa rodzinnego”.

25.06.2014r. W SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym odbył się konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej bloku operacyjnego.

25.06.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

25.06.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

25.06.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

26.06.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

Sekretarz OR
Barbara Płaza



Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatriczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatriczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe
11. Pielęgniarstwo onkologiczne
12. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie

14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
15. Leczenie ran –odleżyny Nr 11/07
16. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego
17. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego
5. Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia zdrowotnego
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żyłnej i obrzęku limfatycznym
6. Diagnozowanie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi

Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest uczestnictwo min. 20 osób.

UWAGA!

Zgodnie z § 2 pkt.4 Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ponoszonych przez członków OIPiP w Częstochowie w przypadku ukończenia kursu podnoszącego kwalifikacje zorganizowanego przez inną jednostkę, a znajdującego się w ofercie ośrodka szkoleniowego OIPiP w Częstochowie, dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje. ■

Gazeta Prawna



Przedruk z Gazeta Prawna, 5 maja 2014 nr 85

Pielęgniarki gotowe na zlecenie leków

Prawo do wypisywania recept ma stanowić nową płaszczyznę współpracy z lekarzami. A nie tworzyć pole konfliktu - mówi Beata Cholewka, dyrektor departamentu pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia.

W projekcie nowelizacji ustawy zdrowotnej minister zaproponował rozwiązania dotyczące nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept. Czy polskie pielęgniarki są przygotowane do ordynowania leków pacjentom?

Pielęgniarki/pielęgniarze i położne/położni (bez studiów wyższych) będą mieli uprawnienia jak dotychczas. Magister pielęgniarstwa lub położnictwa będzie miał prawo samodzielnie ordynować określone leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego – w tym wystawiać na nie recepty, a także określone wyroby medyczne – w tym wystawiać na nie zlecenia – jeżeli ukończy kurs specjalistyczny w tym zakresie. Osoba z tytułem co najmniej licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa będzie miała prawo wystawiać – na zlecenie lekarza – recepty na określone leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia – również jeżeli ukończy kurs specjalistyczny. Obowiązek jego ukończenia nie będzie dotyczył pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych, którzy w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa i w szkołach położnych zdobędą wiedzę objętą takim kursem. Wiąże się to z koniecznością zmiany standardów kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Co istotne, zarówno osoby z tytułem licencjata, jak i magistra będą miały prawo wystawiać skierowanie na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej.

Czy pielęgniarki chcą poszerzenia ich uprawnień. Ich samorząd i związki zawodowe wskazują, że to nie są uprawnienia, lecz nowe obowiązki. Podkreślają, że jest ich za mało, a nowe zadania jeszcze bardziej ograniczą czas, który mają dla pacjentów.

Nowa regulacja ma na celu poszerzenie kompetencji pielęgniarek, nadanie im uprawnień, a nie narzucenie dodatkowych obowiązków. Zaproponowany termin wejścia ustawy w życie – styczeń 2016 r. – daje czas na przygotowanie się do nich.

Czy pielęgniarki są na tyle samodzielne, aby poradzić sobie z tym zadaniem? Tradycyjnie zajmują się tylko opieką nad pacjentem. Terapia to wyłączna domena lekarzy.

Zawody pielęgniarki i położnej to samodzielne profesje medyczne. Tak stanowi ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Już od dawna zajmują się one nie tylko tradycyjną opieką nad pacjentem, lecz także m.in.: rozpoznawaniem jego potrzeb zdrowotnych, planowaniem i sprawowaniem opieki pielęgnacyjnej; samodzielnym udzielaniem – w określonym zakresie – świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych. Zajmują się także edukacją zdrowotną i promocją zdrowia.

W jakim zakresie pielęgniarki będą mogły skorzystać z prawa przepisywania leków chorym?

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 wykaz obejmujący m.in. określenie substancji czynnych zawartych w lekach, ich składu, sposób i tryb wystawiania recept, ich wzór, a także sposób realizacji recept i kontroli ich wystawiania i realizacji.

Weźmie pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków.

Jednak czy przyznanie pielęgniarkom prawa do wypisywania recept nie otwiera pola konfliktu z lekarzami?

Oba zawody przeszły dużą transformację – kształcenie odbywa się wyłącznie na poziomie wyższym. Prawo do wypisywania recept ma stanowić nową płaszczyznę współpracy z lekarzami, a nie pole konfliktu. W wielu państwach, a szczególnie tych należących do UE, istnieją rozwiązania umożliwiające pielęgniarkom i położnym wystawianie recept.

Jak szerokie uprawnienia mają one w tych państwach?

Na przykład w Wielkiej Brytanii, gdzie charakter uprawnień i kompetencji pielęgniarek i położnych na trzech różnych poziomach jest zróżnicowany, przyznawanie uprawnień do wystawiania recept rozpoczęło od tych środowiskowych. Pacjenci mają łatwiejszy dostęp do świadczeń zdrowotnych. A to stanowiło podstawę do rozszerzenia uprawnień na inne grupy pielęgniarek. Takie rozwiązania funkcjonują też m.in. w Irlandii, Hiszpanii, Szwecji, Danii czy Holandii.

Czy tam te rozwiązania się sprawdziły?

Są korzystne dla systemu opieki zdrowotnej i pacjentów, gdyż ci ostatni skrupulatniej przestrzegają zaleceń terapeutycznych i są chętni do ponownej konsultacji z pielęgniarką postrzeganą jako profesjonalistka. Ma to przełożenie na efekty ekonomiczne, satysfakcję chorych i oszczędność czasu. Powyższe zmiany wpływają na bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami kadrowymi ochrony zdrowia.

Rozmawiała
Beata Lisowska



Beata Cholewka, dyrektor departamentu pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia

Aleksandra Świłała

mgr położnictwa,
Oddział Patologii i Intensywnej
Terapii Noworodka,
WSzS w Częstochowie.

Zastosowanie pozaustrojowego utlenowania krwi (ECMO) u noworodków.

Metoda ECMO (Ciągłe Pozaustrojowe Natlenianie Krwi za pomocą membranowego wymiennika tlenowego z ang. Extracorporeal Membrane Oxygenation) wyrosła z kardiologii. Rozwój metod krążenia pozaustrojowego i coraz lepsze wyniki nasunęły pomysł zastosowania krążenia pozaustrojowego do leczenia ostrej niewydolności oddechowej. ECMO uważane jest za metodę wysoce inwazyjną i obciążoną licznymi powikłaniami. Pozwala nam jednak na uzyskanie pełnej regeneracji mięszu płucnego, co jest równoznaczne z całkowitym wyleczeniem i powrotem do pełnego zdrowia chorego.

Kandydatami do leczenia metodą natleniania pozaustrojowego są noworodki a także dzieci i dorośli ze skrajną niewydolnością oddechową i/lub krążeniową z przewidywanym ryzykiem zgonu > 80%, oporną na zastosowane konwencjonalne metody leczenia, spełniający określone kryteria.

Decyzja o poddaniu dziecka leczeniu metodą ECMO musi być w pełni przemyślana i zgadzać się ze światowymi kryteriami jej zastosowania, które zostały określone przez powstałą w 1989 roku międzynarodową organizację ELSO (Extracorporeal Life Support Organization) z siedzibą w Ann Arbor w stanie Michigan w USA. Pozwala to na optymalizację kryteriów kwalifikacji do leczenia, rozwiązań technicznych a także oszacowanie spodziewanych wyników leczenia w poszczególnych jednostkach chorobowych i grupach wiekowych.

Wskazaniem ogólnym do zastosowania ECMO jest wystąpienie ostrej niewydolności oddechowej i/lub krążeniowej odpornej na zastosowanie metod konwencjonalnych, u podłoża której leży odwracalny proces chorobowy, możliwy do wyleczenia oraz brak przeciwwskazań bezwzględnych. ECMO stosowane jest w tym celu, aby umożliwić wyleczenie choroby w momencie gdy zawodzą inne dostępne metody terapeutyczne.

Wskazaniami szczegółowymi dla zastosowania ECMO u noworodka są:

- masa ciała powyżej 2000 g,
- wiek płodowy powyżej 34-35 hbd,
- odwracalna choroba płuc,
- brak letalnych wad wrodzonych,
- brak przeciwwskazań do pełnej heparynizacji (krwawienia, krwawienie do OUN),
- indeks utlenowania (O.I.).40,
- schorzenie możliwe do wyleczenia np.: zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS), przetrwałe płodowe nadciśnienie płucne (PPHN), przepuklina przeponowa (CDH), wrodzone zapalenie płuc (CP), zespół zachłyśnięcia smółką (MAS), przetrwałe krążenie płodowe (PFC),
- zgoda rodziców lub prawnych opiekunów.

Badaniami dodatkowymi i obrazowymi wykonywanymi przed ECMO celem uzupełnienia kryteriów kwalifikacji są:

- ECHO serca - celem wykluczenia wad przeciekowych (całkowity nieprawidłowy spływ żył płucnych, ubytki mię-

dyprzedsionkowe i międzykomorowe) oraz oceny funkcji zastawek przedsionkowo- komorowych i komorowo- tętniczych.

- USG przezciemiennie - celem wykluczenia krwawienia wewnątrzmoźgowego powyżej II stopnia wg. Papille'a oraz obrzęku mózgu.
- RTG klatki piersiowej - celem wstępnej oceny obrazu radiologicznego płuc i stopnia ich uszkodzenia, wykluczenia obecności odmy opłucnowej i wolnego płynu w jamach opłucnej.
- Podstawowe badania laboratoryjne, oznaczenie parametrów i poziomu czynników układu krzepnięcia, wskaźniki wydolności nerek, wątroby, parametry stanu zapalnego.

Przeciwwskazaniami ogólnymi do zastosowania metody ECMO są:

- nieodwracalność procesu chorobowego leżącego u podstaw niewydolności oddechowej i/lub krążeniowej,
- przeciwwskazania do przedłużonej heparynizacji,
- znaczne pogorszenie jakości życia i funkcjonowania organizmu po ostatecznym zakończeniu terapii,
- brak zgody pacjenta lub jego prawnych opiekunów.

Przeciwwskazaniami szczegółowymi do zastosowania ECMO u noworodka są:

- masa ciała poniżej 2000 g,
- wiek płodowy poniżej 34 tygodni ciąży,
- stosowanie wentylacji mechanicznej więcej niż 8-10 dni, przy użyciu 80-100% stężenia tlenu,
- obecność lub podejrzenie wad genetycznych chromosomalnych,
- obecność wad serca,
- inne ciężkie chirurgiczne wady rozwojowe,
- obecność wylewu śródczaszkowego > II °,
- obecność skazy krwotocznej lub potencjalnego źródła krwawienia.

Przeciwwskazania powyższe wynikają ze sposobu prowadzenia leczenia metodą ECMO. Ograniczenie doboru pacjentów do dzieci powyżej 2 kg masy ciała, wynika z rozmiarów dostępnych kaniul do ECMO. Najmniejszą dostępną kaniulą jest kaniula o wielkości 8 French. Istotne jest aby kaniulację przeprowadzić największą możliwą kaniulą, co pozwala zapewnić prawidłowy spływ żylny z prawego przedsionka do układu drenów. Dlatego u najmniejszych pacjentów możliwe jest zastosowanie wyłącznie opcji tętniczo-żylniej ECMO, podczas gdy u pacjenta o masie ok. 3 kg możliwa jest kaniulacja pojedynczą dwuświatłową kaniulą i zastosowanie metody żylny-żylniej. Ograniczenie terapii dotyczy również wszystkich pacjentów, u których pełna heparynizacja mogłaby spowodować groźne następstwa. Dotyczy to zarówno noworodków niedojrzałych < 34 tyg. ciąży, u których łatwo może wystąpić krwawienie śródczaszkowe, noworodków z dokonanym krwawieniem śródczaszkowym, jak i wszystkich pacjentów z czynnym krwawieniem lub zaburzeniami krzepnięcia. Jest to ograniczenie w wielu przypadkach czasowe i po prawidłowym zaopatrzeniu pacjenta, wyrównaniu zaburzeń krzepnięcia, możliwe jest rozpoczęcie leczenia. W trakcie ECMO, po zapewnieniu hemostazy naczyniowej, możliwe jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, jak ma to miejsce w przypadku korekcji przepukliny przeponowej, przebiegającej ze skrajnym nadciśnieniem płuc. Najczęstszą przyczyną braku możliwości przyjęcia chorego do zastosowania tej terapii jest stosowanie u noworodka przedłużonej wentylacji mechanicznej (>10 dni), która doprowadza do nieodwracalnych zmian w układzie oddechowym oraz skrajnie ciężki

stan chorego uniemożliwiający bezpieczny transport do ośrodka ECMO (zabezpieczenie w ciągłą podaż wziewną tlenu azotu w karetce transportującej/transportie lotniczym).

Układ ECMO składa się z:

- oksygatora membranowego - zapewniającego utlenianie krwi,
- pompy rolkowej lub odśrodkowej- centryfugalnej (biopompa), której zadaniem jest zapewnienie odpowiedniego przepływu,
- wymiennika ciepła podgrzewającego krew w układzie, oraz
- zestawu kaniul i drenów wraz z czujnikami ciśnień i temperatury,
- dodatkowo układ ten bywa uzupełniany o dodatkowe urządzenia, takie jak monitor przepływu i saturacji żyłnej oraz urządzenie monitorujące wartość hematokrytu krwi krążącej.

W zależności od sposobu kaniulacji pacjenta natlenianie ECMO dzielimy na:

1. Żylna-żylna (**VV ECMO**) jest stosowana przy izolowanej niewydolności oddechowej. Jest ona najczęściej stosowana u noworodków, u których niewydolność krążenia jest jedynie patologią wtórną do niewydolności oddechowej i ustępuje ona samoistnie po rozpoczęciu ECMO. Zaletami tej metody są: brak konieczności podwiązania naczynia po zakończeniu terapii, większa stabilność w prowadzeniu ECMO, mniejsze ryzyko zatorowości jako powikłania terapii. Wyboru naczyń i wielkości kaniul dokonują lekarze chirurdzy w porozumieniu z lekarzem prowadzącym ECMO,
2. Żylna-tętnicza (**VA ECMO**) jest stosowana w przypadku niewydolności oddechowej ze współistniejącą niewydolnością krążenia. W tej metodzie możliwe jest zastosowanie kaniul założonych śródoperacyjnie podczas zabiegu kardiochirurgicznego i wyprowadzonych przez ranę z klatki piersiowej lub założenie kaniul poprzez odsłonięcie naczyń w miejscach typowych. Tu również wyboru naczyń i rozmiaru kaniul dokonują chirurdzy w porozumieniu z lekarzem prowadzącym ECMO. Kaniulacja tego typu stosowana jest u noworodków przedwcześnie urodzonych, u których wielkość naczyń uniemożliwia wprowadzenie kaniuli dwuświatłowej.

Podczas stosowania terapii metodą ECMO konieczna jest współpraca wielu specjalistów oraz oddzielnego, przeznaczonego wyłącznie dla pacjenta leczonego tą metodą, stałego wykwalifikowanego zespołu nadzorującego przebieg terapii. Zespół składa się z lekarza prowadzącego intensywną terapię pacjenta, lekarza przeszkolonego w stosowaniu metody ECMO, perfuzjonisty odpowiedzialnego za techniczne działanie układu krążenia pozaustrojowego oraz pielęgniarki zajmującej się wyłącznie tym pacjentem. Wg kryteriów ELSO zespół prowadzący terapię ECMO musi być przeszkolony w trybie certyfikowanego kursu, oraz podlegać ustawicznemu szkoleniu i okresowym kursom uzupełniającym wiedzę i umiejętności.

Prowadzenie ogólne pacjenta podczas stosowania ECMO nie odbiega od zasad klasycznej intensywnej terapii z kilkoma modyfikacjami. Wentylacja mechaniczna jest prowadzona z zastosowaniem niskich ciśnień szczytowych, wysokiego ciśnienia końcowo-wydechowego oraz niskich stężeń tlenu. Częściej wykonywane są zdjęcia przeglądowe klatki piersiowej oraz badania kontrolujące utlenowanie krwi i gospodarkę

kwasowo-zasadową. Terapia płynami jest optymalizowana stanem klinicznym, nawodnieniem, badaniami dodatkowymi, okresowo stosuje się obwód hemofiltrujący podłączony do układu drenów ECMO. Terapia ECMO wymaga stosowania długotrwałej heparynizacji, a w związku z tym częstszej kontroli parametrów układu krzepnięcia i morfologicznego obrazu krwi. Podczas ECMO pacjent podlega głębokiej analgezji, z koniecznością okresowego zwiotczenia. Monitorowanie stanu układu nerwowego wymaga częstych kontroli ultrasonograficznych głowy noworodka.

Odłączenie noworodka od układu ECMO jest rozważane po poprawie radiologicznej i klinicznej płuc, próbnym obciążeniu pełnym oddechem oraz po zminimalizowaniu przepływu w układzie. Przy zadowalających wynikach uzyskanych po dwugodzinym zaciśnięciu kaniul zostają one usunięte. Kaniulę dwuświatłową usuwa się podobnie, jak każdą centralną; w przypadku kaniulacji tętniczo-żyłnej ścianę naczynia tętniczego po usunięciu kaniuli należy zeszyć lub naczynie całkowicie podwiązać. Po dekaniulacji pacjent pozostaje w oddziale intensywnej terapii aż do uzyskania pełnej wydolności oddechowej.

Układ ECMO odłączany jest również w sytuacji zaistnienia niekorzystnych objawów i powikłań długotrwałego krążenia pozaustrojowego, takich jak zaburzenia układu krzepnięcia prowadzące do niekontrolowanych krwawień, niewydolność wielonarządowa i brak poprawy funkcji płuc lub wydolnej hemodynamicznie czynności serca. Kontynuowana jest terapia metodami konwencjonalnymi z powrotem do pełnej wentylacji zastępczej celem stopniowego odłączenia od respiratora. Niestety nie ma pewności że po wyczerpaniu możliwości leczenia z zastosowaniem ECMO nastąpi w pełni wydolna czynność serca i płuc.

Każde powikłanie podczas prowadzenia ECMO musi zostać zgłoszone podczas rejestracji pacjenta leczonego tą metodą w bazie danych ELSO. Zgodnie z wymaganiami tej bazy, powikłania dzielimy na techniczne i związane bezpośrednio ze stanem pacjenta.

Powikłania techniczne wynikają z ukrytych wad sprzętu lub z nieprawidłowej jego obsługi jak np.: obecność powietrza w układzie drenów, uszkodzenie pompy, drenów, przyrządów pomiarowych, wykrzepienie krwi w obrębie oksygatora, kaniuli, uszkodzenie wymiennika ciepła, przypadkowa dekaniulacja.

Należy podkreślić, że każde takie powikłanie stanowi bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta i wymaga natychmiastowego podjęcia działań naprawczych. Nad sprawnością układu oksygatora przez całą dobę w każdym ośrodku ECMO czuwają przy łóżku chorego perfuzjonista i lekarz. Zapewniają oni ciągłą i skuteczną pracę aparatury oraz zabezpieczają przed ewentualnym wystąpieniem usterek technicznych (standardowa wymiana drenu w pompie rolkowej co 24 godziny, kontrola linii w kierunku obecności powietrza i skrzeplin co godzinę).

Drugą dużą grupę powikłań stanowią zaburzenia kliniczne związane z prowadzeniem natleniania pozaustrojowego. Obserwowano i opisywano zaburzenia stężeń tlenu i dwutlenku węgla we krwi, zaburzenia hemodynamiczne (głównie hipowolemia), zaburzenia hemostazy z możliwością tworzenia się krwaków, krwawienia w miejscu kaniulacji lub z rany pooperacyjnej, wystąpienie nasilonej hemolizy, drgawek, niewydolności nerek wymagającej hemofiltracji, nadciśnienia tętniczego, infekcji, hiperbilirubinemii, odmy opłucnowej, wystąpienie zaburzeń rytmu serca włącznie z zatrzymaniem krążenia.

Innym problemem z jakim spotykamy się w trakcie leczenia pacjenta, jest uogólniona reakcja zapalna związana z ekspozycją krwi na sztuczne powierzchnie podczas natleniania pozaustrojowego. Powoduje ona aktywację komórkowych i humoralnych mediatorów zapalnych doprowadzając do wtórnego uszkodzenia wielonarządowego. To zjawisko jest odpowiedzialne za pogorszenie obrazu radiologicznego i klinicznego płuc po rozpoczęciu terapii z zastosowaniem ECMO i przy każdorazowej wymianie oksygenuatora. Mediatory zapalne w pierwszym etapie leczenia metodą ECMO nasilają uszkodzenie płuc i pogłębiają inaktywację surfaktantu. Zjawisko to dodatkowo przedłuża czas i koszty leczenia noworodka.

Wdrożenie Metody Ciągłego Pozaustrojowego Natleniania (ECMO) do ogólnopolskiej praktyki klinicznej realizowane jest równolegle w dwu ośrodkach:

1. Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie,

2. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

w ramach programu POLKARD-ECMO, finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Oba ośrodki warszawski i łódzki w pełni współpracują i koordynują swoją pracę. Ośrodki zapewniają transport pacjenta „na siebie” z ośrodka zgłaszającego do wykonującej procedurę ECMO.

ECMO uważane jest za metodę wysoce inwazyjną i w związku z tym obarczoną licznymi powikłaniami, pozwala jednak na uzyskanie pełnej regeneracji miąższu płucnego i leczenie pooperacyjnej niewydolności serca, co oznacza szansę na całkowite wyleczenie i powrót do pełnego zdrowia pacjenta. Podłączenie układu ECMO samo w sobie nie leczy, stwarza natomiast warunki do zadziałania innych, skojarzonych z pozaustrojowym natlenianiem sposobów terapii. Są to antybiotyki, katecholaminy, endogenne substancje czynne, czynniki układu odporności humoralne i komórkowe, odpowiedzialne za proces leczenia i powrotu do prawidłowej funkcji serca i płuc.

Wprowadzenie ECMO pozwoliło zwiększyć szanse na przeżycie do ok. 50-95% w zależności od grupy wiekowej i choroby podstawowej. Ocena skuteczności leczenia powinna dotyczyć nie tylko przeżycia pacjenta, lecz również powstałych w jego wyniku powikłań odległych oraz dalszego rozwoju dziecka. ■

Literatura u autora

Ewa Kilińska

Problemy z odżywianiem w chorobie nowotworowej

Brak apetytu jest jedną z najczęstszych dolegliwości, na którą skarżą się pacjenci w przebiegu wielu chorób. Konsekwencją utraty łaknienia jest postępujące niedożywienie uznawane za niezależny czynnik ryzyka rozwoju nowych chorób oraz występowania powikłań związanych z leczeniem.

Długotrwałe problemy związane z odżywianiem powodują powstanie niedoborów składników odżywczych, osłabiając organizm i wydłużając czas powrotu do zdrowia. Niezamierzona, postępująca utrata masy ciała zawsze jest

sygnałem, który należy zdiagnozować u lekarza, aby wcześniej rozpoznać objaw ciężkiej choroby.

Każdy człowiek do prawidłowego funkcjonowania organizmu codziennie potrzebuje określonej ilości energii, białek, tłuszczu, węglowodanów, składników mineralnych i witamin.

Dorosły człowiek powinien przeciętnie spożywać od 1700 do 2500 kcal w porcjach podzielonych na 3-5 posiłków.

Podczas choroby dostarczenie odpowiedniej ilości składników odżywczych jest szczególnie ważne w procesie powrotu do zdrowia.

Odpowiednie żywienie wzmacnia organizm, zwiększa odporność, zapobiega zakażeniom, przyspiesza proces gojenia się ran i poprawia reakcję na zastosowane leczenie.

Brak apetytu

Brak łaknienia występuje w wielu przypadkach od zwykłych przebiegów aż po poważne schorzenia takie jak choroba nowotworowa.

Często jego przyczyną jest stres związany z samą chorobą oraz z zastosowanym leczeniem.

Jeżeli podczas choroby okres braku apetytu przedłuża się, może to powodować spadek masy ciała prowadząc do osłabienia, a w skrajnych przypadkach do wyniszczenia organizmu.

Trzeba sobie uświadomić, że bez właściwej diety proces zdrowienia może być opóźniony, a nawet niemożliwy.

Dlatego należy zadbać by pacjent uskarżający się na brak łaknienia przyjmował posiłki jak najbardziej wartościowe.

- Zaleca się jeść często, ale w małej ilości (nawet 6-7 dziennie).
- Dania powinny być urozmaicone, kolorowo i atrakcyjnie podane.
- Potrawy muszą być przygotowane ze świeżych produktów.
- Aromatyczne zioła mogą pomóc w zaostrzeniu apetytu.
- Należy unikać potraw smażonych i pieczonych, ponieważ szybko sycą i są ciężkostrawne. W zamian lepiej wybierać lekkie warzywa i białe mięso, gotowane na parze lub w folii.
- Dobrym dodatkiem skrobiowym są kasze zawierające dużo witamin z grupy B.
- Posiłki dobrze doprawione i lekko kwaśne są bardziej apetyczne.
- Należy pamiętać, że przy braku apetytu każdy posiłek powinien dostarczyć jak najwięcej składników odżywczych w jak najmniejszej objętości.
- Można wzbogacić dania, dodając do nich oliwę z oliwek, masło lub śmietanę, a do kawy czy herbaty pełnotłuste mleko lub śmietankę.
- Powinno się ograniczyć słodczyce, gdyż są mało wartościowe i szybko sycą.
- Nie jest wskazane przyjmowanie dużej ilości płynów tuż przed posiłkiem, aby nie wypełniać żołądka.
- Dziennie powinno się wypijać średnio 1,5-2 litrów płynów, w małych porcjach, po posiłkach lub między nimi.
- Najlepiej wodę niegazowaną, ziołowe lub owocowe herbatki i soki warzywno-owocowe.
- Nie bez znaczenia jest otoczenie i towarzystwo do posiłku. Nie należy się również spieszyć i denerwować, zmuszać chorego do jedzenia, ani rozpraszać innymi czynnościami.
- Pomieszczenie do posiłku należy odpowiednio przygotować poprzez wywietrzenie, gdyż nadmiar kuchennych zapachów może wywoływać dodatkową niechęć do jedzenia.

- O ile to możliwe, wskazany jest umiarkowany wysiłek fizyczny, np. spacer na świeżym powietrzu, który zaostrza apetyt.
- Jeżeli mimo wysiłków u pacjenta dochodzi do dalszego spadku masy ciała, powinno się normalną dietę uzupełnić gotowymi preparatami odżywczymi.

Problemy z połykaniem

Problemy z przełykaniem występują w przebiegu wielu schorzeń, mogą być spowodowane:

- stanem zapalnym błony śluzowej jamy ustnej u chorych poddanych radio- i chemioterapii
- przeszkodą mechaniczną wywołaną przez guz u chorych z rakiem przełyku i wpustu żołądka
- osłabionymi lub porażonymi mięśniami po udarach mózgowych
- zaburzeniami połykania u osób obłożnie chorych stale przebywających w łóżku

Jeżeli problemy z połykaniem związane są z bólem:

unikamy potraw drażniących, czyli głównie owoców i ich przetworów zawierających kwasy owocowe oraz pomidorów, drażniaco mogą działać również jogurty.

Posiłki powinny być miękkie i rozdrobnione, z dużą zawartością wody, aby ułatwić przełykanie. Produkty takie jak chleb czy herbatniki możemy moczyć w mleku lub herbacie, aby nie podrażniały błony śluzowej gardła. W skrajnych przypadkach należy potrawy miksować i podawać w formie papki lub płynu. Ulgę mogą przynieść dania i napoje schłodzone, unikamy gorącego jedzenia.

Trzeba pamiętać o wartości odżywczej posiłków, ponieważ ich postać powinna być płynna lub półpłynna, należy zadbać by nie były ubogie w składniki odżywcze. Dorosłemu człowiekowi nie wystarczy kaszka na mleku, rosół czy inna zmiksovana zupa. W diecie muszą znajdować się wszystkie niezbędne składniki odżywcze: białko, tłuszcze, węglowodany, błonnik, witaminy i sole mineralne.

Jeżeli przygotowuje się posiłki miksowane, to powinny one zawierać warzywa, mięso i dodatki skrobiowe takie jak kasza lub ziemniaki.

Przed zмиксовaniem najlepiej ugotować je na parze lub udusić z odrobiną tłuszczu, aby zapewnić najlepsze zachowanie wartości odżywczych.

Gdy dieta nie pokrywa zapotrzebowania chorego w składniki odżywcze, można ją wzbogacić wprowadzając składniki odżywcze takie jak oliwa z oliwek, śmietana, tłuste mleko, masło.

Kiedy naturalna dieta jest niewystarczająca i pomimo częstego przyjmowania posiłków pacjent nadal traci na wadze, lub kiedy przygotowanie miksowanych pokarmów jest kłopotliwe, można sięgnąć po gotowe preparaty odżywcze, które są wysokokaloryczne i bogatobiałkowe, w formie płynu, zawierają pełną gamę witamin i składników mineralnych w odpowiednich proporcjach.

Suchość w jamie ustnej

Dla niektórych chorych jest to znaczny problem, należy dbać wtedy aby potrawy nie były za suche i za twarde oraz by były popijane podczas jedzenia. Do posiłków można dodawać sosy, a pieczywo moczyć. Pomocne jest podawanie gumi do

żucia, pomiędzy posiłkami co stymuluje wydzielanie śliny i wspomaga apetyt.

Wskazane jest również płukanie jamy ustnej naparem z sieniienia lnianego, które powleka błonę śluzową ochronną warstwą.

Krztuszenie się

Kiedy spożywanie posiłków powoduje krztuszenie się musimy zadbać nie tylko o jego skład ale również o sposób jego spożywania.

Należy dopilnować by pacjent ułożony był w pozycji wysokiej czyli siedzące lub półsiedzącej, a głowa pochylona do przodu w kierunku klatki piersiowej.

Największe prawdopodobieństwo zachłyśnięcia występuje przy spożywaniu potraw płynnych. Dlatego do napojów i zup można dodawać preparaty zagęszczające na bazie mączki chleba świętojańskiego.

Podczas spożywania posiłków chory nie może się spieszyć, jedzenie należy podawać do ust w małych porcjach, aby zbyt nie męczył pacjenta powinno się robić częste przerwy. W tym przypadku również zwracamy uwagę na wartości odżywcze potraw, urozmaicone i apetyczne ich podanie, odpowiednią ilość kalorii, wszystkie niezbędne składniki odżywcze.

Problemy z gryzieniem

Mogą być spowodowane ubytkami w uzębieniu, parodontozą, bólem lub trudnościami mechanicznymi np. po operacji w obrębie jamy ustnej.

W każdym z tych przypadków pacjent z czasem zacznie unikać posiłków lub redukować ich ilość, dlatego zwracamy uwagę, czy jest ona odpowiednia.

Przy problemach z gryzieniem dieta powinna być przede wszystkim zmodyfikowana pod względem konsystencji. Czasami wystarczy tylko ugotowanie potrawy do pełnej miękkości. Nie wolno zapominać, że dieta powinna być pełnowartościowa, czyli bogata we wszystkie składniki odżywcze w odpowiednich proporcjach.

Nie należy rezygnować z mięsa, nabiału czy warzyw.

Wszystkie te składniki musimy jednak przygotować w specjalny sposób, ugotować na parze, udusić i rozdrobnić do pożądanej konsystencji lub zmiksovować do postaci płynnej i spożywać przez słomkę. Jeżeli jedzenie szybko męczy pacjenta podajemy mniejsze ilości, ale częściej.

Płynna i zmiksovana postać nie wymaga gryzienia, co ułatwia choremu przyjęcie wartościowego posiłku.

Nudności

Często występują z takimi objawami jak biegunka, bóle brzucha, gorączka, ból głowy i utrata łaknienia.

U ludzi starszych przyczynami nudności często jest owrzodzenie i zapalenie żołądka, zakażenie bakteryjne i pasożytnicze, a także alergia pokarmowa.

U dzieci i osób młodych najczęściej są wynikiem zakażenia wirusowego potocznie zwanego grypą żołądkową.

U chorych na nowotwory nudności pojawiają się jako wynik prowadzonego leczenia-chemio-lub radioterapii.

W wyniku zastosowania tych metod leczenia często dochodzi do wystąpienia nudności i wymiotów, zaburzeń smaków oraz nieprawidłowej motoryki przewodu pokarmowego.

Leczenie to przyczynia się również do wystąpienia nawracających stanów zapalnych w obrębie jamy ustnej.

Radioterapia w zależności od obszaru objętego napromienianiem może prowadzić również do zaburzeń smaku i powonienia, zapalenia błony śluzowej przewodu pokarmowego.

Gdy pojawiają się nudności, pacjent zmniejsza ilość przyjmowanych pokarmów w obawie przed wywołaniem wymiotów. Ograniczenia te nie zniwelują jednak problemu. Można natomiast zastosować pewne modyfikacje w sposobie odżywiania, które zmniejszą niepożądane objawy. Jeżeli mdłości pojawiają się już od rana to zaleca się spożycie kawałka białego pieczywa jeszcze przed wstaniem z łóżka, ponieważ częściowo wypełniony żołądek poprawia samopoczucie.

Posiłki przygotowujemy i spożywamy w wywietrzonych pomieszczeniach, by nadmiar aromatów kuchennych nie powodował dodatkowych nudności.

Spożywamy często, niewielkie posiłki świeżo przygotowane, tak skomponowane aby w małej objętości zawierały duże ilości składników odżywczych.

Wybieramy głównie te dania, na które chory ma ochotę pamiętając jednocześnie o ich pożywności.

Należy unikać potraw smażonych i wzdymających, które długo zalegają w żołądku i powodują uczucie sytości. Podczas przyprawiania potraw musimy zwrócić uwagę na niektóre przyprawy.

Trudności w przygotowaniu posiłków

Osoby starsze lub chore często mają problemy w samodzielnym przygotowaniu posiłku. Może być to spowodowane niedowładem lub drżeniem rąk, kłopotami z poruszaniem się lub po prostu ogólnym osłabieniem. W takim przypadku potrzebna jest pomoc osoby drugiej, która zrobi zakupy, pomoże przygotować posiłek czy w skrajnej sytuacji nakarmi pacjenta.

U ludzi chorych i starszych baczna uwaga należy zwracać na wartość odżywczą posiłków, ponieważ osoby te często mają skłonność do spożywania ubogiej diety, zawierającej głównie węglowodany.

Musimy pamiętać o dostarczeniu również białka (z ryb, nabiału, wędlin, chudego mięsa), tłuszczu (masło i oleje roślinne), witaminy, błonnik, minerały (warzywa i owoce).

Jeżeli problemem jest samodzielne posługiwanie się sztućcami, posiłki przygotowujemy tak, aby jak najłatwiej można je było zjeść. Warzywa można przyrządzić w postaci puree, a mięso zmielić lub posiekać. Wtedy łatwiej jest nakładać potrawę na widelec, a chory może jeść nawet łyżką.

Jeżeli problemy z samodzielnym przygotowaniem i spożywaniem przedłużają się, należy skonsultować się z lekarzem w celu wprowadzenia tzw. leczenia żywieniowego. Lekarz może również zdecydować o konieczności założenia zgłębnika lub gastrostomii.

Taki sposób odżywiania może być stosowany przez kilka tygodni, miesięcy a nawet lat i zawsze prowadzony jest pod nadzorem lekarza lub wykwalifikowane pielęgniarki. ■

Literatura u autora

Ewa Wręczycka

Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej

Opieka paliatywna stanowi jeden z elementów funkcjonującej w Polsce polityki zdrowotnej. Polityka zdrowotna jest dającym się wyodrębnić świadomie kształtowanym zespołem

działań na rzecz zdrowia publicznego, prowadzącym do poprawy stanu zdrowia populacji i do zagwarantowania wszystkim obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego.

System opieki zdrowotnej jest systemem instytucjonalnym, którego wielofunkcyjnym zadaniem jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludzkości, a więc zapewnienie opieki zdrowotnej poszczególnym jednostkom i całej społeczności, w tym zastosowanie całego zakresu działań zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. System powinien wykorzystywać w maksymalnym stopniu potencjał posiadanej infrastruktury i kadr, w których najliczniejszą grupę zawodową stanowią pielęgniarki.

Uświadomienie sobie istoty opieki- częstych codziennych spotkań z cierpiącymi, zbliżającym się do kresu życia chorym- jest niezbędne, aby zrozumieć jak taka opieka winna być zorganizowana, na czym polega opieka hospicyjna, jaka jest rola poszczególnych członków zespołu, w tym także pielęgniarek.

Opieka hospicyjna (hospes- z łac. przyjaźń, gościnne przyjęcie, dom gościnny, gościna w sercu, gospoda) ma dać schronienie choremu i potrzebującemu pomocy oraz obdarzyć częstą swojego serca, dać miłość i opiekę wypływającą z potrzeby miłosiernego serca.

Hospicjum zajmuje się specjalistyczną pomocą ciężko chorym i cierpiącym głównie z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej, ale również w sytuacjach, w których niemożliwe jest wyleczenie, a przedłużanie życia staje się bezsensowne i kiedy śmierć i umieranie są nieuniknione.

Miejscem opieki najczęściej jest dom chorego, a więc miejsce, które wiąże się z poczuciem własnego świata, bliskich ludzi, zdarzeń, a nawet sprzętów. Wsparcie ofiarowane przez pielęgniarki musi zawsze uwzględniać skomplikowaną historię cierpienia chorego i współcierpiącej rodziny, wzajemne uwarunkowania, więzi i konflikty.

Opieka paliatywna jest „całościową” (holistyczną) i wielospecjalistyczną opieką w daleko zaawansowanym okresie choroby przewlekłej obejmującą wszystkie potrzeby chorego. Jej celem jest poprawa jakości życia chorego przez łagodzenie dolegliwości, a także przez niesienie szeroko pojętej pomocy psychologicznej, duchowej i środowiskowej. Prowadzona jest przez lekarzy, pielęgniarki, psychologów, pracowników socjalnych, osoby duchowne, wolontariuszy, itp. i obejmuje przede wszystkim chorych na nowotwory złośliwe.

Opieka ta ma na celu uśmierzenie bólu i innych dokuczliwych objawów, ofiarowanie ulgi w cierpieniach i podnoszenie rangi uciekającego życia, dąży również do zaspokajania psychosocjalnych i duchowych potrzeb, pozwalając choremu na spędzenie ostatniego okresu życia z godnością- możliwie jak najdłużej wśród rodziny, którą należy wspierać podczas choroby bliskiej osoby jak i w okresie osierocenia.

Miejsce kluczowe w zespole opieki paliatywnej przypada niewątpliwie pielęgniarkom. To pielęgniarka spędza z chorym najwięcej czasu, pełniąc czynności pielęgnacyjne, towarzyszy jego lękowi i rozterką. Chorzy często chętnie zwracają się do pielęgniarki i radzą w trudnych sytuacjach, dlatego też zakres działań pielęgniarek poszerzył się o pomoc psychologiczną chorym. Często to pielęgniarka jest powiernikiem tajemnic życia. Dlatego też do przeszłości należą czasy kiedy rola pielęgniarki sprowadzała się wyłącznie do wypełniania zaleceń lekarza i wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.

Pielęgniarka w opiece hospicyjnej musi być wszechstronnie wykształcona w zakresie właściwej pielęgnacji i zwalczania dolegliwości chorego. Wiodącą rolą pielęgniarki w zespole oznacza także koordynację działań wszystkich członków zespołu aby współpraca była harmonijna.

Pielęgniarka współpracuje z innymi członkami zespołu czyniąc wspólne wysiłki aby zapewnić jak najwyższą jakość opieki.

Pielęgniarka, będąc przy chorym, wie jak zaspokoić stale zmieniające się potrzeby, zależne od przebiegu choroby i występujących objawów. To pielęgniarka jest najczęściej przy łóżku chorego, poznaje jego upodobania, zwyczaje, światopogląd. Może odczytać przekazy niewerbalne, może zdobyć jego zaufanie.

Chorzy obarczeni chorobą nowotworową wymagają bystrej obserwacji, cierpliwości oraz zaspokojenia potrzeb fizycznych tj. spanie, jedzenie i ruch oraz emocjonalnych, społecznych i duchowych.

Pielęgniarka bacznie obserwując chorego, słuchając wypowiedzi werbalnych, jak i niewerbalnych tj. postawa ciała, gesty, symbole, może zorientować się jaki jest ich stosunek do własnej choroby, do życia, czego się obawiają, za czym tęsknią, co chcieliby wiedzieć o własnym stanie zdrowia i ile prawdy są w stanie przyjąć. Szczere i otwarte komunikowanie się pielęgniarki z pacjentem wymaga od niej umiejętności oraz odwagi.

Właściwie przeprowadzona przez pielęgniarkę rozmowa pozwala skutecznie udzielić pomocy choremu. W miarę możliwości należy postarać się o stworzenie warunków intymności. Pielęgniarka powinna zadbać aby chory miał wygodną pozycję, upewnić się czy fizycznie czuje się zdolny do rozmowy, wyłączyć radio, TV.

Aby pielęgniarka nawiązała również kontakt emocjonalny z chorym wymaga się od niej posługiwania strategią niewerbalną, tzw. „język ciała” (uśmiech, mimika, kontakt wzrokowy, postawa, przyjazne gesty, czasem dotyk), oraz aktywne słuchanie. Bardzo istotne jest udzielenie choremu informacji na nurtujące go pytania (tryb życia, sposób opieki, sposób odżywiania, itp.).

Informacje powinny być:

- zrozumiałe,
- jednoznaczne,
- oparte na dotychczasowych wiadomościach chorego,
- podane stopniowo i po trochu.

Pacjent w terminalnym okresie choroby nowotworowej jest człowiekiem cierpiącym na schorzenia nieuleczalne prowadzące do nieuchronnej śmierci. Dlatego pogarszający się stan chorego wymaga od pielęgniarki podejmowania wielu zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych, a także nauczania wielu czynności rodziny chorego. Czynności te to: karmienie, pojenie, toaleta ciała w łóżku, technika zmiany opatrunku, nieprofesjonalny masaż, toaleta przeciwoleżynowa, zapobieganie zaparciom i sposoby postępowania w przypadku wystąpienia biegunki i zaparc, zakładanie i pielęgnacja motylka, obsługa pompy infuzyjnej, technika przygotowania i podawania leków doustnych, podskórnych, we wlewkach, podawanie leków przez cewnik zewnątrzoponowy.

Wykonująca te zabiegi pielęgniarka hospicyjna pozwala poprawić jakość życia chorego. To właśnie pielęgniarka hospicyjna jest najczęściej i najdłużej przy ciężko chorym.

Rola pielęgniarki pracującej na oddziale różni się od pracy w domu chorego. Nie dotyczy to czynności medycznych, lecz podejścia do pacjenta. Pielęgniarka otacza opieką nie tylko troskliwą, ale również pełną empatii, otwartości i ciepła zapewniającej wsparcie i dobrą pielęgnację. Wszystkie zabiegi wykonywane u chorego muszą być wykonywane za jego zgodą.

Pielęgniarka poprzez wiedzę stara się poprawić realną sytuację chorych, uwzględniając ich podstawowe potrzeby psychiczne i społeczne.

Poprzez właściwą troskę o zaspokojenie potrzeb psychicznych i społecznych, pielęgniarka przyczynia się w znacznym stopniu do poprawy jakości życia (spotkania rodzinne, msze przy łóżku chorego). Do poprawy jakości życia służą także wysiłki personelu zmierzające do zmniejszenia uciążliwości leczenia poprzez unikanie metod agresywnych, przykrych (preferowanie podawania leków doustnych, lub przez „motylek”). Zmieniający się wygląd chorego, utrata masy ciała i brak apetytu jest bardzo stresogennym, objawem zarówno dla pacjenta jak i jego rodziny. Należy starać się aby chory czas posiłku i posiłki traktował jako przyjemność, zwrócić uwagę na smak i zapach. Pokarmy powinny być ciepłe, wygląd posiłku apetyczny. Ważną rolą pielęgniarki jest uwrażliwienie rodziny aby nie karmiła chorego „na siłę”.

Sprawowanie przez pielęgniarkę ciągłej i fachowej opieki, umożliwienie kontaktu telefonicznego, zapewniają poczucie bezpieczeństwa choremu i jego rodzinie. Pielęgniarka koniecznie powinna uprzedzić opiekunów o możliwości pojawienia się sytuacji nagłych i sposobu postępowania, np.: w razie bólu, rzęzenia przedśmiertnego.

Pielęgniarka musi podchodzić do swojej pracy elastycznie, dostosowując rodzaj usług do potrzeby danej rodziny.

Ponieważ w opiece domowej bardzo ważny jest problem współpracy z rodziną chorego, rola pielęgniarki jest tu niezastąpiona. Pielęgniarka bardzo często staje się przyjacielem rodziny, udzielając rad i wsparcia emocjonalnego, od niej zależy ogólna atmosfera i organizacja pracy.

Istotną rolą pielęgniarki jest wytłumaczenie, że jeżeli w rodzinie chorego są dzieci nie powinny być izolowane, lecz powinny one być włączone do opieki na miarę ich możliwości i wieku.

Najlepszym miejscem dla chorego umierającego jest dom. A najlepszymi opiekunami rodzina. Zasadnicza pomoc pielęgniarki powinna polegać na właściwym instruktarzu. Pielęgniarka uprzedza o ewentualnym pojawieniu się nowych objawów i sposobach przeciwdziałania. Bardzo ważną rolą pielęgniarki jest wsparcie psychiczne opiekunów, wytłumaczenie niektórych reakcji chorego, podjęcie prób poprawy komunikacji i wzajemnych kontaktów chorego z rodziną.

Szczególnie potrzebna okazuje się pomoc pielęgniarki rodzinie w okresie umierania. Trzeba przygotować opiekunów na śmierć bliskiej osoby. Spokojnie i taktownie przekazać, że wszelkie działania nadzwyczajne, takie jak kroplówki, leki podnoszące ciśnienie krwi, itp. nie przedłużają życia, a okres umierania. Pielęgniarka powinna zwrócić uwagę rodziny na rolę dotyku- jest najdłużej odczuwalnym zmysłem.

Pielęgniarka pomimo braku uprawnienia do informowania chorego i jego rodziny o diagnozie i jej rokowaniu, pełni w procesie informowania pacjenta u kresu życia ogromną rolę. Każdy człowiek ma prawo do przygotowania się do własnej śmierci. Pielęgniarka powinna skupić się na staraniach by śmierć pacjenta uczynić „śmiercią dobrą”.

Pielęgniarka musi zadbać o komfort fizyczny, psychiczny i społeczny umierającego człowieka. Pielęgniarka bywa bardzo potrzebna rodzinie, bezpośrednio po śmierci chorego.

Pielęgniarka podejmująca decyzje o podjęciu pracy w opiece paliatywnej musi niejednokrotnie zweryfikować swój system wartości. Pielęgniarka powinna charakteryzować się wrażliwością, a zarazem odpornością psychiczną.

Pacjentami są osoby w różnym wieku zarówno dzieci, młodociani, jak i ludzie w sile wieku oraz starsi. Pielęgniarka hospicyjna musi sprostać sytuacjom występującym w rodzinie

chorego. Ponadto, niezależnie czy sprawując opiekę paliatywną w domu chorego, czy w tzw. hospicjum domowym, czy w oddziale stacjonarnym opieki hospicyjnej, w ośrodku opieki dziennej, w poradni medycyny paliatywnej oraz wszędzie tam, gdzie może znaleźć się pacjent w terminalnym okresie choroby - musi być gotowa na podejmowanie stale nowych wyzwań. Opieki paliatywnej nie można nauczyć się raz. Każdy nowy pacjent to nowa szkoła dla pielęgniarki opieki hospicyjnej. ■

Literatura u autora.



Renata Macherzyńska

ZOZ Kłobuck

Oddział Chorób
Wewnętrznych w Kłobucku

Koło Terenowe PTP
w Kłobucku

ROLA PIEŁĘGNIARKI W PRZYGOTOWANIU PACJENTA DO KOLONOSKOPII

Wstęp

Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym, wykonywanym w celu diagnostycznym (dokładne obejrzenie jelita grubego, pobranie materiału do badania), terapeutycznym (wykonanie polipektomii, hamowanie krwawień z nieprawidłowych struktur dolnego odcinka przewodu pokarmowego wywołanych przez guzy, owrzodzenia i malformacje naczyniowe, usuwanie ciał obcych, poszerzanie zwężeń, dekompresja zaostrzenia colitis ulcerosa) oraz profilaktycznym (profilaktyka i kontrola pooperacyjna raka jelita grubego).

Wskazania do kolonoskopii

Wskazaniami do diagnostycznej kolonoskopii są niepokojące objawy (niewyjaśnione krwawienie z odbytu, krew w stolcu lub krew utajona w kale, niewyjaśniona niedokrwistość, zmiana rytmu wypróżnień, niewyjaśnione zahamowanie wzrostu oraz utrata masy ciała, brak apetytu bez ustalonej przyczyny, przewlekłe, nasilone bóle brzucha o nieznanej przyczynie, uporczywe parcie na stolec, uczucie niepełnego wypróżnienia, bezwiedne oddawanie stolca, przewlekłe zaparcia, przewlekłe biegunki o nieznanej etiologii, zmiana wyglądu stolca np. wąski „ołówkowaty” stolec), podejrzenie nieswoistego zapalenia jelit i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, niewyjaśniona niedokrwistość wynikająca z niedoboru żelaza, podejrzenie zmian w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego, uwidocznionych w badaniach obra-

zowych, jako badanie diagnostyczne chorób jamy brzusznej, w tym zespołu jelita nadwrażliwego, podejrzenie nowotworu złośliwego jelita grubego.

Wskazaniami do nadzoru endoskopowego dolnego odcinka przewodu pokarmowego jest polipowatość przewodu pokarmowego, w tym rodzinna polipowatość gruczolakowata (wymaga wykonywania kolonoskopii co 1–2 lata począwszy od 10-12 roku życia), Zespół Peutza-Jeghersa (nadzór kolonoskopowy dotyczy osób dorosłych, wskazana jest kolonoskopia od 25 roku życia co 3 lata), polipowatość młodzieńcza (kolonoskopię zaleca się co 3 lata u nastolatków lub wcześniej w przypadku objawów w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego). Nadzorem takim objęci są pacjenci z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w celu profilaktyki oraz wczesnego wykrywania zmian nowotworowych. Kolonoskopię wówczas wykonuje się co 2 lata po 8 latach od postawienia diagnozy jeśli nastąpiło rozległe zajęcie jelita grubego, po 15 latach choroby ograniczonej tylko do lewej części okrężnicy oraz co rok w przypadku współistnienia pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych. Badanie wykonywane jest również jako kontrola po wykonanej polipektomii i leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego oraz jako kontrola u osób z chorobą Leśniowskiego - Crohn'a, jako badanie przesiewowe (skrining) w kierunku raka jelita grubego (wczesne wykrycie raka niedającego jeszcze objawów oraz zmian przedrakowych w postaci gruczolaków - raz na 10 lat u osób które przekroczyły 50 rok życia), w przypadku rodzinnego obciążenia nowotworem jelita grubego oraz w sytuacji odrzucania przeszczepu po transplantacji jelita.

Wskazania do terapeutycznej kolonoskopii obejmują usuwanie polipów w obrębie jelita grubego usuwanie ciał obcych poszerzanie zwężeń w obrębie dolnego odcinka przewodu pokarmowego i tamowanie krwawień.

Badanie ma szczególne znaczenie w diagnostyce raka jelita grubego, wykonywane jest zawsze, kiedy zaistnieje choćby najmniejsze podejrzenie wystąpienia tego nowotworu. W przypadku wystąpienia niedokrwistości (anemii), czyli obniżenia stężenia hemoglobiny we krwi o niejasnej przyczynie, kolonoskopię wykonuje się w celu sprawdzenia, czy powodem niedokrwistości nie jest patologia w obrębie jelita grubego (krwawienie spowodowane nieprawidłowościami naczyniowymi lub nowotwór).

Przeciwwskazania do kolonoskopii

Mimo rozległych wskazań, istnieją pewne przeciwwskazania do wykonania kolonoskopii. Wśród nich możemy wyróżnić wstrząs lub niestabilny stan chorego, ciężkie zaburzenia krzepnięcia krwi, podejrzenie perforacji jelita (zapalenie wsierdza do 1 roku od zachorowania), ciężką postać wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, toksyczne rozszerzenie okrężnicy (megacolon toxicum), zaostrzenie chorób zapalnych jelita grubego (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego - Crohn'a), zapalenie otrzewnej (silna bolesność przy dotykaniu, deskowaty brzuch), ciąża (II i III trysemestr), świeży zawał serca, ostra niewydolność wieńcowa, niewydolność oddechowa i krążeniowa, ciężkie choroby serca (m.in. ciężkie zaburzenia rytmu), brak współpracy pacjenta z lekarzem, a przede wszystkim brak zgody pacjenta.

Powikłania badania

Badanie kolonoskopowe jest badaniem inwazyjnym, obarczonym możliwymi powikłaniami. Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań mogą wystąpić zarówno na etapie

ustalania wskazań i przeciwwskazań do badania, przygotowania chorego do badania jak też samego przeprowadzenia kolonoskopii. Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań jest zależne od starannego rozpatrzenia wskazań i przeciwwskazań do badania, wykonania zabiegu zgodnie z obowiązującymi standardami jakości, oznaczenia możliwych powikłań oraz rozpoznania czynników ryzyka. Uwzględniając czynnik sprawczy, niepożądane skutki badania kolonoskopowego można podzielić na powikłania występujące przed przeprowadzeniem zabiegu i będące skutkiem przygotowań do badania oraz powikłania będące bezpośrednio związane z procedurą.

Do pierwszej kategorii zaliczyć można powikłania związane ze stosowaną przed badaniem sedacją - począwszy od krwaka w miejscu wkłucia, zapalenia żył, poprzez niepożądane działanie leków stosowanych przy sedacji jak np. tachykardia, zaburzenia rytmu serca, depresja układu oddechowego, zaburzenia zachowania, obniżenie ciśnienia. Podczas przygotowania do kolonoskopii konieczne jest oczyszczenie jelita grubego, co także może prowadzić do niepożądanych skutków, zarówno podczas jego mechanicznego czyszczenia (uszkodzenie śluzówki), jak i przygotowaniu doustnym stosując preparaty fosforanowe, co może spowodować dyselektrolitemię. Przygotowanie pacjenta przy pomocy preparatów izotonicznych wymaga natomiast przyjęcia ich w znacznej objętości, co często powoduje spore trudności, szczególnie u dzieci. Konieczność pozostania przed badaniem na czczo w połączeniu z przyjmowaniem środków przeczyszczających, może przyczynić się do hipowolemii. Kolonoskopia obarczona jest również możliwością powikłań okołodobytynicznych takich jak perforacje, krwawienia, reakcje wazowagalne, zespoły po polipektomii, ból brzucha, chemiczne zapalenie jelita, bakteriemia, uszkodzenie śledziony, ostre zapalenie trzustki, uszkodzenie lub rozerwanie krezki poprzecznej oraz inne rzadkie powikłania.

Przygotowanie pacjentów do kolonoskopii

Optymalna metoda przygotowania pacjenta do kolonoskopii powinna być bezpieczna, dobrze tolerowana przez chorego, prosta do zastosowania oraz powinna zapewnić dobre oczyszczenie jelita grubego. Ponadto nie może zaburzać oceny endoskopowej ani histopatologicznej. Właściwe przygotowanie pacjenta ma kluczowe znaczenie dla jakości badania, umożliwiając wykonanie dokładne, szybkie i bezpieczne. Naczelne miejsce zajmuje przygotowanie psychiczne. Pacjenci obawiają się potencjalnego bólu, wstydliwych dla nich objawów (wzdęć, odruchów wymiotnych, gazów), czują się zawstydzeni koniecznością obnażenia się, obawiają się utraty kontroli nad zwieraczami podczas endoskopii, a także odczuwają strach przed postawieniem diagnozy mogącej potwierdzać chorobę nowotworową. Chorzy często wzajemnie się zastraszają, opowiadając o swoich nieprzyjemnych doznaniach związanych z badaniem, kłopotliwym przygotowaniu oraz głodówką trwającą kilka dni. Opinie te są często przyczyną rezygnacji z wykonania badania, toteż sposób przeprowadzenia rozmowy powinien być zależny od osobowości oraz indywidualnych potrzeb chorego. Ważnym elementem jest nawiązanie emocjonalnego kontaktu z pacjentem, zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa oraz zaufania. Informacje muszą być rzetelne, przekazane w zrozumiałym sposób bez pozostawienia niepewności, niewyjaśnionych zagadek. Istotnym aspektem jest poszanowanie

intymności i godności pacjenta. Niekiedy konieczne jest podanie środków farmakologicznych. Najczęściej stosowanymi lekami stosowanymi w kolonoskopii są midazolam i fentanyl, wykorzystuje się także propofol, który wymaga nadzoru anestezjologicznego.

Przygotowanie fizyczne polega głównie na pełnym oczyszczeniu jelit z resztek pokarmowych. U dorosłych pacjentów przygotowanie do badania prowadzone jest zwykle w warunkach domowych. Przygotowanie dziecka jest dużo trudniejsze, dlatego w większość ośrodków w Polsce przygotowuje dzieci w warunkach szpitalnych, zwykle 1–2 dni przed planowanym zabiegiem endoskopowym. Optymalny sposób przygotowania jelita grubego powinien być skuteczny, trwać krótko i opierać się na stosunkowo niewielkiej ilości łatwych do szybkiego przyjęcia płynów zapewniających dokładne wypłukanie jelita grubego. Czynności te nie mogą powodować zaburzeń wodno-elektrolitowych, wywoływać powikłań oraz wpływać na strukturę śluzówki. Żaden z istniejących sposobów przygotowania jelita do kolonoskopii nie spełnia tych wszystkich wymogów, dlatego nie może być uznany za uniwersalny. Istnieje wiele sposobów przygotowania do kolonoskopii, a zalecenia w różnych pracowniach endoskopowych mogą znacznie się od siebie różnić. Najczęściej stosowane są schematy oparte na preparatach fosforanów lub izotonicznym roztworze glikolu polietylenowego (PEG, polyethylene glycol). Skuteczność fosforanów i PEG jest porównywalna, natomiast preparaty zawierające sennozyd są oceniane gorzej. Roztwory fosforanów częściej wywołują zaburzenia wodno-elektrolitowe, dlatego stosowanie ich u osób z niewydolnością serca, nerek, wodobrzuszem czy zwężeniami w przewodzie pokarmowym powinno być ograniczone. W wyżej wymienionych stanach bezpieczniejsze są preparaty izoosmotyczne PEG. Przed planowaną kolonoskopią pacjent musi zaprzestać przyjmowania doustnie pokarmów. W dniu poprzedzającym badanie można zjeść jedynie lekkie śniadanie (bez mleka, warzyw i owoców, napojów gazowanych), a następnie pić jedynie płyny (2 do 4 litrów) oraz wskazany przez lekarza środek przeczyszczający. Dodatkowo przez 3 dni przed badaniem nie należy spożywać owoców pestkowych i warzyw (m.in. pomidorów, winogron, truskawek) oraz nasion siemienia lnianego czy maku. Jeżeli kolonoskopia planowana jest w znieczuleniu ogólnym, to 6 godzin przed badaniem nie wolno przyjmować również żadnych płynów. W przypadkach dzieci odmawiających picia, możliwe jest założenie sondy nosowo-żołądkowej i podanie płynów dożołądkowo. W większości przypadków zalecana jest dieta płynna.

Najczęściej stosowaną w Polsce metodą przygotowania jelita grubego do badania kolonoskopowego jest schemat wymagający wypicia 3–4 litrów roztworu PEG (1 l/20 kg mc.) w godzinach popołudniowych lub wieczornych w dniu poprzedzającym badanie oraz zaniechanie spożywania posiłków od momentu rozpoczęcia przygotowań aż do wykonania kolonoskopii. Jednorazowe wypicie pełnej dawki PEG oraz zakaz jedzenia bywają źle tolerowane przez chorych, co może skutkować brakiem akceptacji i współpracy a tym samym nieukończeniem przygotowania. Wadą tego schematu jest również pogarszanie się stopnia oczyszczenia, zwłaszcza prawej części okrężnicy, wraz z czasem, jaki upłynął od zakończenia przygotowania do rozpoczęcia kolonoskopii. W związku z powyższym wciąż poszukuje się rozwiązań alter-

natywnych, np. poprzez zmniejszenie dawki PEG do 2 litrów, jednak schemat ten wymaga niekiedy dołączenia drugiego leku przeczyszczającego (bisakodylu lub kwasu askorbinoowego) w dużych dawkach. W celu jednoczesnej poprawy akceptacji i skuteczności przygotowania można dokonać podziału pełnej dawki PEG. Jest to tzw. schemat split-dose. Pierwszą część dawki przyjmuje się wówczas po południu lub wieczorem w dniu poprzedzającym kolonoskopię natomiast drugą część rano w dniu badania. Schemat split-dose sprzyja ukończeniu przygotowania do badania kolonoskopii i cechuje się podobną częstością powikłań w porównaniu ze standardowym przygotowaniem. Przy dawce podzielonej nie stosuje się istotnych ograniczeń dietetycznych, co nie pogarsza jakości oczyszczenia. Dawkę PEG można podzielić na różne sposoby: 2 litry/2 litry, 3 litry/1 litr, 2 litry/ 1 litr, 1,5 litra/1,5 litra. W celu zwiększenia skuteczności, dodatkowo przed rozpoczęciem spożycia PEG przyjmuje się bisakodyl (10 mg). W przypadku wykonywania kolonoskopii bez znieczulenia ogólnego przyjmowanie porannej dawki należy zakończyć 1,5–2 godziny przed planowaną kolonoskopią. Wciąż brak jest dostępnych schematów przygotowania dzieci do Kolonoskopii i jest zależne od wieku, stanu przedmiotowego oraz możliwości współpracy. Niemowlęta przygotowuje się za pomocą wlewów z soli fizjologicznej w ilości 10 ml/kg m.c. U starszych dzieci stosuje się dietę płynną, środki przeczyszczające i wlewki doodbytnicze. Liczba dostępnych na rynku preparatów służących do oczyszczania jelit przed badaniem stosowanych u dzieci jest ograniczona. Glikol polietylenowy może powodować nudności i wymioty, a preparaty fosforanowo-sodowe z uwagi na działanie osmotyczne mogą prowadzić do dyselektrolitemii i z tego powodu nie są rekomendowane u dzieci. Przeprowadzenie kolonoskopii u dziecka wymaga jego współpracy przy badaniu. Jeżeli nie jest ona możliwa, należy zastosować sedację. W takich przypadkach wykorzystuje się sedację płytką, głęboką lub znieczulenie ogólne. Należy pamiętać, że w przypadku dzieci istnieje większe ryzyko komplikacji podczas sedacji. Jest to związane z mniejszą podatnością dróg oddechowych, większą produkcją śluzu, większą niż u dorosłych objętością języka oraz znacznymi rozmiarami migdałków sprzyjającymi wystąpieniu epizodów niedotlenienia. Przed wypisem ze szpitala rodzice lub opiekunowie dziecka powinni ponadto otrzymać informacje o konieczności dalszej obserwacji pacjenta w warunkach domowych oraz o ewentualnych objawach, mogących świadczyć o powikłaniach, wymagających pilnego kontaktu z lekarzem. Należy także poinformować o możliwości wystąpienia komplikacji nawet po 2 tyg. od przeprowadzenia badania. Pacjentom z ryzykiem wystąpienia bakteryjnego zapalenia wsierdza (np. ze sztucznymi zastawkami serca, z przeciekiem systemowo-płucnym, po przebytych endocarditis, z nową protezą naczyniową lub ze złożonymi sinicznymi wadami serca) zaleca się profilaktyczną antybiotykoterapię przed wykonaniem badań. Bezpośrednie przygotowanie pacjenta do zabiegu wymaga od pielęgniarki rejestracji zgłaszającego się pacjenta, sprawdzenia dokumentacji i wyników badań, kontroli ciśnienia krwi i tętna, zebrania wywiadu obejmującego informacje na temat przyjmowanych leków, chorób współistniejących, uczulenia na leki. Ponadto pielęgniarka upewnia się, czy pacjent wyraził pisemną zgodę na wykonanie procedury. Pielęgniarka pomaga choremu przyjąć odpowiednią pozycję do badania. Po badaniu pielęgniarka przewozi pacjenta na salę, zapewniając mu spokój i odpoczynek. Pacjent pozostaje pod

opieką pielęgniarską do momentu, aż przestaną działać podane leki. W tym okresie prowadzi się obserwację oraz kontrolę parametrów takich jak tętno, ciśnienie tętnicze, oddech czy stan świadomości. Pacjenta należy poinformować, żeby po badaniu nie wstrzymywał gazów. Podczas badania zadaniem pielęgniarki jest przypominanie pacjentowi o konieczności głębokiego i spokojnego oddychania. Pielęgniarka podaje lekarzowi odpowiednie akcesoria endoskopowe i zabezpiecza pobrany w trakcie badania materiał diagnostyczny. Pielęgniarka udziela pacjentowi informacji, gdzie i kiedy można się zapoznać z wynikami badań histopatologicznych.

Co czuje pacjent?

Nawet najlepsze opracowania naukowe nie zastąpią opinii samego pacjenta, toteż, aby poznać odczucia, obawy chorego oraz dostosować postępowanie personelu do zapewnienia optymalnego standardu postępowania przeprowadzono sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Ankieta ta była anonimowa, a badanie przeprowadzono wśród pacjentów poddanych badaniom endoskopowym.

Badana grupa (30 osób) wysoko oceniła poczucie bezpieczeństwa oraz zapewnienie intymności podczas badania. W odpowiedzi na pytanie: „Jak ocenia Pan/Pani swoje przygotowanie do badania?” - 65% badanych odpowiedziało „bardzo dobrze” a 35% „dobrze”. Na pytanie „Czy personel oddziału był pomocny w przygotowaniu badania?”, wszyscy respondenci udzielili odpowiedzi twierdzącej. Ankietowanych pytano szczegółowo o występowanie kilku możliwych objawów niepożądanych podczas badania, takich jak: krwawienia z odbytu, nudności, wymioty czy inne. Najczęściej podawanymi przez ankietowanych dolegliwościami były nudności (35%), krwawienia z odbytu (4%) i wymioty (4%). 62% ankietowanych nie odczuwało żadnych dolegliwości związanych z badaniem. Z analizy zebranego materiału-jednoznacznie wynika, że możliwe dolegliwości występowały jedynie u nieznacznego odsetka badanych i nie miały one znaczącego wpływu na przebieg badania. Lęk przed badaniem w badanej grupie odczuwało 58% ankietowanych. Wyraźnie wyższy poziom lęku odnotowano u osób, które nie miały wcześniej wykonywanego badania kolonoskopowego (76%), oraz wśród kobiet (65%). Osoby, które zgłosiły wystąpienie-różnych dolegliwości podczas przygotowania do badania, częściej również reprezentowały wyższy poziom lęku niż osoby, u których nie wystąpiły żadne dolegliwości.

W wyniku przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski. Kolonoskopia jest badaniem inwazyjnym dolnego odcinka przewodu pokarmowego, na którego wykonanie pacjent musi zostać odpowiednio i starannie przygotowany przez personel medyczny, zarówno fizycznie jak i psychicznie. Wśród pacjentów--zakwalifikowanych do kolonoskopii panuje wiele nieprawdziwych-sądów dotyczących skomplikowania badania, występowania bólu oraz powikłań w trakcie badania. Brak lub niewystarczający poziom wiedzy pacjenta, wyolbrzymione lub nieprawdziwe informacje mogą wzbudzać niepokój i lęk, który wpływa niekorzystnie na przebieg badania i związane z tym dolegliwości bólowe. Szczególną uwagę należy zwrócić na przekaz prawdziwych-informacji, edukację a także wsparcie psychiczne i emocjonalne pacjentów zakwalifikowanych do kolonoskopii. Personel pielęgniarski stanowi kluczową rolę w przygotowaniu fizycznym i psychicznym pacjenta do kolonoskopii. ■



**Mgr Magdalena
Osińska**

Członek Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarskiego
w Częstochowie

Choroby nerek u ludzi w wieku podeszłym

Nie należy zakładać, że każdy człowiek po przekroczeniu 65 czy 70 roku życia ma nieuchronnie mniej lub bardziej zaawansowaną postać niewydolności nerek.

Około 30% osób w wieku podeszłym nie wykazuje w ogóle zaburzeń czynności nerek, natomiast tych, u których występuje najszybszy ubytek masy czynnego mięszu nerkowego, zwykle stwierdza się zwykle obecność czynników ryzyka nerkowego w postaci nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, hiperlipidemii czy nikotynizmu. Wzrost ciśnienia tętniczego nawet w granicach wartości prawidłowych, skutkuje u osób w podeszłym wieku przyspieszeniem upośledzenia czynności nerek.

Zmiany czynnościowe w nerkach wywołane starymi procesami inwolucyjnymi i ich następstwa kliniczne

Czynność	Rodzaj zaburzenia	Następstwa kliniczne
Przepływ krwi przez nerki	Spadek wraz z wiekiem o 30-50%	Sklonność do rozwoju zmian niedokrwiennych w nerkach
Filtracja kłębuszkowa	Spadek wraz z wiekiem o 30-50%	Upośledzenie funkcji wydalniczej nerek
Zagęszczanie moczu	Spadek zdolności zagęszczania i rozcieńczania	Sklonność do rozwoju odwodnienia lub przewodnienia
Konserwacja sodu	Spadek zdolności konserwacji sodu	Sklonność do rozwoju hiponatremii oraz hipotensji ortostatycznej
Gospodarka potasowa	Spadek ogólnej puli jonów potasu i jego funkcji wymiennej. Spadek aktywności układu renina - angiotensyna - aldosteron	Sklonność do rozwoju zarówno hipokalemii i hiperkalemii
Zakwaszanie moczu	Spadek zdolności zakwaszania niezależny od spadku filtracji kłębuszkowej	Rozwój niepełnej kwasicy cewkowej, skłonność do rozwoju jawnej kwasicy metabolicznej

Choroby nerek u pacjentów w wieku podeszłym mogą niekiedy przebiegać w sposób odmienny niż u osób młodych jak również częstość występowania schorzeń nefrologicznych ulega w wieku podeszłym pewnym zmianom.

Kłębuszkowe zapalenie nerek

Kłębuszkowe choroby nerek, zwłaszcza niektóre, mogą występować częściej u ludzi starych. Dotyczy to nefropatii błoniastej i submikroskopowego kłębuszkowego zapalenia nerek. Najczęściej występują cechy zespołu nerczycowego lub nieprawidłowości w osadzie moczu (nawracający krwinkomocz, białkomocz itd.), z nadciśnieniem tętniczym lub prawidłowymi wartościami ciśnienia tętniczego. U około 20% chorych jest związany z chorobą nowotworową, często układu krwiotwórczego.

Nefropatia cukrzycowa

Schorzenie to staje się stopniowo najczęstszą przyczyną niewydolności nerek, szczególnie u osób w wieku podeszłym. Zwiększającą się progresywnie liczba chorych na neuropatię cukrzycową jest spowodowana epidemią cukrzycy typu 2, jak również poprawą opieki diabetologicznej. Przedłużenia życia chorych przez stale doskonały nadzór diabetologiczny sprawia, że coraz więcej pacjentów osiągając wiek podeszły wkracza, wskutek zmian nefropatycznych, w etap przewlekłej niewydolności nerek. Zakładając, że około 10% chorych na cukrzycę typu 2 jest zagrożonych rozwojem neuropatii cukrzycowej, to w Polsce około 200 000 osób jest obarczonych tym ryzykiem.

Nefropatię cukrzycową definiuje się jako stałe, utrzymujące się wydalenie albumin z moczem przekraczające 0,3 g na dobę (klinicznie obecność jawnego białkomoczu) u chorych na cukrzycę, przy nieobecności innych chorób nerek. Obraz kliniczny nefropatii cukrzycowej u chorych wieku podeszłym różni się jedynie tym, że częściej obserwuje się u nich występowanie nadciśnienia tętniczego wtórnego zakażenia układu moczowego w porównaniu z młodszą grupą wiekową. Nagłe pojawienie się wysokiego ciśnienia tętniczego lub jego oporności na leczenie wymaga wykluczenia miażdżycowego zwężenia tętnic nerkowych. Jednak badania radiologiczne z kontrastem może powodować pogorszenie funkcji nerek. Chorych w wieku powyżej 60 lat z późnymi powikłaniami narządowymi cukrzycy i chorobami współistniejącymi, które nie stanowią bezwzględnego przeciwwskazania włącza się do leczenia nerkozastępczego.

Nefropatia nadciśnieniowa

W świetle aktualnych danych u około 13 % chorych leczonych nerkozastępczo w Europie Zachodniej przyczyną przewlekłej niewydolności nerek jest związana z wieloletnim nadciśnieniem tętniczym. Ta postać patologii nerek wynika z ich uszkodzenia w następstwie wieloletniego, podwyższonego ciśnienia tętniczego dotyczy w głównej mierze drobnych naczyń nerkowych.

W podeszłym wieku szczególnego znaczenia nabiera często występujące izolowane nadciśnienie skurczowe. Istnieją również czynniki zwiększające ryzyko nefropatii nadciśnieniowej i są to:

1	Starszy wiek
2	Miażdżycy
3	Zaburzenia metaboliczne (hiperlipidemia, hiperurikemia, insulinooporność)
4	Palenie tytoniu
5	Obecność schyłkowej niewydolności nerek w wywiadzie rodzinnym (predispozycja genetyczna).

Nefropatia miażdżycowa – zatorowa jest wynikiem mnogich zatorów fragmentów blaszek miażdżycowych zlokalizowanych w aorcie powyżej odejścia tętnic nerkowych, co prowadzi do upośledzenia przepływu krwi w tętnicach nerkowych. Uwalniany materiał zatorowy gromadzi się często – w 75% przypadków w naczyniach wewnątrznerkowych. U chorych powyżej 65 roku życia neuropatia miażdżycowa – zatorowa współistnieje aż w 80% przypadków ze zwężeniem tętnicy nerkowej. Czynnikiem inicjującym zatorowość cholesterolową są nierzadko zabiegi diagnostyczne i chirurgiczne prowadzone na naczyniach tętniczych położonych proksymalnie w stosunku do tętnic nerkowych, np. aortografia, zabiegi chirurgiczne na zastawkach serca, chirurgiczna korekta tętniaka

aorty. U chorych cechami uogólnionej miażdżycy (w wywiadzie chromanie przestankowe, objawy duszniczy bolesnej, przebyty zawał serca, udar mózgu) materiał zatorowy może być uwalniany z niestabilnych blaszek miażdżycowych pod wpływem leczenia trombolitycznego. W badaniu stwierdza się białkomocz, erytrocyturię i niewielką leukocyturię, okresowo na ogół przejściowy wzrost w surowicy parametrów czynności wydalniczej nerek (moczniaka i kreatyniny).

Skrobiawica

Najczęściej występują dwie postaci tej choroby: amyloidaza AL wynikająca z nadmiernego wytwarzania łańcuchów lekkich immunoglobulin i amyloidaza wtórna AA, zwana z obecnością przewlekłego procesu zapalnego (rozstrzenie oskrzeli, gruźlica, przewlekłe zapalenie szpiku i kości, choroba Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita) lub procesu nowotworowego. Chorzy na amyloidozę to ludzie starsi (średni wiek 62-64 lata), cechują się rzadszym zajęciem serca i dłuższym czasem przeżycia (średnio 25 miesięcy) niż pacjenci amyloidozą AL. Zasadniczym postępowaniem jest skuteczne leczenie choroby wywołującej skrobiawicę, w tym chirurgiczne usunięcie ogniska ropnego lub procesu nowotworowego.

W razie wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek stosowane jest leczenie nerkozastępcze.

Zakażenia układu moczowego

Częstość zakażeń układu moczowego wzrasta wraz z wiekiem i dotyczy 10% mężczyzn i 20% kobiet w wieku podeszłym. Bezobjawowa bakteriuria występuje u około 20 % zdrowych mężczyzn i 20 – 25% kobiet w wieku od 65 do 80 roku życia. Zakażenie układu moczowego niemal zawsze spowodowane jest przez drobnoustroje tlenowe. Najczęściej hodowanym drobnoustrojem jest *Escherichia coli*. Występuje ona w 90% ambulatoryjnych przypadków ostrego zapalenia pęcherza moczowego u kobiet w wieku podeszłym. Odrębności zakażenia układu moczowego w wieku podeszłym dotyczą etiopatogenezy, problemów diagnostyki laboratoryjnej, przebiegu klinicznego oraz leczenia. U osoby starszej objawy kliniczne występują najczęściej patogenezie postaci zespołu objawowego patogenezie dolnego odcinka układu moczowego patogenezie postaci dyzurii, częstomoczu, bólu kroczu i okolicy nadłonowej oraz temperatury w granicach 37 - 38°C.

W patogenezie zapalenia układu moczowego u osób starszych dużą rolę odgrywają czynniki zależne od gospodarza, które przedstawiono w tabeli.

Czynniki zależne od gospodarza o dużym znaczeniu w patogenezie zakażeń układu moczowego u osób starszych

1	Upośledzenie mechanizmu efektywnego opróżniania pęcherza moczowego po mikcji, co prowadzi do zalegania moczu w pęcherzu
2	Miejscowe mechanizmy zapobiegające namazaniu się bakterii stają się mniej sprawne
3	U mężczyzn zmiany w obrębie gruczołu krokowego (przerost, nowotwór, zapalenie,) powodują zmniejszenie wydzielania substancji przeciwbakteryjnych przez gruczoł krokowy
4	U kobiet pomenopauzalne zmniejszenie wytwarzania estrogenów sprzyja zanikowemu zapaleniu pochwy,
5	Aktywność przeciwbakteryjna moczu ulega zmniejszeniu
6	Ogólna odporność immunologiczna organizmu ulega osłabieniu.

Również polipragmazja typowa dla wieku podeszłego sprzyja zapaleniom układu moczowego wywołaną przez florę oportunistyczną.

U osób starszych uzyskanie zanieczyszczonego moczu do badania bakteriologicznego jest trudne, zwłaszcza u kobiet. Stąd u starszych kobiet poleca się oddanie moczu bezpośrednio do sterylnej pojemnika podczas normalnej mikcji, po dokładnym umyciu wodą okolicy kroczu.

U mężczyzn wiarygodny wynik daje metoda strumienia środkowego. U osób unieruchomionych usprawiedliwione jest pobieranie moczu metodą jednorazowego cewnikowania pęcherza moczowego. Nakłucie nadłonowe jest technicznie niemożliwe u ludzi starszych z nietrzymaniem moczu ze względu na trudności uzyskania odpowiedniego rozciągnięcia pęcherza moczowego. Ropomocz występuje we wszystkich postaciach zapalenia układu moczowego u osób w wieku podeszłym poza bezobjawową bakteriurią.

U osoby starszej jałowy ropomocz może być objawem gruźlicy, skrobiawicy lub grzybicy.

Zaburzenia oddawania moczu występują często u starszych mężczyzn z powodu przerostu prostaty. Utrudnienie w oddawaniu moczu sprzyja jego zaleganiu niewydolność pęcherza niewydolność nawracającym zakażeniom układu moczowego. Prawie połowa populacji ludzi starszych, zwłaszcza niedołączonych kobiet, skarży się na nieotrzymanie moczu, będące przede wszystkim wynikiem upośledzonej funkcji zwieraczy i dysfunkcji mięśni wypierających mocz. Na odrębny przebieg kliniczny zapalenia układu moczowego u chorych wieku podeszłego składa się wiele czynników przedstawionych w tabeli

Czynniki wpływające na odmienny przebieg zakażeń układu moczowego u chorych w podeszłym wieku

1	Występowanie obok objawów swoistych również wysuwających się na pierwszy plan objawów nieswoistych (nagle pojawienie się nie trzymanie moczu, nudności, wymiotów, dezorientacji psychicznej).
2	Szczególnie częste postacie kliniczne zapalenia układu moczowego u osób starszych, jak zespół objawów ze strony dolnego odcinka układu moczowego, bakteriuria u osób długotrwale cewnikowanych, nawracające zapalenia układu moczowego, powikłane zapalenie układu moczowego
3	Potencjalny związek zapalenia układu moczowego z nietrzymaniem moczu jest jednym z ważnych problemów geriatrycznych, zwłaszcza u osób po 70 roku życia

Powikłaniem przebiegu infekcji dróg moczowych może być zakażenie uogólnione (urosepsis), które zdarza się niewydolność osób starszych dość często, zwłaszcza w następstwie cewnikowania pęcherza moczowego lub cystoskopii, podczas których to zabiegów dochodzi do przedostawania się drobnoustrojów niewydolność moczu do krwi. Choroba zaczyna się gwałtownie gorączką, dreszczami niewydolność czasem objawami wstrząsu.

U osób w wieku podeszłym przy wystąpieniu posocznicy ero-gennej rokowanie jest poważne; 20-25% chorych niewydolność dodatnimi posiewami krwi umiera. Wstrząs bakteriemiczny w przebiegu powikłanego zapalenia układu moczowego może doprowadzić do ostrej niewydolności nerek.

Ostra niewydolność nerek

Ostra niewydolność nerek jest często spotykana u ludzi starszych, skłonnych do odwodnienia. Nagłe upośledzenie filtracji kłębuszkowej u chorego przyjmującego leki nasuwa podejrzenie śródmiąższowego zapalenia nerek. Często też występuje nefropatia kontrastowa, spowodowana podaniem w celach diagnostycznych jodowych preparatów kontrastujących. Zwłaszcza u ludzi odwodnionych, może ona prowadzić do wystąpienia ostrej niewydolności nerek.

Podsumowując, można stwierdzić że częstość występowania chorób nerek w podeszłym wieku jest większa niż w populacji ludzi dorosłych. Dotyczy to pierwotnych kłębuszkowych zapaleń nerek oraz wtórnych zapalnych i niezapalnych chorób nerek. Obserwuje się wzrost przewlekłych chorób nerek typowych dla „Trzeciego wieku” zwianych z cukrzycą typu 2, nadciśnieniem i miażdżycą.

Literatura u autora.



Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy !

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedna odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

Odleżyna powstaje w wyniku:

- A. zaburzeń ukrwienia wywołanego uciskiem,
- B. zaburzeń ukrwienia wywołanego zakrzepem,
- C. zaburzeń ukrwienia spowodowanego niedrożnością naczynia wieńcowatego,
- D. nadmiernie miejscowego gromadzenia się tkanki tłuszczowej.

Zadanie 2.

Duodenoskopia służy ocenie:

- A. żołądka,
- B. jelita grubego,
- C. dwunastnicy,
- D. jelita cienkiego.

Zadanie 3.

Największe ryzyko zakażenia zespołu operacyjnego wirusem HIV występuje przy zabiegach:

- A. ortopedycznych,
- B. chirurgii brzucha,
- C. endoskopowych,
- D. chirurgii klatki piersiowej.

Zadanie 4.

Do błędów w praktyce przeciwoleżynowej zalicza się stosowanie:

- A. materacy zmiennociśnieniowych,
- B. fizjoterapii,
- C. stabilizacji pozycji chorego przy użyciu podpórek,
- D. długich przerw w zmianie ułożenia chorego.

Zadanie 5.

Helicobacter pylorii może być przyczyną:

- A. choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy,
- B. wrzodziejącego zapalenia jelita grubego,
- C. choroby Hirschsprung, a,
- D. uchyłka jelita grubego.

Zadanie 6.

W którym kwadrancie sutka najczęściej występuje rak:

- A. górnym wewnętrznym,
- B. górnym zewnętrznym,
- C. w obu tych kwadrantach występuje w równych ilościach,
- D. dolnym zewnętrznym.

Zadanie 7.

Wirus HIV ulega inaktywacji w temperaturze:

- A. 56° C,
- B. 76° C,
- C. 80° C,
- D. 120° C.

Zadanie 8.

W walce z zakażeniami szpitalnymi najważniejsza jest:

- A. rejestracja zakażeń szpitalnych,
- B. antybiotykoterapia przed i pooperacyjna,
- C. badanie flory bakteryjnej szpitala,
- D. wiedza i motywacja personelu.

Zadanie 9.

Najsilniejsze działanie przeciwbólowe wykazuje:

- A. morfina,
- B. alfentanył,
- C. sufentanył,
- D. fentanył.

Zadanie 10.

Drabina analgetyczna WHO jest to drabina:

- A. jednostopniowa,
- B. dwustopniowa,
- C. trzystopniowa,
- D. czterostopniowa.

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

DRUKI MEDYCZNE
ARTYKUŁY BIUROWE
KUPONY REKUS



Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie,
ze względu na duże zainteresowanie tematyką kursu dokształcającego

„Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych”

uruchamia

**II edycję kursu dnia 16 września 2014r.
w godzinach 9:00 – 18:00**

Miejsce szkolenia: siedziba OIPIP - sala konferencyjna na I piętrze.

Kurs poprowadzi mgr Maria Budnik-Szymoniuk – Bydgoszcz

Koszt kursu dla członków OIPIP w Częstochowie wynosi - 100 zł, dla pozostałych chętnych - 150zł.

Karty zgłoszeniowe (do pobrania ze strony internetowej OIPIP) wraz z kserokopią prawa wykonywania zawodu oraz opłaty za kurs przyjmowane będą do 9 września 2014 r.

Informacja pod numerem tel. 519-862-186 lub 34 524-51-12 wew. 407

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

GODZINY PRACY BIURA

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPIP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰



*„Nie można przestać tęsknić za kimś, kogo się straciło....
można tylko nauczyć się żyć z tą wielką
niekończącą się pustką w sercu.”*

Koleżance

Halinie Kurzyńskiej

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki i Położne
Szpitala Neuropsychiatrycznego
w Lublińcu

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



*„Ktoś tutaj był i był, a potem nagle zniknął
i uporeczywie go nie ma.....”*

Koleżance

Halinie Kurzyńskiej

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają uczestnicy wycieczki
do Pragi.

*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach.”*

Koleżance

Małgorzacie Kwec

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Taty

składają Pielęgniarki i Położne
z SP ZOZ Miejskiego Szpitala
Zespolonego w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



*„Człowiek żyje tak długo,
aż nie zginie po nim pamięć.”*

Koleżance

Joannie Heler

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Taty

składają Pielęgniarki i Położne
z SP ZOZ Miejskiego Szpitala
Zespolonego w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**Egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwo operacyjne”
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych - Częstochowa, dnia 23 maja**



**Egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwo neonatologiczne”
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych - Częstochowa, dnia 16 maja 2014 roku.**



**Egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa zachowawczego”
zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP Częstochowa dnia 11 kwietnia 2014 roku.**



**Egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa psychiatrycznego”
zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie - Lubliniecu, dnia 14 kwietnia 2014 roku.**

