

W CIENIU CZEPKA

NIEZALEŻNY
MIESIĘCZNIK
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
OKRĘGU
WROCŁAWSKIEGO
I LEGNICKIEGO

ISSN 1425-6584



NUMER 9 (263) – WRZESIEŃ 2013
WROCŁAW – LEGNICA

W CIENIU CZEPAKA

niezależny miesięcznik
pielęgniarek i położnych
okręgu wrocławskiego i legnickiego.
(www.doipip.wroc.pl)

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Olechowska Urszula
Jędrzejewska Leokadia
Szafran Anna
Bogumił Lucyna
Koziaż Ewa
Łabowicz Beata
Golicka Marzenna
Kolasińska Jolanta
Szerszeń Teresa

Redakcja, redakcja techniczna, skład, korekta,
grafika i przygotowanie do druku
– Włodzkiej Sawicki

Konsultacja polonistyczna
mgr Katarzyna Sawicka

Materiałów niezamówionych redakcja nie
zwraca, w tekstach publikowanych zastrze-
ga sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz
poprawek stylistyczno-językowych.

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu,
ul. Powstańców Śląskich 50,
53-333 Wrocław,
fax 373-20-56
e-mail: info@doipip.wroc.pl

REDAKCJA NIE PONOSI

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA TREŚĆ TEKSTÓW,
OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA: Nie przyjmujemy do publikacji
tekstów przekazywanych telefonicznie!

Nasza okładka: fot. W. Sawicki

Numer zamknięto 26.08.2013 r.

Do druku przygotowano 4.09.2013 r.

Nakład 3500 egz.

Pismo nieodpłatnie rozprowadzane
wśród członków Samorządu

Pielęgniarek i Położnych.

Druk ABIS

Wszystkie artykuły (i nie tylko)
na str. www.doipip.wroc.pl

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu,
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław,
e-mail: **info@doipip.wroc.pl**
tel. **71/ 333 57 02**, tel/fax **71/ 373-20-56**
www.doipip.wroc.pl

KONTO IZBY: NUMER KONTA BANKOWEGO,
na który należy przekazywać składki członkowskie:

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 50,
53-333 Wrocław,
Bank PEKAO SA O/Wrocław
63 1240 6670 1111 0000 5641 0435

GODZINY PRACY BIURA

Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
poniedziałek – czwartek – od 8⁰⁰ do 16⁰⁰
z wyjątkiem wtorków i piątków
wtorek – od 8⁰⁰ do 17⁰⁰ a w piątek do 15⁰⁰

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel./fax **71 333 57 08**, tel. **71/ 364 04 35**

poniedziałek – czwartek – od 8⁰⁰ do 16⁰⁰
z wyjątkiem wtorków i piątków
wtorek – od 8⁰⁰ do 17⁰⁰, a w piątek do 15⁰⁰

BIURO W LUBINIE,

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin, tel./fax 76/746 42 03

Konto Działu Kształcenia

Bank PEKAO SA O/Wrocław
13 1240 6670 1111 0000 5648 5055

KASA

poniedziałek 10-16
wtorek 11-14
środa 8-15
czwartek 10-16
piątek NIECZYNNA

BIBLIOTEKA

wtorki od 14 do 17
piątki od 9 do 14

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. **71/ 364 04 44**,

informacja o dyżurach na stronie internetowej DOIPiP
w zakładce ORGANIZACJA PRACY BIURA- ORZOZ

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Inf.: tel. **71/ 364 04 44** lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

poniedziałki 14 – 16; środa 14 – 17 (mgr E. Stasiak);

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej
można uzyskać w czasie dyżuru

w środy od 15⁰⁰ do 16³⁰ telefonicznie lub osobiście

KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY POŻYCZKOWEJ
I NIE UDZIELA INFORMACJI

W NUMERZE str.

Informacje

Aktualizacja danych.....	2
Stanowisko Departamentu	3
Opinie Konsultantów Krajowych	4-10
Ogłoszenia.....	10-11
Pielęgniarstwo	
Rola pielęgniarki w niewydolności nerek	12
Konferencja	19
Informacje prawne	
Nowelizacja Kodeksu Pracy 12.07.13 r.	21
Ogłoszenia	22
Pamięć i serce.....	23
Ogłoszenia	24-25

WYKAZ TELEFONÓW

W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Sekretariat	071 333 57 02
.....	071 373 20 56 tel/fax
Przewodnicząca	071 333 57 03
Wiceprzewodnicząca	071 333 57 10
Sekretarz.....	071 333 57 04
Skarbnik	071 333 57 07
Dyrektor Biura	071 333 57 00
Ewidencja	071 333 57 09
Rejestr praktyk	071 333 57 07
Księgowość.....	071 333 57 06
Radca prawny	071 333 57 10
Kasa	071 333 57 01
Biblioteka	071 333 57 05
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności	
Zawodowej.....	071 364 04 44
Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych	
.....	071 364 04 44
Dział Kształcenia	71/ 333 57 08
Kierownik Działu Kształcenia	
.....	– 71/ 364 04 35
Dział Kształcenia Oddział	
w Lubinie	– 76/746 42 03

Od redakcji

Rozkołysały się barwne liście, coraz chłodniejsze noce, a i wieczór wcześniej zapada – zbliża się wielkimi krokami jesień. Swoimi barwami urodą dorównuje wiosnie, choć bardzo skłania do melancholii, dając inspirację do pracy nad sobą i swoimi sprawami.

Choć piękny i urokliwy, jest wrzesień czasem bolesnych wspomnień. Mimo że od wybuchu II wojny światowej minęło już wiele czasu, nie potrafimy smutku klęski wrześniowej zapomnieć i przejść obojętnie obok kart historii zapisanych krwią naszych przodków. Czasem mówi się, że nie warto oglądać się w przeszłość, bo nie potrafimy żyć dla przyszłości. Jednakże wydaje mi się, że pamięć o minionych latach jest ważnym świadectwem naszej narodowej tożsamości, o której opowiadali nasi dziadkowie, o której uczyliśmy się w szkole.

Wrzesień to czas szkoły. Bez względu na to czy mamy dzieci, czy też nie – wszyscy jesteśmy świadkami rozpoczęcia się nowego etapu edukacyjnego. To więcej osób w komunikacji miejskiej, więcej słów w gazetach poświęconych edukacji, bijące w oczy reklamy sklepów „Sprzedaj podręczników”. Warto także przypomnieć o prężnie działających pielęgniarzach w środowisku wychowania i nauczania. Dla nich okres szkolnych wiąże się z ciągłymi kontuzjami, niedyspozycjami, ważeniem, mierzeniem i nieustanną pomocą dzieciom i młodzieży. Powrót do szkoły jest także początkiem nowych szkoleń, kursów, konferencji, które w letnich miesiącach zawiesiły swoją działalność. Teraz ośrodki kształcenia na nowo otwierają swoje podwoje dla żądnych wiedzy i spragnionych nauki.

Nasze życie to ciągła nauka. Nie ma znaczenia, ile mamy lat. Ciągłe uczymy się od nowa, bo mamy świadomość, że nasza wiedza jest niewystarczająca. Także lektura niniejszego biuletynu jest swoistym uczestnictwem w kolejnych lekcjach poznawania tajników naszych profesji. Każdy artykuł może dać nam nowe wiadomości, pomoże rozwiązać codzienne problemy, przybliżyć specyfikę innych dziedzin, które słabiej znamy. A więc milej lektury!

Redakcja

Strofy o późnym lecie

- 1 Zobacz, ile jesieni!
Pełno jak w cebrze wina
A to dopiero początek
Dopiero się zaczyna.
- 2 Nazłociło się liści
Że koszami wynosić
A trawa jaka bujna,
Aż się prosi, by kosić.
- 3 Lato, w butelki rozlane,
Na półkach słodem się burzy.
Zaraz korki wysadzi,
Już nie wytrzyma dłużej.
- 4 A tu uwiędem narasta
Winna jabłeczna pora
Czerwienna, trawiasta, liściasta,
W szkłe pękatego gąsiora.
- 5 Na gorącym kamieniu
Jaszczurka jeszcze siedzi.
Ziele, ziele wężowe
Wije się z gibkiej miedzi
- 6 Siano suche i miodne
Wiatrem nad łąką stoi.
Westchnie, wonią powieje
I znowu się uspokoi.
- 7 Obłoki leżą w stawie,
Jak płatki w szklance wody.
Laską pluskam ostrożnie,
Aby nie zmacić pogody.
- 8 Słońce głęboko weszło
W wodę, we mnie i w ziemię,
Wiatr nam oczy przymyka.
Ciepłem przejęty drzemie.
- 9 Z kuchni aromat leśny
Kipi we wrzątku igliwie.
Ten wywar sam wymyśliłem:
Bór wre w złocistej oliwie.
- 10 I wiersze sam wymyśliłem.
Nie wiem, czy co pomogą,
Powoli je pisze, powoli,
Z miłością, żalem, trwogą.
11. I ty, mój czytelniku,
Powoli, powoli czytaj
Wielkie lato umiera
I wielką jesień wita
- 12 Wypiję kwartę jesieni,
Do parku pustego wrócę,
Nad zimną, ciemną ziemię
Pod jasny księżyc się rzucę.

Julian Tuwim,

Prosimy o aktualizację danych:

Imię i nazwisko.....

miejsowość, data

.....

.....

Adres zamieszkania.....

.....

Telefon

Pesel.....

Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

Poprzednie zatrudnienie:

nazwa zakładu

/oddział.....

.....

adres zakładu.....

.....

.....
data zatrudnienia od..... do..... stanowisko **forma zatrudnienia** (wpisz właściwe)
(dzień- miesiąc -rok)

Obecne zatrudnienie:

nazwa zakładu

/oddział.....

.....

adres zakładu.....

.....

.....
data zatrudnienia od..... do..... stanowisko **forma zatrudnienia** (wpisz właściwe)
(dzień- miesiąc -rok)

.....
Podpis pielęgniarki / położnej

* **rodzaje form zatrudnienia:** umowa o pracę, stosunek służbowy, umowa cywilnoprawna, wolontariat, praktyki zawodowe

Stanowisko Departamentu Pielęgniarek i Położnych uzgodnione i zaakceptowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie wykonywania przez pielęgniarkę i położną innych zabiegów niż wynikają one z toku kształcenia podstawowego jak i kształcenia podyplomowego na zlecenie lekarza

Biorąc pod uwagę przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 221, poz. 94 z późn. zm.), należy wskazać, że zgodnie z Kodeksem pracy pracownik powinien być zatrudniony na stanowisku pracy zgodnie z jego kwalifikacjami, celem wykonywania powierzonych mu zadań w sposób bezpieczny. Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 17, poz. 1039 oraz z 2012 r. poz. 1456), Zgodnie z powyższą ustawą wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, polegających w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Ponadto, należy wskazać, że w myśl przepisów zawartych w art 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 654) przez osobę wykonującą zawód medyczny należy uznać – osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, Natomiast, w świetle przepisu za-

wartego w art. 2 ust. 1 pkt 10 tej ustawy za świadczenia zdrowotne należy uznać działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

W związku z powyższym należy przyjąć, że pielęgniarka i położna zgodnie ze swoimi umiejętnościami i wiedzą nabytą w toku kształcenia zawodowego jest zobowiązana do uczestniczenia w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta, a tym samym jest zobowiązana do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej, będących w zakresie obowiązków zawodowych.

Biorąc jednak pod uwagę przepisy Sekcji 3 (Art.31) dyrektywy 36/2005 WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 30.9.2005, str. 22, z późn. zm.), które określają, że pielęgniarka, po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa uzyskuje kwalifikacje ogólne i jest tzw. pielęgniarką ogólną, powierzanie jej świadczeń specjalistycznych wymaga ukończenia przez nią odpowiedniego szkolenia w tym zakresie. Zgodnie z art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej – pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz, prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń, o których mowa, w art. 66 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i może być uzupełnianie w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych nakierowanych na określone bloki tematyczne mające wpływ na poprawę jakości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jedną z form organizacyjnych, wymienionych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej jest kurs dokształcający, który ma na celu pogłębienie wiedzy i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych pielę-

gniarki lub położnej. Organizatorami kształcenia mogą być m.in.: podmioty lecznicze. W myśl przepisu zawartego w art. 78 ust. 2-4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, program kształcenia kursu dokształcającego opracowuje organizator kształcenia. Program kształcenia powinien zawierać treści programowe zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Program kształcenia zawiera w szczególności:

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj, cel i system kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji, sposób sprawdzania efektów kształcenia, wykaz umiejętności zawodowych stanowiących przedmiot kształcenia;
- 2) plan nauczania określający moduły kształcenia teoretycznego i wymiar godzinowy zajęć teoretycznych oraz placówki szkolenia praktycznego i wymiar godzinowy szkolenia praktycznego;
- 3) programy poszczególnych modułów kształcenia zawierające:
 - a) wykaz umiejętności, które powinny zostać nabyte w wyniku kształcenia,
 - b) treści nauczania,
 - c) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
 - d) wskazówki metodyczne.

Odnosząc się bezpośrednio do możliwości wykonywania przez pielęgniarkę i położną innych zabiegów niż wynikają one z toku kształcenia podstawowego jak i kształcenia podyplomowego na zlecenie lekarza, Departament wskazuje, że zgodnie z Kodeksem Pracy za bezpieczeństwo pracy odpowiedzialny jest pracodawca, stąd przy zatrudnieniu lub zlecaniu wykonywania świadczeń pracownikowi z niepełnymi kwalifikacjami np. brak ukończonego kursu wymagane jest przeszkolenie w miejscu pracy i skierowanie pielęgniarki lub położnej na odpowiednie szkolenie podyplomowe.

Ponadto, Departament wskazuje, iż zgodnie z art. 46 ustawy o działalności leczniczej odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, który podejmuje także de-

cyzje w sprawach kadrowych i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej określone kwalifikacje. W każdym zakładzie powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy precyzujące cel stanowiska, kwalifikacje, umiejętności, zadania do wykonania, zakres wiedzy, odpowiedzialność oraz uprawnień pracownika. Również zapewnienie warunków wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującym prawem spoczywa na osobach zarządzających. Zatem o prawidłowości funkcjonowania danego podmiotu leczniczego decyduje kadra zarządzająca tym podmiotem.

W związku z powyższym, należy wskazać, że jeżeli pielęgniarka lub położna wykonuje określony zabieg na zlecenie lekarza to w dokumentacji osobowej tej pielęgniarki lub położnej powinna znajdować się wiarygodna informacja dotycząca przeszkolenia w zakresie wykonywania tego zabiegu, ze wskazaniem terminu przeszkolenia, liczby wykonanych zabiegów pod nadzorem i poświadczenia przez osoby nadzorujące szkolenie posiadania przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności w opisywanym zakresie.

Natomiast w dokumentacji dotyczącej wykonywania zabiegów powinny się znajdować zapisy lekarza zlecającego i osoby wykonującej zabieg oraz podpisy tych osób.

Przestrzeganie, powyższej procedury wynika z faktu, że każdy zabieg medyczny wykonywany ramach prowadzenia diagnostyki i leczenia pacjenta niesie ze sobą ryzyko wystąpienia różnych nieprzewidzianych skutków ubocznych. Podkreślam, że kwalifikacja pacjenta do zabiegu obejmuje zarówno wskazania do jego wykonania oraz przeciwwskazania. Niemniej, należy podkreślić, że dobrze przygotowany zespół medyczny do wykonywania swoich zadań, w tym wykonania określonego zabiegu zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań.

Departament wskazuje, że pielęgniarki lub położnej, która wykonuje zabieg nie będąc do tego uprawniona, czyli nie została przeszkolona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, grożą takie konsekwencje, jakie wynikają z zakresu zadań, obowiązków i kompetencji pracownika zatrudnionego na danym stanowisku pracy. Nadzór nad tym zakresem sprawuje bezpośredni przełożony, a w dalszej kolejności kierownik podmiotu leczniczego.

Zastępca Dyrektora
Departamentu ds. Pielęgniarstwa
Jolanta Skolimowska

dr n. med. Beata Ochocka

Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO W SPRAWIE DELEGOWANIA PIEŁĘGNIAREK OPERACYJNYCH W TRAKCIE DYŻURU, PODCZAS GDY NIE ODBYWAJĄ SIĘ ZABIEGI, DO POMOCY W SPRAWOWANIU OPIEKI NAD PACJENTAMI NA INNE ODDZIAŁY.

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa, także takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego, za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka, a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy.

W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego. W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewła-

ściwe, bowiem naruszają zasadę tzw. hermetyzacji bloku. Po wejściu w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapki, maski i zdezynfekowanego obuwia, personel nie może opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Takie ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarno-higienicznego, ładu i porządku. Jednak, aby wymagać od wysoko wykwalifikowanej kadry personelu pielęgniarskiego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wy-

żej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 i upubliczniony w dokumencie pod nazwą „Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie, stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, ich aspekty prawne, prawa pacjentów, aspekt roszczeń w kontekście zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarskiego.

Wniosek:

Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.

Reasumując:

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym bloków operacyjnych w porozumieniu z personelem stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa chorych i personelu.

Kraków, listopad 2012 r

dr hab. Maria Kózka**Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa**

**OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
W SPRAWIE PRZEKAZYWANIA
RAPORTÓW PIELĘGNIARSKICH
W FORMIE USTNEJ**

W aktualnie obowiązującym systemie prawnym brak przepisów regulujących formę, w jakiej mogą być przekazywane raporty pielęgniarские. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) nie uwzględnia formy ustnej raportów pielęgniarских jedynie odnosi się do księgi raportów pielęgniarских. Zawartość księgi raportów pielęgniarских została określona w § 31 przywołanego rozporządzenia.

Przepisy prawne nie zabraniają wprowadzenia drogą decyzji pracodawcy obowiązku jedynie pisemnego przekazywania raportu pielęgniarского.

Nie bez znaczenia jednak dla oceny zasadności wprowadzenia jedynie pisemnego przekazywania raportów pielęgniarских jest niezmiennie stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (nr 43 z dnia 16 czerwca 2010 roku w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarских w formie ustnej i pisemnej), zgodnie z którym istnieje bezwzględna konieczność przekazywania raportów pielęgniarских w formie pisemnej i ustnej. Podobną opinię prezentuje Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stwierdzając, iż forma pisemna nie może zastąpić ustnego przekazywania raportu, gdyż zmiana rozpoczynająca dyżur musiałaby mieć min. 1 godzinę na szczegółowe przeczytanie wszystkich zapisów w poszczególnych dru-

kach dokumentacji medycznej, bez świadczenia w tym czasie usług zdrowotnych, co stanowiło by zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów (stanowisko PTP w sprawie czasu pracy przeznaczonego na raport pielęgniarский z dnia 17 marca 2010 roku).

Osobiście przychylam się do stanowisk NRPiP oraz PTP w sprawie konieczności przekazywania raportów pielęgniarских w formie pisemnej i ustnej. W mojej opinii przekazywanie raportów pielęgniarских tylko w formie pisemnej jest niewystarczające. Przekazywanie raportów pielęgniarских w formie pisemnej i ustnej ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom poprzez przewidywanie i eliminowanie zdarzeń niepożądanych wynikających z niedostatecznego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz dbania o wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie w podmiotach leczniczych zakazu przekazywania raportów pielęgniarских w formie ustnej uważam za niedopuszczalne, bowiem stanowi bezpośrednie zagrożenie bezpieczeństwa opieki. Ponadto podmiot leczniczy zgodnie z Kodeksem pracy jest zobowiązany do stworzenia bezpiecznych warunków pracy pracownikom, a jako świadczeniodawca – do bezwzględnego wywiązywania się z podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację określonych świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców.

**BEZROBOTNE PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE
NA TERENIE
DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
WEDŁUG WYKAZÓW POWIATOWYCH
URZĘDÓW PRACY**

I.p.	Powiatowe Urzędy Pracy	Liczba zarejestrowanych pielęgniarerek	Liczba zarejestrowanych położnych
1.	PUP Głogów, ul. Piaskowa 1	12	6
2.	PUP Góra, ul. Podwale 24	1	1
3.	PUP Jawor, ul. Strzegomska 7	14	1
4.	PUP Lubin, ul. Kilińskiego 12b	20	2
5.	PUP Legnica, ul. Andersa 2	28	1
6.	PUP Milicz, ul. Wojska Polskiego 40	–	–
7.	PUP Oleśnica, ul. Wojska Polskiego 13	17	2
8.	PUP Oleśnica, Filia w Sycowie	5	–
9.	PUP Oleśnica, Filia w Twardogórze	3	–
10.	PUP Oleśnica, Punkt w Bierutowie	1	–
11.	PUP Pława, ul. 3-go Maja 1	13	–
12.	PUP Polkowice, ul. Legnicka 15	10	3
13.	PUP Strzelin, ul. Kamienna 10	15	1
14.	PUP Trzebnica, ul. Daszyńskiego 44-46	12	2
15.	PUP Wołów, Pl. Piastowski 2	15	5
16.	PUP Wrocław, ul. Gliniana 20-22	92	15
17.	PUP Złotoryja, Al. Miła 18	–	–
	OGÓŁEM :	258	39

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO

mgr Leokadia Jędrzejewska

DOIPiP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław ul. Powstańców Śl. 50; tel/fax 71 373 20 56, tel. kom. 691 85 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl
KK/39 /05/13

Wrocław, dnia 31 maja 2013r.

OPINIA W SPRAWIE WARUNKÓW I ZASAD REALIZACJI EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ PRZEZ POŁOŻNĄ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Edukacja przedporodowa jest jednym z ważnych działań w opiece nad kobietą ciężarną i stanowi element profilaktyki pierwszorzędowej. Jest zbieżna z celem operacyjnym nr 7 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.), sformułowanym jako „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem i należy do priorytetów zdrowotnych, określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137 poz.1126) „Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”.

Edukacja kobiet w okresie ciąży znalazła odzwierciedlenie w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U.Nr 187 poz. 1259), które weszło w życie z dniem 8 kwietnia 2011 r., oraz w znowelizowanym tekście rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 12, poz.1100). Zapisy ww. rozporządzenia w części: Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania, wskazują, że „od 21 tygodnia ciąży

ży do okresu porodu, kobieta ciężarna powinna odbyć praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, porodu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej”.

Do realizacji edukacji przedporodowej upoważniona jest położna podstawowej opieki zdrowotnej.

Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń położnej poz są świadczenia określone w części I załącznika Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz.1139). Wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje:

- 1) wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych,
- 2) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy,
- 3) wizytę patronażową,
- 4) wizytę profilaktyczną.

Warunki i zasady prowadzenia edukacji przedporodowej przez położną poz określa §20 (rozdział 6 Świadczenia położnej poz) zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna ze zm. z 2012 i 2013 r. Edukacja przedporodowa realizowana jest w ramach wizyt profilaktycznych położnej poz i obejmuje zaplanowanie i realizację na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do odbycia porodu i rodzicielstwa.

Podstawą prowadzenia edukacji przedporo-

dowej dla kobiet w ciąży o fizjologicznym przebiegu oraz w ciąży wysokiego ryzyka, jest opracowany przez położną poz plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, porodu, karmienia piersią i rodzicielstwa.

Plan edukacji stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez położną poz.

Edukacja przedporodowa powinna być realizowana od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania z uwzględnieniem następujących zasad:

- 1 raz w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży,
- 2 razy w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, w terminach i w miejscu uzgodnionym z kobietą ciężarną.

Ustawodawca dopuszcza prowadzenie edukacji w formie indywidualnej w miejscu zamieszkania kobiety czy w gabinecie położnej lub w formie grupowej w gabinecie położnej.

W celu zapewnienia wysokiej jakości zajęć, położna na podstawie zdiagnozowanego poziomu wiedzy i potrzeb ciężarnej, powinna poza obowiązującym planem edukacji posiadać nowoczesny warsztat pracy, w tym m.in. konspekty lub scenariusze zajęć i środki dydaktyczne.

Mając na uwadze korzyści jakie niesie edukacja przedporodowa, położne poz powinny w szerokim zakresie włączyć się do wzmacniania zdrowia kobiety ciężarnej, (które determinuje warunki rozwojowe dziecka), poprzez propagowanie zdrowego stylu życia, przygotowanie do porodu, karmienia piersią, do opieki nad noworodkiem/niemowlęciem.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO

mgr Leokadia Jędrzejewska

DOIPiP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław ul. Powstańców Śl. 50; tel/fax 71 373 20 56, tel. kom. 691 85 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl
KK/12/03/13

Wrocław, dnia 5 marca 2013r.

OPINIA W SPRAWIE WYKONYWANIA KTG PRZEZ POŁOŻNĄ

Położna zgodnie z art.5 ust.1, pkt 1 i 3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. nr 174 poz 1039), jest upoważniona do udzielania świadczeń zdrowotnych wobec kobiety ciężarnej i rodzącej w przebiegu ciąży i porodu fizjologicznego polegających m.in. na rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej, prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz

monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej.

Uwzględniając posiadane kwalifikacje i kompetencje zawodowe położnej, może ona wykonywać samodzielnie, zgodnie z § 4 pkt. 2f rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540)

świadczenia diagnostyczne w opiece okołoporodowej, w tym: wykonywanie i interpretację badań służących ocenie stanu zdrowia płodu i ciężarnej, polegających na: – badaniu położniczym zewnętrznym, – badaniu położniczym wewnętrznym, – kardiokografii.

Prawodawca nie powinien uzależniać samodzielnego wykonywania ww. świadczeń przez położną od ukończenia kursu specjalistycznego czy szkolenia specjalizacyjnego.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO

mgr Leokadia Jędrzejewska

DOIPiP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław ul. Powstańców Śl. 50; tel/fax 71 373 20 56, tel. kom. 691 85 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl
KK/22/05/12

Wrocław, dnia 14 maja 2012r. ze zmianą 23 maja 2013

OPINIA W SPRAWIE UCZESTNICTWA POŁOŻNEJ W TRANSPORTOWANIU KOBIETY CIĘŻARNEJ DO SZPITALA O WYŻSZYM POZIOMIE REFERENCYJNYM

Mając na uwadze nieprawidłowe praktyki polegające na wydawaniu przez lekarzy dyżurnych poleceń położnym pełniącym dyżury w oddziałach szpitalnych, dotyczących sprawowania opieki nad kobietą ciężarną i jej dzieckiem w czasie transportowania do podmiotu leczniczego o wyższym poziomie referencyjnym, wyjaśniam co następuje:

Zgodnie z kodeksem pracy pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę – art. 100 § 1 kodeksu pracy (Dz.U. 1974 Nr 24 poz.141 ze zm.). Taka sprzeczność występuje w przypadku wydanego przez lekarza dyżurnego polecenia położnej, sprawowania opieki nad kobietą ciężarną w czasie przewozu jej karetką do szpitala o wyższym poziomie referencyjnym. Obowiązek prawidłowej organizacji pracy przez pracodawcę wynika, zarówno z przepisów kodeksu pracy jak i z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011 Nr 112 poz. 654). Stanowi on, że organizację,

porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym określa regulamin organizacyjny, który zawiera m.in. strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa przedmiotu, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego działania między tymi jednostkami oraz z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Z kolei z kodeksu pracy wynika nałożony przez ustawodawcę obowiązek takiej organizacji pracy, która zapewnia pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiągnięcie przez pracowników, przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy (art. 94 pkt. 2 k.p.).

W dyspozycji tego przepisu mieści się obo-

wiązek takiej organizacji pracy, w której położna będzie w stanie prawidłowo, zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną wykonać swoje obowiązki bez uszczerbku dla dobra pracodawcy i pacjentów. Konsekwencje naruszenia tego obowiązku przez pracodawcę poniesie on sam.

Wskazane powyżej przepisy są tymi, w ramach których pracownik jest obowiązany wykonywać swoje obowiązki i polecenia pracodawcy.

Transport dziecka „in utero” do centrów leczniczych mogących zapewnić wysokospecjalistyczną opiekę nad matką i dzieckiem leży w gestii podmiotu leczniczego, w którym przebywa kobieta ciężarna. O rodzaju zamówienia karetki i sposobie przewozu (karetka R, karetka W i inne) decyduje lekarz. Kobieta w czasie transportu powinna być pod opieką lekarza – członka zespołu karetki realizującego zlecenie lub innej osoby, zgodnie ze złożonym zamówieniem.

Mając na uwadze powyższe, położna nie powinna opuszczać oddziału, w którym odbywa dyżur i uczestniczyć w transporcie kobiety ciężarnej do podmiotu leczniczego o wyższym poziomie referencyjnym.

Dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

31-501 Kraków, ul. Kopernika 25

tel. 600062588; e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

Kraków, dnia 2012-10-18

OPINIA NA TEMAT SAMODZIELNEGO WYKONYWANIA BADANIA FIZYKALNEGO W PRAKTYCE PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ W TYM USTOSUNKOWANIA SIĘ DO UPRAWNIEŃ UZYSKIWANYCH PRZEZ ABSOLWENTÓW SZKÓŁ LICENCJACKICH ORAZ MAGISTERSKICH W POWYŻSZYM ZAKRESIE

Pani

Jolanta Skolimowska

Zastępca Dyrektora

Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Dyrektor,

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

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

Przytoczonych regulacji prawnych wynika, że wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarkę/położną w ramach świadczeń diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego wymaga ukończenia szkolenia podyplomowego. Zasad-

ność wprowadzenia takiego uregulowania wynikała z braku przygotowania pielęgniarek/położnych do realizacji tych świadczeń w ramach kształcenia zawodowego.

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

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

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

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

Treści kształcenia na kierunku położnic-

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

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

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

W związku z wprowadzeniem Krajowych Ram Kwalifikacji od roku akademickiego 2012/2013 na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo realizowany jest program zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku (Dz. U. z dnia 5.06.2012 r, poz. 631). Efekty kształcenia w ramach badania fizykalnego dla absolwenta studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo obejmują:

- w zakresie wiedzy: omawia badanie podmiotowe ogólne i szczegółowe, zasady jego prowadzenia i dokumentowania; charakteryzowanie technik badania fizykalnego i kompleksowego badania fizykalnego pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej; określa znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej,
- w zakresie umiejętności; przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta, analizuje i interpretuje wyniki dla potrzeb diagnozy pielęgniarskiej i jej dokumentowania; rozpoznaje i interpretuje podstawowe odrębności w badaniu noworodka, niemowlęcia, osoby dorosłej i w wieku geriatrycznym; wykorzystuje techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych funkcji skóry, zmysłów, głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, narządów płciowych, obwodowego układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego i układu nerwowego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i ich wykorzystywanie w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta; wykonuje badanie fizykalne umożliwiające wczesne wykrycie chorób sutka i uczy

pacjentów samobadania piersi.

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

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

nu podopiecznej oraz różnic kulturowych i religijnych.

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

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

STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA W SPRAWIE USUWANIA PRZEZ PIELĘGNIARKĘ KLESZCZY

Zgodnie z art.2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r (Dz. U.2011.174.1039) zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym i polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Art. 2 ust 1pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. Z 2013 r., poz.654) określa, że świadczenia zdrowotne są działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki zgodnie z zapisem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej polega w szczególności na:

- rozpoznaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
- rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta,
- planowaniu i sprawowaniu opieki nad pacjentem,

- samodzielnym wykonywaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
- realizowaniu zleceń lekarskich w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji,
- orzekaniu o rodzaju świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na pielęgniarkę obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń, o których mowa w art. 66 ustawy i może być uzupełniane w ramach szkoleń wewnątrz-zakładowych.

Biorąc pod uwagę, że usuwanie kleszczy mieści się w czynnościach określanych jako pierw-

sza pomoc przedlekarska ich usunięcie powinna wykonać każda przeszkolona w tym zakresie osoba, tym bardziej pielęgniarka jako przedstawiciel samodzielnego zawodu medycznego. Po wykonaniu zabiegu pielęgniarka ma obowiązek pouczenia pacjenta o konieczności obserwacji miejsca po usunięciu kleszcza oraz możliwości pojawienia się rumienia wędrującego lub innych objawów tj. gorączka powyżej 38°C, zmęczenie, ból głowy, ból pleców i kończyn, kaszel, katar, objawy żołądkowo-jelitowe, utrata łaknienia, nudności. W sytuacji zaobserwowania powyższych objawów pacjent powinien skontaktować się z lekarzem celem wdrożenia leczenia.

Kraków, 09.07.2013 r

dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy
w dz. pielęgniarstwa

Dr hab. Maria Kózka

Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa

31-501 Kraków, ul. Kopernika 25

tel. 600062588; e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

Kraków, dnia 2.11.2012

OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA W SPRAWIE WYKONYWANIA PRZEZ PIELĘGNIARKĘ WODNEJ KĄPIELI KOŃCZYN DOLNYCH I GÓRNYCH W WIRÓWCE, JACUZZI, KĄPIELI SOLANKOWYCH, KĄPIELI PERŁKOWYCH W OŚRODKACH REHABILITACYJNO-WYPOCZYNKOWYCH

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Świadczenia wykonywane w Ośrodkach Rehabilitacyjno-Wypoczynkowych tj. wodna kąpiel w wirówce kończyn dolnych i górnych, jacuzzi, kąpiele solankowe, kąpiele perełkowe nie są świadczeniami wykonywanymi przez pielęgniarkę. Wymienione świadczenia wchodzi w zakres uprawnień fizjoterapeuty. Pielęgniarka bez względu na rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego

nie uzyskuje uprawnień do wykonywania wymienionych świadczeń zdrowotnych. Rodzaj wykonywanych przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych powinien być zgodny z jej kwalifikacjami i określony w opisie stanowiska pracy. Pielęgniarka potwierdza własnym podpisem akceptację wskazanych świadczeń zdrowotnych w opisie zajmowanego stanowiska pracy. W przypadku zlecenia przez lekarza wykonania świadczeń, do których pielęgniarka nie jest uprawniona może odmówić na piśmie ich wykonanie podając przyczynę odmowy. Kwestie te reguluje w/w ustawa, a w szczególności poniższe artykuły:

art. 11.1. Pielęgniarka wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

art. 12.2. Pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej.

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY

59-220 Legnica ul. Powstańców Śląskich 3

**ogłasza nabór na rok akademicki 2013/2014
na kierunek
PIELĘGNIARSTWO**

Studia II stopnia magisterskie:

Studia trwają cztery semestry. Opłata za semestr wynosi 2650,00 zł.

Istnieje możliwość płatności w pięciu ratach.

Do 31.07.2013r. wpisowe wynosi 150,00 zł, od 01.08.2013r. 300,00 zł.

Studia I stopnia licencyjne pomostowe:

- studia pomostowe bezpłatne - tok AB

Studia trwają dwa semestry.

O przyjęciu na studia bezpłatne decyduje termin złożenia kompletu dokumentów i opłacenia wpisowego w kwocie 85 zł.

Ilość miejsc na studiach bezpłatnych zostanie podana w późniejszym terminie, po rozstrzygnięciu oferty przetargowej przez Ministerstwo Zdrowia.

- studia pomostowe płatne tok - AB

Studia trwają dwa semestry. Opłata za semestr wynosi 2000,00 zł.

Istnieje możliwość płatności w pięciu ratach.

Do 31.07.2013r. wpisowe wynosi 150,00 zł, od 01.08.2013r. 300,00 zł.

Tel. 76 724 51 58

e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Fax. 76 724 51 60

www.wsmlegnica.pl

LEGNICKI ZAKŁAD DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO W LEGNICY

59-220 Legnica ul. Chłapowskiego 13

rozpoczyna nabór do szkół policealnych i ponadgimnazjalnych

Rozpoczęcie zajęć – wrzesień 2013

Szkoły policealne:

- TECHNIK FARMACEUTA	(okres nauki: 2 lata, odpłatność 20 x 300 zł)
- TECHNIK MASAŻYSTA	(okres nauki: 2 lata, odpłatność 20 x 120 zł)
- TECHNIK ORTOPEDA	(okres nauki: 2 lata, odpłatność 20 x 200 zł)
- TECHNIK LOGISTYK	(okres nauki: 2 lata, odpłatność 20 x 120 zł)
- TECHNIK OCHRONY MIENIA I OSÓB	(okres nauki: 2 lata, szkoła bezpłatna)
- TECHNIK BHP	(okres nauki: 1,5 roku, szkoła bezpłatna)
- OPIEKUN MEDYCZNY	(okres nauki: 1 rok, szkoła bezpłatna)

Szkoły ponadgimnazjalne z maturą:

- TECHNIK ORTOPEDA	(okres nauki: 4 lata, szkoła dzienna bezpłatna)
- TECHNIK CHEMIK	(okres nauki: 4 lata, szkoła dzienna bezpłatna)

Tel. 76 856 58 99

e-mail: sekretariat@legnickizdz.edu.pl

Fax. 76 856 06 00

www.legnickizdz.edu.pl

WYNIKI PRZEPROWADZONYCH POSTĘPOWAŃ KONKURSOWYCH W DOIPIP WE WROCŁAWIU

W okresie od 12.06.2013 r do 31.08.2013 r. w wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych na kierownicze stanowiska w pielęgniarstwie i położnictwie powołane komisje konkursowe wskazały do zatrudnienia następujące osoby :

1. Na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek i Położnych Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu –

Pani Krystyna Kizińska.

2. Na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu:

- Oddziału Onkologii –

Pani Katarzyna Chojnacka

- W Klinice Neurochirurgii –

Pani Bernadeta Knihinicka



ZAPRASZAMY NA SZKOLENIA ORGANIZOWANE PRZEZ ODDZIAŁ POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO

(w siedzibie DOIPIP we Wrocławiu, ul. Powstańców Śl. 50)

Terminarz i tematyka szkoleń:

17.10.2013 r godz. 13.00

mgr Ewa Jabłońska – członek Koła PTP przy SPSK nr 1 we Wrocławiu **„WRODZONE WADY SERCA”**

21.11.2013 r godz. 13.00

mgr Dorota Mazur – z-ca przewodniczącej Koła PTP przy SPSK nr 1 we Wrocławiu **„OTYŁOŚĆ EPIDEMIA XXI WIEKU”**

W imieniu Zarządu Oddziału
Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiego
mgr Julia Peszyńska

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA – mgr JOLANTA KOLASIŃSKA,
UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław,
e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl, tel. 0-71/ 784 18 45;

PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO – EWA CHLEBEK,
ul. Urzędnicza 1, 55-020 Żórawina,
e-mail: echlebek@op.pl, tel. 728-515-055

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA
Akademicki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
tel. 071/733-11-90, 733-11-95, 662-232-595

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr KATARZYNA SALIK
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław
tel. 71 327-09-30, 71/784-21-75 606 99 30 95; e-mail: kasiatolik1@wp.pl,

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA,
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław,
tel. 0-71/342-86-31wew. 344, 604-93-94-55, 667-977-735

go też resorpcja (wchłanianie zwrotne) zapobiega zaburzeniom homeostazy, związanej z dużą utratą płynów filtrowanych przez nerki. Kanalik nerkowe resorbują do krwi ok. 99 % przesącza, więc w ciągu doby pozostaje go ok. 1,5 litra do wydalenia w postaci moczu. Produkty przemiany materii, nadmiar soli i inne zbędne związki pozostają w filtracie i są wydalone z moczem, a substancje potrzebne (glukoza, aminokwasy) zostają i wracają do krwi. (2)

ROZDZIAŁ 2. OSTRA NIWYDOLNOŚĆ NEREK (ONN)

Ostra niewydolność nerek (ONN) jest zespołem klinicznym, charakteryzującym się nagłym, najczęściej odwracalnym zmniejszeniem filtracji kłębuszkowej i nagromadzeniem w płynach ustrojowych produktów przemiany materii (mocznika i kreatyniny). Mówimy o ONN, gdy stężenie kreatyniny wynosi co najmniej 44,2mmol/l (0.5mg/dl) lub następuje spadek filtracji kłębuszkowej o 50 %. W większości przypadków ONN wiąże się ze skąpomoczem lub bezmoczem.

Etiologia

Do rozwoju ONN może prowadzić wiele czynników, które wykazują szkodliwe działanie na cały organizm człowieka, lub bezpośrednio na jego nerki. Do najczęstszych stanów mogących prowadzić do ONN należą: przednerkowa, nerkowa (przeważnie miąższowa) oraz poza nerkowa ostra niewydolność nerek. (3)

2.1 Podział ostrej niewydolności nerek

Przednerkowa ostra niewydolność nerek

Hipowolemia czyli zmniejszenie objętości krwi krążącej, wywołanej utratą płynów zewnątrzkomórkowych, przez przewód pokarmowy (wymioty, biegunka), nerki (moczówka prosta i diureza osmotyczna towarzysząca hiperglikemii), skórę (wysoka temperatura ciała i otoczenia), krwotoki lub poprzez ich zatrzymanie w tzw. przestrzeni trzeciej (oparzenia, zapalenia trzustki, zapalenie otrzewnej).

Do odwodnienia ustroju i wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego może doprowadzić również zbyt mała podaż płynu. Ważne także są przyczyny sercowo – naczyniowe, powstałe wskutek spadku rzutu serca, w wyniku zawału mięśnia sercowego lub tamponady serca, lub ogólnoustrojowe zaburzenia naczyniowo-ruchowe (wstrząs anafilaktycz-

ny, działanie niektórych leków).

Nerkowa najczęściej ostra niewydolność nerek

Przyczyny prowadzące do rozwoju nerkowej ONN dzielimy na zapalne i niezapalne.

Do zapalnych należą:

- choroby dotyczące naczyń nerkowych (zapalenie naczyń, kolagenozy, zespół hemolityczno-mocznicowy) .
- choroby dotyczące pierwotnie kłębuszków nerkowych – kłębuszkowe zapalenie nerek (ostre, podostre i gwałtownie postępujące kłębuszkowe zapalenie nerek oraz glomerulopatie w przebiegu chorób układowych)
- ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek (bakteryjne tzw. Ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek, niebakteryjne, najczęściej polekowe) w wyniku reakcji nadwrażliwości lub w przebiegu choroby zakaźnej.

Niezapalne przyczyny ostrej miąższowej niewydolności nerek .

W przeważającej większości to martwice cewek nerkowych spowodowanych niedokrwieniem nerek w wyniku przedłużającego się działania czynników wywołujących przednerkową ONN. Ponadto martwicę cewek nerkowych mogą wywołać przyczyny toksyczne:

- egzogenne leki (np. amino glikozydy, środki kontrastowe, metale ciężkie rozpuszczalniki organiczne, środki ochrony roślin, niektóre grzyby
- endogenne: mioglobina, hemoglobina, bilirubina (którą można rozpoznać obserwując zabarwienie moczu)

Pozanerkowa ostra niewydolność nerek

Przyczyną tej postaci ONN, zwanej też obstrukcyjną jest utrudnienie odpływu moczu w wyniku obustronnego zamknięcia moczowodów spowodowanych kamicą moczowodową, martwicą brodawek nerkowych, ucisku z zewnątrz na moczowody, nacieki nowotworowy pęcherza na ujście moczowodów. Może się też zdarzyć, że przyczyną bezmoczu jest zatkany cewnik, dlatego też należy sprawdzać jego drożność.

2.2 Rozpoznanie ONN

Niezwykle istotne jest szybkie rozpoznanie i określenie przyczyn ONN. Pomaga w tym dokładnie prowadzony wywiad chorobowy, badanie przedmiotowe, analiza dokumentacji klinicznej, badania USG, lub inne obrazowe, analiza moczu i krwi.

• Wywiad

Na przednerkową ONN wskazują biegunka, wymioty, pocenie się, objawy osłabienia, omdlenia oraz inne objawy zmniejszające przestrzeń pozakomórkową. Niezwykle istotne do rozpoznania oligoanurii są objawy utrudnionego odpływu moczu z pęcherza (ból w podbrzuszu, uczucie parcia na mocz, czasami częstsza i nagła potrzeba oddawania małej ilości moczu). Należy ustalić czy pacjent nie przyjmuje leków nefrotoksycznych takich jak NLPZ, paracetamol, czasami może doprowadzić do alergii na lek, co prowadzi do ostrego, śródmiąższowego zapalenia nerek.

• Badanie przedmiotowe

Utrata 5-10% objętości płynów pozakomórkowych powoduje obniżenie napięcia skóry, hipoglikemię, hipotensję, tachykardię, obniżenie ciśnienia krwi. Powszechnie znane są objawy niewydolności krążenia (zastój w płucach, wypełnienie żył szyjnych, obrzęki obwodowe, przesięki). W ocenie stanu pacjenta istotna jest ilość wydalanego moczu. Objętość moczu poniżej 500ml/dobę zwana oligurią zawsze wiąże się z rozwojem ONN.

• Badania laboratoryjne

Oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny w surowicy krwi należy do podstawowych badań oceniających funkcję nerek. Konieczna jest także ocena gospodarki wodno-elektrolitowej, fosforanowo-wapniowej, równowagi kwasowo-zasadowej, stężenie kwasu moczowego w surowicy. Badanie moczu należy do podstawowych u chorych z ONN. Badanie morfologii przydatne w diagnostyce przyczyn ONN.

• Badania obrazowe

USG nerek jest badaniem podstawowym w diagnostyce utrudnionego odpływu moczu i przewlekłych chorób nerek. W przypadku utrudnionego odpływu moczu dochodzi do poszerzenia układu kielichowo-miedniczkowego. Powiększenie nerek bez wodonercza stwierdza się w ostrym kłębuszkowym zapaleniu nerek, cukrzycy, zakrzepicy żył nerkowych. Małe pozaciągane nerki są typowe przy przewlekłych nefropatiach.

2.3 Leczenie przednerkowej (odwracalnej, czynnościowej) ostrej niewydolności nerek

Leczenie tej postaci ONN polega na usunięciu przyczyn do niej prowadzących, czyli wyrównaniu hipowolemii wlewem odpowiednich płynów, krwi w przypadku znacznych krwotoków, izotonicznej soli fizjologicznej, płynu Ringera i 5% glukozy w stanach znacznej hiponatremii. Roztwory krystaloidów w zależności od potrzeby są uzupełnia-

ne potasem i/lub dwuwęglanami. Po nawodnieniu chorych stosuje się diuretyki pętłowe celem wymuszenia diurezy. W przypadku hipowolemii wewnątrznaczyniowej konieczne jest ograniczenie przyjmowania soli stosowania albumin, pętlowych leków moczopędnych w dawkach wzrastających. W leczeniu ONN spowodowanej niewydolnością serca stosuje się leki moczopędne, inotropowe, nitraty, IKA. Szczególnego postępowania wymaga leczenie posocznicy (środki presyjne, krystaloidy, antybiotyki). Przednerkowa ostra niewydolność nerek wywołana lekami zaburzającą autoregulację wewnątrz nerkową (NLPZ, IKA, ARB) jest przeciwwskazaniem do ich stosowania, aby nie dopuszczać do niekorzystnego działania leków kurczących naczyń w nerce.

Leczenie mięszonej ostrej niewydolności nerek

Okres rozwiniętej ONN charakteryzuje się skąpomoczem lub bezmoczem. Trwa średnio 10-14 dni. Wyjątkowo dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia nerek (ostra rozlana martwica kory nerek, gwałtownie postępujące kłębuszkowe zapalenie nerek).

Leczenie zachowawcze w mięszonej, niezapalnej ostrej niewydolności nerek:

- W przewodnieniu ograniczenie soli (1-2g/dobę), wody (diuretyki pętłowe),
- W hiponatremii ograniczenia przyjmowania wody, zakaz podawania hipotonicznych płynów dożylnie,
- W hiperkaliemii ograniczenie potasu w diecie, podaje się żywice wiążące potas, Calcium Resonikum <40mmol/d, 200-300ml glukozy 20% z 15-20j. insuliny, 15-100ml 8,4% roztworu NaHCO₃,
- W kwasicy metabolicznej ograniczenie białka w diecie do 0,6g/kg/dobę, 8,4% NaHCO₃,
- W hipokalcemii węglan wapnia 10-20ml, 10% roztworu glukonianu wapnia,
- W hipermagnezmi ograniczenie leków zobojętniających sok żołądkowy, zawierających magnez,
- W hiperrurikemii Allopurinol,
- Żywnienie ograniczenie białka 0,6g/kg/dobę, węglowodany 100g/dobę, w stanach przedłużających się i hiperkatabolicznych żywienie pozajelitowe.

Chorzy z postacią oligoanuryczną powinni znaleźć się w ośrodku dysponującym leczeniem nerko zastępczym. Leczenie to u chorych z anurią, towarzyszącą posocznica, lub niewydolnością wielonarządową należy rozpocząć, gdy występuje oliguria przez sześć

godzin (0,5ml/kg m.c/godzinę). Wybór techniki dializacyjnej (klasyczna wodorowęglanowa dializa, metody ciągłe, metody hybrydowe) zależy od stanu klinicznego pacjenta i możliwości terapeutycznych ośrodka.

Wskazania do leczenia nerkozastępczego w ONN

- Kliniczne
 - Przewodnienie grożące obrzękiem płuc lub obrzękiem mózgu
 - Nadciśnienie tętnicze odporne na leczenie farmakologiczne
 - Stany hiperkatabolizmu
 - Zaburzenia psychiczne
 - Drgawki, drżenia metaboliczne
 - Cechy skazy krwotocznej
- Wskazania biochemiczne
 - Stężenie potasu przekraczające 6,5mmol/litr
 - Stężenie mocznika w surowicy powyżej 1mg/dl
 - Kwasica metaboliczna pH<7,2, mimo stosowania wodorowęglanów lub przy niemożności ich podania z powodu przewodnienia
- Przygotowanie do zabiegu operacyjnego lub niektórych badań diagnostycznych

Leczenie pozanerkowej ONN

Leczenie polega na zapewnieniu odpływu moczu z dróg moczowych. Przy przyroście gruczołu krokowego konieczne jest założenie cewnika moczowego lub nadłonowego. Sprawny drenaż moczu przyczyni się do powrotu prawidłowej funkcji nerki. Faza powrotu do zdrowia zaczyna się w momencie, gdy stopniowe zwiększenie ilości moczu doprowadza do obniżenia stężenia mocznika i kreatyniny oraz cofania zaburzeń metabolicznych i objawów klinicznych. Często obserwuje się wielomocz wyrównawczy, który przy braku odpowiedniego monitorowania oddawanego moczu może doprowadzić do odwodnienia i hipokalemii. Faza ta trwa zazwyczaj 7-14 dni, ale całkowity powrót do prawidłowej funkcji nerki osiąga się po 6-12 miesiącach.

2.4 Postępowanie pielęgniarskie w ostrej niewydolności nerek

Każda pielęgniarka w swojej praktyce zawodowej może spotkać się z chorym u którego dojdzie do powstania ostrej niewydolności nerek. Szczególnie narażenia są pacjenci hospitalizowani po rozległych urazach, zabiegach, w ciężkim stanie, na oddziałach kardiologicznych.

Pielęgniarka bierze czynny udział w pro-

cesie diagnozowania przyczyn niewydolności nerek, w leczeniu oraz bezpośredniej opiece nad pacjentem.

Rola pielęgniarki w ustaleniu rozpoznania ostrej niewydolności nerek jest bardzo istotna. Podstawą rozpoznania jest stwierdzenie skąpomoczu (oligurii) od 100 do 500ml moczu na dobę, lub diurezy poniżej 0,5ml/kg/mc/godz, trwającej przez 6 godzin. Każdy przypadek oligurii powinno się zgłaszać lekarzowi, gdyż jest od czynnikiem ryzyka dysfunkcji nerek.

Pielęgniarka:

- Pobiera materiał do badania (mocz – badanie ogólne, krew na poziom mocznika, kreatyniny, elektrolity, fosfor, wapń, gazometrię krwi, morfologię),
- Kontroluje i dokumentuje podstawowe parametry życiowe pacjenta (tętno, obserwując częstość i rytm pracy serca, ciśnienie krwi, saturację, oddechy, temperaturę, OCŻ),
- Prowadzi bilans dobowy (obserwuje i dokumentuje ilość przyjętych płynów przez pacjenta, uwzględniając płyny podane drogą dożylną i do przewodu pokarmowego). Należy uwzględnić także leki podawane we wlewach stałych (pompy infuzyjne, strzykawkowe). Do bilansu płynów nie wlicza się preparatów krwi i osocza, gdyż nie podlegają one filtracji nerkowej. Monitoruje ilość płynów wydanych z organizmu, uwzględniając różne drogi ich utraty (układ moczowy, przewód pokarmowy, skóra, płuca),
- Podaje w hipowolemii zlecone płyny, krew w przypadku znacznych krwotoków, izotoniczne roztwory soli fizjologicznej, płyn Ringera, 5% roztwór glukozy, roztwory krystaloidów uzupełniane potasem i/lub dwuwęglanami,
- W okresie rozwiniętej ostrej niewydolności nerek, która charakteryzuje się skąpomoczem lub bezmoczem najważniejsze jest ograniczenie przyjmowanych płynów do około 400 – 700ml plus ilość wydanych płynów na dobę. Należy też ograniczyć podaż białka i wyeliminować z diety potas,
- Podaje leki zgodnie ze zaleceniami lekarza, pacjenci, u których doszło do ostrej niewydolności nerek to przeważnie chorzy w ciężkim stanie, wymagający podaży leków moczopędnych, inotropowych, nitratów podawanych przez pompy strzykawkowe. Szczególnego traktowania wymagają chorzy w posocznicy (środki presyjne, antybiotyki, krystaloidy, koloidy),
- W trakcie opieki nad pacjentem należy

zwrócić szczególną uwagę na jałowość wykonywanych zabiegów, opatrunków, czynności pielęgniarstwa, higienę osobistą pacjenta. Chory ma bowiem upośledzoną odporność, a często współistnieją również ogniska zakażenia lub posocznica. Chory jest przeważnie przewodniony lub ma zapalenie płuc, w związku z tym należy zadbać o jego odpowiednie ułożenie i gimnastykę oddechową,

- W okresie wielomoczu wszystkie czynności pielęgniarstwa mają na celu zapobieganie powikłaniom takim jak odwodnienie i zagrażającym życiu zaburzeniom elektrolitowym. Pielęgniarka prowadzi bilans płynów obserwując pacjenta w kierunku objawów świadczących o hipokaliemii (osłabienie mięśni, prężenia, porażenia, zaparcia, niedrożność jelit ospałość, zaburzenia rytmu serca). Pobiera krew do badania, kontrolując poziom elektrolitów, uczestniczy w farmakoterapii.

U pacjentów z ostrą niewydolnością nerek, wymagających leczenia nerko zastępczego zachodzi potrzeba założenia dostępu naczyniowego. Jest nim przeważnie cewnik dwukanałowy, wprowadzony do jednej z głównych żył. Najczęściej stosuje się kaniulację żyły szyjnej wewnętrznej i udowej, rzadziej żyły szyjnej zewnętrznej i podobojczykowej.

Pielęgniarka:

- Szykuje zestaw do cewnikowania naczynia,
- Asystuje podczas wykonania zabiegu kaniulacji,
- Realizując zlecenia lekarskie aktywnie uczestniczy w leczeniu nerko zastępczym, odpowiadając za właściwe i bezpieczne przeprowadzenie zabiegu hemodializy,
- Przygotowuje pacjenta do zabiegu hemodializy (hemofiltracji), informując o celu i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- Przygotowuje sprzęt (kontroluje sprawność aparatu, przygotowuje zestaw do dializy),
- Prowadzi heparynizację układu dializacyjnego, uruchamiając wlew heparyny, lub podając heparyny małodziałeczkowe, aby zapobiec wykrzepianiu pozaustrojowemu,
- Podczas zabiegu hemodializy monitoruje parametry hemodynamiczne (ciśnienie tętnicze, tętno, EKG) z powodu ryzyka hipotonii,
- Obserwuje pacjenta w kierunku wystąpienia powikłań (zatoru powietrznego, hemolizy, wystąpienia reakcji uczuleniowej na materiał używany podczas dializoterapii),
- Prowadzi nadzór nad parametrami technicznymi aparatury,

- Dokumentuje przebieg hemodializy,
- Zabezpiecza cewnik naczyniowy (przepływając oba kanały cewnika 10ml soli fizjologicznej, a następnie wypełniając każdy kanał heparyną stężoną w ilości odpowiadającej objętości cewnika),
- Zajmuje się pielęgnacją dostępu naczyniowego zapewniając drożność cewnika i zapobiegając zakażeniu cewnika oraz wystąpieniu sepsy odcewnikowej,
- Dezynfekuje nerkę.

ROZDZIAŁ 3.

PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK.

Przewlekła niewydolność nerek (PNN) jest zespołem chorobowym, który rozwija się jako następstwo uszkodzenia, bądź zmniejszenia liczby czynnych nefronów, niszczonych przez różnorodne procesy chorobowe, toczące się w mięszu nerek. Charakteryzuje się ona postępującym niszczeniem wszystkich struktur nerek. O PNN można mówić, kiedy stopień filtracji kłębuszkowej (GFR, czyli glomerular_filtration rate) spadnie poniżej 60 ml/min/1,73m² i obniżenie to utrzymuje się co najmniej 3 miesiące. Granica ta została ustalona i zaakceptowana przez zespół nefrologów na całym świecie, w tym również w Polsce, aby uniknąć niepotrzebnego nadużywania rozpoznawania PNN. Pojęciem szerszym od PNN jest przewlekła choroba nerek (PChN).

Na podstawie GFR wyodrębniono 5 stadiów przewlekłej choroby nerek:

- Stadium I – uszkodzenie nerek prawidłowe lub wzrost GFR powyżej 90ml/min/1,73m² (albuminuria, białkomocz, krwinkomocz),
- Stadium II – łagodny spadek GFR 60 – 89ml/min/1,73m², utajona niewydolność nerek,
- Stadium III – umiarkowane obniżenie GFR 30 – 59ml/min/1,73m², jawna wyrównana niewydolność nerek,
- Stadium IV – bardzo duże obniżenie GFR 15 – 29ml/min/1,73m², jawna niewyrównana niewydolność nerek,
- Stadium V – niewydolność nerek, GFR poniżej 15ml/min/1,73m² lub dializa, schyłkowa niewydolność nerek, mocznica – jeśli występują objawy kliniczne niewydolności nerek. (8)

3.1 Przyczyny powstania PNN

Patogeneza nie jest całkowicie jasna, pewne jest, że pierwotną zmianą jest zniszczenie znacznego odsetka kłębuszków przez podstawowy proces chorobowy. Prowadzi to do zaburzeń czynności wydalniczej i wewnątrz-

wydzielniczej w nerce i do zmian w procesach metabolicznych, proces niszczenia w nerce postępuje nawet, gdy przyczyna podstawowa wygaśnie. Uszkodzenie kłębuszków nerkowych przez proces chorobowy pociąga za sobą rozwój wtórnych zmian patologicznych w dotychczas zdrowych kłębuszkach. Niszczenie kolejnych kłębuszków prowadzi nieuchronnie do powstania PNN. Upośledzenie czynności wydalniczej nerek powoduje narastanie toksyn mocznicowych, wśród nich do wzrostu poziomu mocznika i kreatyniny. Innym przykładem toksyny mocznicowej jest Parathormon (PTH). Wydzielany w nadmiarze w PNN poza zmianami kostnymi zwanymi osteodystrofią nerkową PTH prowadzi do uszkodzenia mięśnia sercowego (kardiomiopatia), powoduje nietolerancję glukozy, zaburza metabolizm lipidów, hamuje wytwarzanie erytropoetyny w nerkach, hamuje agregację płytek, co nasila skazę mocznicową.

3.2 Okresy i objawy PNN

- **Stadium I.** Bardzo często przebiega bezobjawowo w sposób utajony. Objawy PChN zależą przede wszystkim od podstawowej przyczyny nefropatii. Mogą to być objawy związane z zespołem nerczycowym, nawracającymi objawami zakażenia układu moczowego, kamicą, czy dną moczanową. GFR jest prawidłowy, co oznacza prawidłową funkcję wydzielniczą nerek. W badaniach laboratoryjnych obserwuje się albuminurię, białkomocz, krwinkomocz.
- **Stadium II.** (utajona niewydolność nerek) Objawy kliniczne towarzyszące PChN występują stopniowo i nasilają się w miarę postępu niszczenia mięszu nerek w wyniku postępu chorobowego nerek. Do osób narażonych na powstanie PNN, należą chorzy na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe, wrodzoną małą ilość nefronów u osób z małą masą urodzeniową, otyli i ludzie w podeszłym wieku. W stadium tym nadal dominują objawy, które są związane z podstawową chorobą nerek. Stopniowo dochodzi do upośledzenia zągęszczania moczu co objawia się nykturią, czyli koniecznością oddawania moczu w nocy. U pacjentów z nefropatią cukrzycową może występować niedokrwistość.
- **Stadium III.** (jawna, wyrównana niewydolność nerek) Dochodzi do umiarkowanego stopnia obniżenia GFR, od 30-59ml/min/1,73m². Charakterystycznymi objawami są wielomocz, nykturia i zwiększenie prągnięcia. U większości pacjentów występuje nadciśnienie tętnicze. Dochodzi do zabu-

rzeń ze strony układu pokarmowego, (nudności, czasem wymioty, zaburzenia łaknienia). Stopniowo występuje hiperfosfatemia (podwyższenie stężenia fosforanu w surowicy), hiperrurykemia (podwyższenie stężenia kwasu moczowego w surowicy), stopniowemu podwyższeniu ulegają również stężenia kreatyniny i mocznika w surowicy.

• **Stadium IV.** (jawna niewyrównana niewydolność nerek) Bardzo duże obniżenie GFR od 15 do 29ml/min/1,73m². Objawy kliniczne i biochemiczne występują wraz z nasileniem stopnia niewydolności nerek.

• **Stadium V.** (schyłkowa niewydolność nerek) GFR<15ml/min/1,73m² lub dializa. Kliniczne objawy PNN, które najpełniej występują w mocznicy, w krańcowym stadium przewlekłej niewydolności nerek. (5)

Objawy kliniczne mocznicy

Objawy ze strony układu nerwowego

• Centralnego

- senność w ciągu dnia z tendencją do narastającego otępienia
- pogarszająca się zdolność koncentracji
- zaburzenia pamięci
- niewyraźna, zlewająca się mowa
- zaburzenia orientacji
- drżenia mięśniowe i trzępotanie metaboliczne
- drgawki

• Obwodowego

- neuropatia obwodowa czuciowo – ruchowa, często z uczuciem pieczenia
- zespół niespokojnych nóg
- zwiększona męczliwość mięśni i kurcze mięśniowe
- czkawka

Objawy ze strony układu krążenia

- nadciśnienie tętnicze
- przerost lewej komory serca
- rozstrzeń lewej komory serca
- kardiomiopatia
- zapalenie osierdzia
- niedokrwienność choroby serca
- niewydolność krążenia
- przyspieszona miażdżycza

Objawy ze strony układu oddechowego

- płuco mocznicowe zapalenie opłucnej
- obrzęk płuc

Objawy ze strony przewodu pokarmowego

- brak apetytu przechodzący w jadłowstręt
- nudności, wymioty
- zapalenie jamy ustnej, dziąseł
- zapach mocznicowy z ust
- choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy
- zapalenie trzustki

- krwawienia z przewodu pokarmowego

Objawy skórne

- zmiany pigmentacji skóry
- świąd
- opóźnione gojenie się ran

Objawy hematologiczne

- niedokrwistość
- skaza krwotoczna
- pogorszenie czynności limfocytów

Objawy endokrynologiczne

- wtórna nadczynność przytarczyc
- nietolerancja glukozy
- IV typ hiperlipidemii
- zmieniony obwodowy metabolizm tyroksyny
- zaburzenia wzrostu u dzieci
- nieprawidłowa czynność gruczołów płciowych
- ginekomastia u mężczyzn

Objawy oczne

- złogi wapniowe w spojówce lub rogówce
- zespół czerwonych oczu

Inne

- niedożywienie lub wyniszczenie
- hipotermia
- zmiany ilości oddawanego moczu pod postacią wielomoczu lub skąpomoczu
- amyloidowa (8)

3.3 Postępowanie terapeutyczne w przewlekłych chorobach nerek

Wczesne wykrycie wczesnej nefropatii umożliwia wdrożenie działań hamujących postęp choroby i rozwój PChN. Pod stałą opieką nefrologiczną powinien być pacjent u którego GFR obniży się do 30ml/min/1,73m² powierzchni ciała. Pod stałą opieką powinien być również chory u którego stwierdzono białkomocz przekraczający 1g/dobę, oraz krwinkomocz po wykluczeniu jego przyczyn urologicznych.

Leczenie stadium pierwszego PChN

Od momentu rozpoznania obowiązuje ścisła kontrola ciśnienia tętniczego, docelowo dążyć się do uzyskania wartości poniżej 130/80 mmHg u pacjentów bez białkomoczu, oraz do wartości 120/75 mmHg u chorych z białkomoczem. Ważna jest edukacja pacjenta i jego rodziny dotycząca odpowiedniej diety z ograniczeniem soli, normalizacja masy ciała, odpowiednia aktywność fizyczna, zaprzestanie palenia tytoniu, wyeliminowanie nadmiaru białka z diety, zmniejszenie nadwagi i otyłości, które sprzyjają rozwojowi zaburzeń lipidowych i mają ogromny wpływ na rozwój ciśnienia tętniczego.

Leczenie wyrównanej PNN

W okresie niewyrównanej przewlekłej nie-

wydolności nerek obowiązuje postępowanie takie, jak w okresie utajonej PNN. Ponadto należy przeciwdziałać zaburzeniom takim jak niedokrwistość, cech niedoboru żelaza, zaburzenia gospodarki wapniowo – fosforanowej. Bardzo istotna jest dieta z odpowiednią podażą pełnowartościowego białka, nie wolno obniżać jego podaży poniżej 0,6g/km masy ciała za dobę, gdyż grozi to niedożywieniem. Odpowiednia dieta jest jednym ze sposobów przeciwdziałania kwasicy rozwijającej się w przebiegu choroby. Ważne jest rozpoznanie i leczenie niedokrwistości, gdyż może ona spowodować nieodwracalne zmiany w układzie krążenia.

Po wyrównaniu niedoborów żelaza niedokrwistość powinno się leczyć, za pomocą podskórnie podawanej erytropoetyny. Obowiązuje poszukiwanie i skuteczna eliminacja stanów zapalnych, które często powodują zaostrenie PNN.

Każdy pacjent u którego stwierdzono schyłkową niewydolność nerek może skorzystać z leczenia nerko zastępczego. Można jednak zaoferować choremu alternatywne metody leczenia takie jak:

- Dializa otrzewnowa (DO), która daje pacjentowi możliwość wykonywania terapii w domu,
- Hemodializa (HD), którą wykonuje się tylko w warunkach szpitalnych,
- Przeszczepianie nerek ze zwłok lub od dawcy żywego (osoby spokrewnionej z pacjentem), które zapewnia najlepszą jakość życia.

Wskazania do rozpoczęcia leczenia nerko zastępczego:

- Objawy kliniczne mocznicy,
- Oporne na leczenie nadciśnienie tętnicze,
- Hiperkaliemia niereagująca na leczenie farmakologiczne,
- Wysoka hiperfosfatemia,
- Nieproporcjonalnie duża niedokrwistość w stosunku do stopnia niewydolności nerek,
- Ciężka kwasica nieoddechowa (metaboliczna),
- Przewodnienie.

Przeciwwskazania do leczenia dializami:

- Rozsiana choroba nowotworowa,
- Współistniejąca choroba innych narządów lub układów o stopniu zaawansowania nierokującym poprawy jakości życia pacjentów, mimo wdrożenia leczenia nerkozastępczego,
- Brak zgody pacjenta.

3.4 Rola pielęgniarki w przewlekłej niewydolności nerek

Rola pielęgniarki w stacji dializ

Do zadań pielęgniarki w stacji dializ należy stałe kontrolowanie stanu przetoki tętniczo-żylną u każdego dializowanego pacjenta, oraz przygotowywanych do leczenia hemodializą

- Obserwacja przetoki w kierunku wystąpienia powikłań (obrzęk kończyny, zatrzymanie przepływu krwi w przetoce, zakażenie rany pooperacyjnej, objawów niedokrwienia kończyny – bledność, uczucie zimna w obrębie palców, mrowienie i ból palców),
- Odpowiednie nakłuwanie przetoki tętniczo-żylną, przestrzeganie zasad aseptyki, umiejętne rozpoznanie zmian patologicznych w obrębie przetoki,
- Prowadzenie zabiegu hemodializy (procedura podłączenia, monitorowania przebiegu dializy, zakończenia dializy, prowadzenie dokumentacji,
- Opieka nad pacjentem w czasie dializy (bieżące monitorowanie stanu zdrowia, przygotowanie i podaż leków, realizacja czynności opiekuńczych zgodnie z bieżącymi potrzebami pacjenta, wykonywanie procedur medycznych – pobieranie krwi do badań laboratoryjnych, udzielanie pierwszej pomocy w przypadku pojawienia się ostrych powikłań),
- Obserwacja i umiejętność reagowania w przypadku wystąpienia ostrych powikłań podczas dializy (hipotonia, hipertonia, kurcze mięśni, świąd skóry, odczyny gorączkowe, hipokaliemia, hipoglikemia, zator powięztny, hemoliza),
- Zapobieganie infekcją krwio pochodnym (każdy pacjent traktowany jak potencjalnie zakażony, obowiązkowe używanie rękawiczek jednorazowych, osłon twarzy i fartucha foliowego, obowiązkowa dezynfekcja rąk przed założeniem i po zdjęciu rękawiczek),
- Edukacja pacjenta (wyjaśnienie zasady działania aparatu do hemodializy, sposobu i konieczności dbania o przetokę tętniczo-żylną, przedstawienie zasad higieny osobistej, aktywności fizycznej, prowadzenia racjonalnego stylu życia, nauki radzenia sobie z nadmiernym pragnieniem, omówienie zasad przyjmowania leków drogą doustną, omówienie sposobów postępowania w przypadku nagłego spadku ciśnienia tętniczego, skurczy mięśni, zatrzymania przetoki tętniczo-żylną, krwawienia oraz wystąpienia infekcji).

Rola pielęgniarki w ośrodku dializy

otrzewnowej

W ośrodku dializy otrzewnowej pielęgniarka po wszczęciu cewnika do otrzewnej:

- Wykonuje opatrunki w 5, 8, 12 dobie po zabiegu,
- Pobiera materiał do badania, obserwuje miejsce cewnika w kierunku wystąpienia powikłań,
- Prowadzi edukację pacjenta, przygotowując go do dializy otrzewnowej, edukacja trwa 1-2 tygodnie i obejmuje: przekazanie wiedzy na temat zasad dializy otrzewnowej, płynu dializacyjnego i jego znaczenia, sprzętu do dializy otrzewnowej, warunków przeprowadzenia dializy, współpracy z ośrodkiem dializ, higieny pomieszczenia do wymian w domu, miejsca do prowadzenia wymian, konieczności stosowania maski, higienicznego postępowania w trakcie wymiany, higieny ciała, postępowania z odpadami dializacyjnymi, przechowywania sprzętu do dializ, klinicznych i technicznych powikłań, pielęgnacji ujścia cewnika otrzewnowego, ogólnych zasad dietetycznych).

Rola pielęgniarki po przeszczepie nerki

Po zabiegu operacyjnym pacjent przebywa na oddziale intensywnej terapii, do chwili uzyskania stabilności pod względem oddechowym i krążeniowym.

Pielęgniarka we wczesnym okresie pooperacyjnym:

- Prowadzi codzienną ocenę ogólnego stanu pacjenta, oraz ścisłą kontrolę wskaźników życiowych (pomiar ciśnienia tętniczego, wskaźnik utlenowania krwi, tętno, OCŻ, diureza godzinowa),
- Wdraża działania mające na celu zachowanie równowagi wodno-elektrolitowej, oraz stanowiące profilaktykę ostrego odrzucenia przeszczepu i zakażeń (podaż płynów drogą dożylną oraz doustną, obserwacja wymiotów, obserwacja rany pooperacyjnej oraz drenażu Redona, kontrolowanie natężenia bólu, podaż leków przeciwbólowych, pobieranie krwi do badań laboratoryjnych, ochrona przed zakażeniami przez stosowanie środków ochrony osobistej oraz ograniczenie bezpośredniego kontaktu z otoczeniem, dbałość o higienę ciała i otoczenia),
- Wykonuje zabiegu hemodializy do chwili powrotu funkcji nerki,
- Zwraca uwagę na wygodne ułożenie pacjenta, oklepywanie pleców, zachęcanie do wykonywania gimnastyki oddechowej.

Po stabilizacji parametrów oddechowo-krążeniowych pacjent trafia na oddział transplantacyjny.

Do zadań pielęgniarskich w tym okresie należy:

- ocena ogólnego stanu pacjenta pod kątem powikłań pooperacyjnych oraz ustalenie holistycznego planu opieki zgodnie z aktualnymi problemami pielęgnacyjnymi pacjenta,
- pomiar wskaźników życiowych,
- pomiar masy ciała,
- pomiar diurezy godzinowej,
- podaż płynów,
- godzinowa podaż leków drogą dożylną oraz doustną,
- kontrolowanie natężenia bólu,
- podaż leków przeciwbólowych w zależności od potrzeby,
- dbałość o stan rany pooperacyjnej,
- stosowanie antybiotyków osłonowo,
- profilaktyka zakażeń układu moczowego,
- monitorowanie wkluc centralnych oraz obwodowych,
- prowadzenie dokumentacji.

ROZDZIAŁ 4.

ZABURZENIA GOSPODARKI WODNO – ELEKTROLITOWEJ I RÓWNOWAGI Kwasowo-Zasadowej w NIEWYDOLNOŚCI NEREK

Nerki wydalają w ciągu doby od 1000 do 1500ml wody. Uczestniczą one w regulacji gospodarki wodno – elektrolitowej, odpowiadając za utrzymanie stałej objętości i składu płynu pozakomórkowego.

Głównym wyznacznikiem objętości przestrzeni pozakomórkowej jest zawartość sodu. W przewlekłej niewydolności nerek mechanizmy nerkowej regulacji, odpowiadające za stałość objętości i składu płynu komórkowego ulegają zaburzeniu. Stężenie sodu w osoczu odzwierciedla równowagę sodu i wody w organizmie. Pojęciem **hiponatremii** określa się stężenie sodu w osoczu poniżej 135mmol/l. Jest ona u danego pacjenta wyrazem nadmiaru wody w stosunku do sodu.

Przyczyną tego może być:

- Niedobór sodu na skutek ograniczenia podaży w diecie, nadmiernej utraty przez nerki, przewlekłego przyjmowania leków moczopędnych,
- Rozcieńczenie płynów ustrojowych wodą przez jej nadmierne doustne przyjmowanie, lub podawanie dożylnie płynów bezelektrolitowych, np. roztworów glukozy.

W trakcie leczenia chorego z hiponatremią ważne jest ustalenie dokładnego bilansu wodnego i codziennego pomiaru masy ciała, monitorowanie ciśnienia tętniczego a także kontrolowanie funkcji nerek (stężenie kreatyniny w surowicy, oznaczanie GFR, częste

oznaczanie stężenia sodu w surowicy). Najogólniej można przyjąć, że jeżeli u chorego w badaniu przedmiotowym stwierdza się cechy przewodnienia istnieje duże prawdopodobieństwo, że to hiponatremia z rozciężnienia. Stąd u tych chorych podstawowym elementem leczenia będzie ograniczenie przyjmowania płynów bezelektrolitowych drogą doustną i dożylną, a niekiedy podawanie furosemidu przy jednoczesnym prowadzeniu dobowej zbiórki moczu i codziennym pomiarze masy ciała. Celem leczenia będzie uzyskanie ujemnego bilansu wodnego poprzez obniżenie masy ciała chorego o nie więcej niż 0,5 kg dziennie. Przy znacznej hiponatremii z objawami przewodnienia zwłaszcza u chorych ze znacznym upośledzeniem funkcji nerek wskazane jest zastosowanie hemodializy z użyciem dializatu o stężeniu sodu nie większym niż 15-20 mmol/litr. Powyżej jego stężenia w osoczu w połączeniu z ultrafiltracją. U pacjentów z obawami niewydolności serca, a także u osób starszych można wykonać hemofiltrację z uwagi na lepszą tolerancję tego zabiegu.

Natomiast u chorych hiponatremia rozwija się głównie w następstwie utraty sodu w obrazie klinicznym występują objawy odwodnienia wymaga ona odmiennego postępowania. Leczenie obejmuje odstawienie leków moczopędnych, uzupełnienie płynów drogą dożylną, z zastosowaniem 0,9% roztworu NaCl. jeżeli stan kliniczny na to pozwala zaleca się wyrównać te niedobory drogą doustną, np. przez zwiększenie podaży chlorku sodowego wraz z pokarmem. Należy dążyć do uzyskania dodatniego bilansu wodnego wyrażającego się stopniowym wzrostem masy ciała.

Zdecydowanie rzadziej u chorego z przewlekłą chorobą nerek występuje hipernatremia, czyli wzrost stężenia sodu w surowicy powyżej 148 mmol/litr. Może być ono spowodowane utratą samej wody np. w stanach gorączkowych, utratą hipotonicznych płynów przez skórę np. w nadmiernym poceniu się, przez przewód pokarmowy np. obfite wymioty i biegunki oraz przez nerki. W obrazie klinicznym dominuje wówczas znaczne odwodnienie. Leczenie powinno odbywać się wówczas pod kontrolą kliniczną z częstym oznaczeniem stężenia sodu w osoczu, obowiązuje dokładne prowadzenie bilansu wodno-elektrolitycznego i uzupełnianie na tej podstawie bieżących strat wody i elektrolitów, podając 5% roztwór glukozy i 0,45% roztwór chlorku sodowego. Hipernatremia z objawami przewodnienia jest zwykle wynikiem zbyt dużej podaży sodu (np. NaHCO_3). W lecze-

niu należy zastosować diuretyki wraz z wodą podawaną doustnie i 5% roztwór glukozy podawaną dożylnie. U chorych z upośledzeniem czynności nerek znacznego stopnia, często zachodzi potrzeba wykonania hemodializy w celu wyrównania hipernatremii.

Zaburzenia gospodarki potasowej

W warunkach fizjologicznych stężenie potasu w osoczu wynosi od 3,8 do 5,3 mmol/litr. U chorych z przewlekłą chorobą nerek może dojść do wzrostu lub obniżenia stężenia tego elektrolitu w osoczu. Zarówno hipokaliemia (<3,8 mmol/litr) jak i hiperkaliemia (>5,3 mmol/litr) są stanami zagrożenia życia. Objawy kliniczne towarzyszące tym zaburzeniom zależą nie tylko od nasilenia zmian stężenia potasu w osoczu, ale również od szybkości ich powstania i czasu trwania. W związku z tym, że hiperkaliemia może przebiegać bezobjawowo, powodując bezpośrednie zagrożenie dla życia, należy u chorych z przewlekłą chorobą nerek systematycznie wykonywać oznaczanie stężenia potasu w osoczu.

Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej

Nerki odgrywają ważną rolę w utrzymaniu homeostazy kwasowo-zasadowej. Postępujące zaburzenia czynności nerek prowadzą do zmniejszenia wydalania jonów wodorowych, oraz upośledzenia resorpcji zwrotnej wodorowęglanów, w wyniku czego dochodzi do kwasicy metabolicznej. Moment jej wystąpienia zależy również od rodzaju stosowanej diety. W badaniu gazometrycznym krwi stwierdza się wówczas obniżenie poniżej normy pH, niskie stężenie wodorowęglanów, oraz ujemne wartości wyrażające niedobór zasad. U większości chorych z PChN kwasica metaboliczna jest łagodna, pH rzadko jest mniejsze niż 7,35. Przyspieszony rozwój kwasicy metabolicznej może wystąpić przy zwiększonej podaży białka, głównego źródła jonów wodorowych, a także w obecności stanów zwiększających katabolizm organizmu, np. stanów gorączkowych i przy nadmiernej utracie zasad np. przy biegunkach. Z objawów klinicznych nasilonej kwasicy metabolicznej należy wymienić zaburzenia rytmów oddychania, przede wszystkim pod postacią głębokiego i zwykle przyspieszonego oddechu Kussmaula, a także uczucia zmęczenia, zmniejszenia uczucia łaknienia, nudności i wymiotów. Kwasica metaboliczna jest również przyczyną hiperkaliemii, stanowiącej bezpośrednie zagrożenie życia.

PODSUMOWANIE

Niewydolność nerek jest ciężką chorobą,

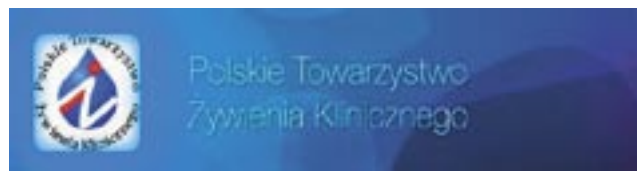
z jaką spotyka się pacjent. Jej leczenie wymaga od personelu pielęgniarskiego dobrej znajomości przyczyn choroby, leczenia, prowadzenia zaawansowanych procedur medycznych. Sprawowanie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej w ośrodku dializ, na oddziałach intensywnej terapii i oddziałach transplantacji nerki wymaga od personelu ciągłego doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji w celu optymalnego prowadzenia terapii zapewniającej jak najniższą chorobowość i śmiertelność, wieloletnie przeżycie oraz dobrą jakość życia chorego.

Piśmiennictwo

1. E. P. Solomon, L. R. Berg, D. W. Martin, Biologia, MULTICO Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2007
2. Borodulin – Nadzieja L.: Fizjologia człowieka, Górnickie Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2005
3. Prof. Dr med. K. F. Kopp, H. Keller, Choroby nerek i dializoterapia, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 1997
4. J. Tatoń, A. Czech, Diagnostyka Internistyczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005
5. C. C. Tisher, Ch. S. Wilcox, Nefrologia, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 1997
6. Pod. Red. A. Czupryny, E. Wilczek – Różyczki, Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010
7. R. Larsen, Anestezjologia, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2003
8. B. Rutkowski, Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa, Wydawnictwo VM Media, Gdańsk 2008
9. L. Wołowicka, D. Dyk, Anestezjologia i intensywna opieka – klinika i pielęgniarstwo, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007
10. M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko, Diagnostyka i interwencje pielęgniarstwa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008
11. A. Kübler, Intensywna terapia, Wydawnictwo Medycyna praktyczna, Kraków 2003
12. L. Schneider, S. Krautzig, Choroby Wewnętrzne, seria Na dyżurze, Wydawnictwo Urban & Partner, Warszawa 2009
13. J. Jakubaszko, Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studentów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006
14. L. Pączek, K. Mucha, B. Forenciewicz, Choroby wewnętrzne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004
15. A. Michajlik, W. Ramatowski, Anatomia i fizjologia człowieka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1985



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu
51-049 Wrocław, ul. Koszowa 3
www.szpital.wroc.pl, e-mail: gromkowskiszpital.wroc.pl
tel. aut. (071) 121-03-04 do 39, (071) 120-13-27 do 31, sekretaria (071) 295-74-24, fax (071) 120-86-22



**Szanowni Państwo mamy zaszczyt zaprosić Państwa
na Ogólnopolską Konferencję Naukowo- Szkoleniową
organizowaną przy wsparciu programu
„Niedożywienie – Dolny Śląsk 2012- 2014”.**

„Niedożywienie w praktyce pielęgniarskiej”

Konferencja dedykowana jest:

lekarzom, pielęgniarkom, opiekunom medycznym.

Termin konferencji: 19 listopada 2013r. (wtorek)

Czas trwania konferencji: godz. 09.00- 16.00

Miejsce Konferencji: Hotel Orbis „Wrocław” ul. Powstańców Śląskich 7, Wrocław

Koszt uczestnictwa: 50,00 zł brutto

Cena szkolenia obejmuje: udział w konferencji, materiały szkoleniowe,
zaświadczenie uczestnictwa w konferencji, poczęstunek.

Organizatorzy:

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Polskie Towarzystwo Żywności Klinicznej

Program Niedożywienie – Dolny Śląsk 2012-2014

Patronat merytoryczny: Polskie Towarzystwo Żywności Klinicznej

Program konferencji oraz karta zgłoszenia do pobrania na stronie internetowej www.doipip.wroc.pl w zakładce SZKOLENIA, KONFERENCJE.

NOWELIZACJA KODEKSU PRACY z 12 lipca 2013 r. A SEKTOR OCHRONY ZDROWIA

Sierpniowa nowelizacja przepisów prawa pracy w zakresie czasu pracy wprowadza duże zmiany w zasadach organizacji pracy przez pracodawców, także tych funkcjonujących w sektorze ochrony zdrowia. Poniższy komentarz pokazuje najważniejsze zmiany, jakie wprowadzają nowe przepisy oraz ich relacje do przepisów szczególnych znajdujących się w ustawie o działalności leczniczej.

1. ZAKRES ZMIAN – UWAGI OGÓLNE

W dniu 23 sierpnia 2013 r. weszła w życie ustawa z dnia 12 lipca 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz ustawy o związkach zawodowych (Dz. U. poz. 896).

1.1. Dłuższy okres rozliczeniowy

Pierwsza z wprowadzonych zmian dotyczy art. 129 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) – dalej k.p., który w § 1, podobnie jak dotychczas, przewiduje 8-godzinny dzień i 40-godzinny tydzień pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 4 miesięcy. Nowością jest treść § 2, który obecnie dopuszcza możliwość wydłużenia okresu rozliczeniowego do 12 miesięcy nie tylko – jak było to dotychczas – w rolnictwie i hodowli oraz przy pilnowaniu mienia lub ochronie osób, ale w każdym systemie czasu pracy, jeżeli jest to uzasadnione przyczynami obiektywnymi lub technicznymi lub dotyczącymi organizacji pracy.

1.2. Elastyczny czas pracy

Drugim novum oddziałującym bezpośrednio na kształtowanie czasu pracy pracowników ochrony zdrowia jest nowy art. 1401 k.p., który wprowadza możliwość zawarcia w rozkładzie czasu pracy różnych godzin rozpoczynania pracy w dniach, które zgodnie z tym rozkładem są dla pracowników dniami pracy. Rozkład czasu pracy może obecnie przewidywać także przedział czasu, w którym pracownik decyduje o godzinie rozpoczęcia pracy w dniu, który zgodnie z tym rozkładem jest dla pracownika dniem pracy. Ograniczeniem obowiązującym w takim przypadku jest jednak dobowy i tygodniowy zakres odpoczynku, którego ruchomy rozkład czasu pracy nie może naruszać. Przy zachowaniu tego warunku ponowne wykonywanie pracy w tej samej dobie nie będzie stanowiło pracy w godzinach nadliczbowych.

Uelastycznienie czasu pracy jest tak daleko

idące, że ustawodawca przewidział możliwość zaistnienia sytuacji, w której pracownik przez cały miesiąc nie ma obowiązku świadczenia pracy ze względu na ustalony przez pracodawcę rozkład czasu pracy. Powinien on w takim miesiącu otrzymać wynagrodzenie nie niższe niż minimalne wynagrodzenie za pracę (w przypadku pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy, wynagrodzenie to oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy). Jednak biorąc pod uwagę, że opisana w art. 129 § 5 k.p. sytuacja jest wynikiem wykonywania przez pracownika pracy w większym wymiarze w okresie wcześniejszym lub późniejszym, zapłata minimalnego wynagrodzenia będzie dla pracodawcy dodatkowym wydatkiem, ponad wynagrodzenie, które należne będzie pracownikowi za pracę wykonaną w miesiącach, w których świadczył pracę. Na uwagę zasługuje przy tym fakt, iż gwarancję wynagrodzenia w wysokości minimalnej pracownik otrzymuje jedynie w przypadku, gdy w danym miesiącu nie wykonuje pracy wcale. Brak regulacji szczególnych, które dotyczyłyby sytuacji, w których pracownik wykonuje w danym miesiącu pracę jedynie w wymiarze kilku lub kilkunastu godzin, co w przypadku niskiej stawki godzinowej oznaczać może w takim miesiącu wynagrodzenie rzędu kilkudziesięciu lub kilkuset złotych. Zatem należy się spodziewać, że pracodawcy będą poszukiwać możliwości uniknięcia wypłaty dodatkowo minimalnego wynagrodzenia, przydzielając pracownikom w każdym miesiącu co najmniej kilka godzin pracy, co pozwoli im na wypłacenie w takim miesiącu symbolicznych kwot.

1.3. Indywidualny rozkład czasu pracy

Trzecią dużą zmianą jest wynikająca z art. 150 § 5 k.p. możliwość ustalenia indywidualnego rozkładu czasu pracy z pracownikiem, niezależnie od tego, co przewiduje regulamin pracy lub układ zbiorowy, oraz wynikająca z art. 151 § 21 k.p. możliwość udzielenia pracownikowi w trakcie pracy czasu na załatwienie spraw osobistych, z jednoczesnym zobowiązaniem go do odpracowania tego czasu w innym dniu – w takim przypadku dłuższa praca w tym dniu nie stanowi pracy w godzinach nadliczbowych.

2. NOWELIZACJA KODEKSU PRACY A SEKTOR OCHRONY ZDROWIA

Zakres wpływu lipcowej nowelizacji Kodeksu pracy na sektor ochrony zależy od tego, czy

do zasad kształtowania czasu pracy danej grupy pracowników mają zastosowanie wyłącznie zasady ogólne, czy też są one regulowane przepisami szczególnymi.

Nowelizacja ma więc inny wpływ na regulację czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, inny zaś na pracę osób zatrudnionych w indywidualnych praktykach lekarskich i pielęgniarskich oraz w aptekach.

2.1. Podmioty lecznicze

W odniesieniu do pracowników podmiotów leczniczych (dawniej: zakładów opieki zdrowotnej), nadal obowiązują jednak zapisy art. 93 i nast. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) – dalej u.d.z.l. Nowelizacja Kodeksu pracy nie wprowadziła zmian do tej ustawy, jak również do innych ustaw zawierających przepisy szczególne w zakresie czasu pracy, zatem ustawy szczególne, w tym ustawa o działalności leczniczej, pozostają w mocy w zakresie, w jakim zawierają rozwiązania szczególne dotyczące czasu pracy danej grupy pracowników. Należy więc uznać, że przepisem umożliwiającym wydłużenie dobowego czasu pracy w odniesieniu do pracowników podmiotów leczniczych pozostaje art. 94 u.d.z.l., zgodnie z którym, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem art. 93 ust. 3 i 4 u.d.z.l. (dot. czasu pracy pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami). W rozkładach czasu pracy pracowników, o których mowa w art. 93 ust. 1 u.d.z.l., nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, a w stosunku do pracowników, o których mowa w art. 93 ust. 2 u.d.z.l. – przeciętnie 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Okres rozliczeniowy, o którym tu mowa, nie może być dłuższy niż miesiąc. W szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, nie więcej jednak niż do 4 miesięcy.

Przepisem dodatkowo ograniczającym zastosowanie nowych możliwości uelastycznienia czasu pracy w tej grupy pracodawców jest art. 94 ust. 4 u.d.z.l., zgodnie z którym w rozkładach czasu pracy, o którym mowa w ust. 1, wy-

miar czasu pracy:

- 1) pracownice w ciąży;
- 2) pracowników opiekujących się dzieckiem do lat 4, bez ich zgody – nie może przekraczać 8 godzin na dobę.

Przepisy art. 93–99 u.d.z. pozostają wiążące w odniesieniu do pracowników podmiotów leczniczych. Dział III ustawy nosi tytuł „Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych”, co oznacza, iż ma zastosowanie nie tylko do podmiotów publicznych, ale do wszystkich podmiotów leczniczych, czyli:

- 1/ podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami (art. 4 ust. 1 pkt 1 u.d.z.);
- 2/ samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (art. 4 ust. 1 pkt 2 u.d.z.),
- 3/ podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej (art. 4 ust. 1 pkt 3 u.d.z.),
- 4/ instytutów badawczych (z uwagi na treść art. 4 ust. 3 u.d.z.)

oraz fundacji i stowarzyszeń, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia, posiadających osobowość prawną jednostek organizacyjnych tych stowarzyszeń oraz osób prawnych i jednostek organizacyjnych działających na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 pkt 5, 5a i 6 u.d.z.).

Podobnie, w zakresie dotyczącym długości okresu rozliczeniowego, ocenić należy kolejny przepis ustawy nowelizującej, wprowadzający nowe brzmienie art. 129 § 3 k.p. Zgodnie z tym przepisem, od 23 sierpnia 2013 r. rozkład czasu pracy danego pracownika może być sporządzony – w formie pisemnej lub elektronicznej – na okres krótszy niż okres rozliczeniowy, obejmujący jednak co najmniej jeden miesiąc. Pracodawca przekazuje pracownikowi rozkład czasu pracy co najmniej na jeden tydzień przed rozpoczęciem pracy w okresie, na który został sporządzony ten rozkład.

O ile nowe brzmienie art. 129 § 3 k.p. należy uznać za wiążące dla podmiotów leczniczych w zakresie, w jakim zobowiązuje on pracodawcę do sporządzenia rozkładu czasu pracy w formie pisemnej lub elektronicznej i podania go do wiadomości pracownika na co najmniej tydzień przed rozpoczęciem pracy w danym okresie, o tyle w przypadku podmiotów leczniczych nie w każdym przypadku wiążące będzie wymaganie, by okres rozliczeniowy wynosił co najmniej jeden miesiąc.

Regulacją o charakterze *lex specialis* w stosunku do art. 129 § 3 k.p. pozostaje bowiem nadal art. 97 ust. 4 u.d.z., zgodnie z którym pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, przy czym pracownikowi pełniącemu dyżur

medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego, przy czym w przypadku uzasadnionym organizacją pracy pracownikowi wykonującemu zawód medyczny i posiadającemu wyższe wykształcenie, zatrudnionemu w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.

Regulacją kodeksową, dotyczącą okresów odpoczynku dobowego tygodniowego, są przepisy art. 132 i 133 k.p., które jednak nie zawierają postanowień odnoszących się do okresu rozliczeniowego w przypadku skrócenia okresu odpoczynku, zatem zastosowanie znajduje tu nadal przepis art. 97 u.d.z.

2.1.1. Dyżury medyczne w podmiotach leczniczych

W zakresie regulacji dotyczących dyżurów medycznych, ustawa o działalności leczniczej odsyła do przepisów Kodeksu pracy w dwóch przypadkach:

- w zakresie zasad obliczenia wynagrodzenia za dyżur medyczny (art. 95 ust. 5 i 6 u.d.z. odsyła do art. 151 § 1–3 k.p.), oraz
- w zakresie, w jakim wyłącza stosowanie przepisów prawa pracy regulujących nie unormowaną w ustawie o działalności leczniczej materię, tj. możliwości planowania pracy w wymiarze przekraczającym dzienną normę godzin pracy, oraz możliwości przekroczenia ilości 150 godzin nadliczbowych w ciągu roku (art. 95 ust. 4 i art. 96 ust. 1 u.d.z.).

Mimo zawartego w art. 96 ust. 1 u.d.z. odesłania, nie budzi wątpliwości, że pełnienie dyżuru medycznego nie stanowi pracy w godzinach nadliczbowych, a jedynie wynagrodzenie za pracę w ramach dyżuru medycznego obliczane jest według zasad obowiązujących w odniesieniu do godzin nadliczbowych. Treść art. 151 § 1–3 k.p. nie ulega zaś zmianie, wskutek czego należy stwierdzić, że dyżury medyczne będą nadal planowane i wynagradzane według zasad dotychczasowych.

Pozostaje także w mocy treść art. 96 ust. 2 u.d.z., zgodnie z którym okres rozliczeniowy, w przypadku zobowiązania pracownika do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może być dłuższy niż 4 miesiące.

2.1.2. Zmiany w podmiotach leczniczych wynikające z nowelizacji

Nowe postanowienia Kodeksu pracy odnoszące się do godzin nadliczbowych mają natomiast pełne zastosowanie w odniesieniu do pozostałych aspektów czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych. Dopuszczalne będzie więc:

- wprowadzenie systemu przerywanego czasu

pracy (art. 139 § 3 i 5 k.p.);

- zastosowanie rozkładów czasu pracy przewidywujących różne godziny rozpoczynania pracy w dniach, które zgodnie z tym rozkładem są dla pracowników dniami pracy (art. 140 § 1 k.p.);
- możliwość udzielenia pracownikowi czasu na załatwienie spraw osobistych z jednoczesnym zobowiązaniem go do odpracowania tego czasu w innym dniu bez konieczności rozliczenia dodatkowych godzin w tym dniu jako godzin nadliczbowych (art. 151 § 21 k.p.).

2.2. Praktyki zawodowe i apteki

Nowe brzmienie art. 129 k.p. ma natomiast w pełnym zakresie zastosowanie do pracowników zatrudnionych w indywidualnych praktykach lekarskich i indywidualnych praktykach pielęgniarstwa, działających na podstawie art. 5 w zw. z art. 18 i 19 u.d.z.

Z uwagi na fakt, iż ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.) nie zawiera szczególnych postanowień odnośnie czasu pracy farmaceutów i techników farmaceutycznych, nowelizacja ma także pełne zastosowanie do pracowników aptek.

3. Tryb wprowadzenia zmian u pracodawców sektora ochrony zdrowia

Do wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą ma zastosowanie nowe brzmienie art. 139 § 3 k.p., zgodnie z którym system przerywanego czasu pracy wprowadza się:

- w układzie zbiorowym pracy (o ile obowiązuje w danym podmiocie lub pracodawca zdecyduje się na jego wprowadzenie);
- lub w porozumieniu z zakładową organizacją związkową.

Jeżeli nie jest możliwe uzgodnienie treści porozumienia, o którym mowa w § 3, ze wszystkimi zakładowymi organizacjami związkowymi, pracodawca uzgadnia treść porozumienia z organizacjami związkowymi reprezentatywnymi w rozumieniu art. 241 § 2a k.p.

Jeżeli natomiast u danego pracodawcy nie działa zakładowa organizacja związkowa, co jest powszechne w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami, w praktykach zawodowych i aptekach, system przerywanego czasu pracy wprowadza się w porozumieniu z przedstawicielami pracowników wyłonionymi w trybie przyjętym u tego pracodawcy. Wymaga to zawarcia odrębnego porozumienia w tej sprawie nawet u tych pracodawców, u których liczba zatrudnionych pracowników nie przekracza 20, a nawet w przypadku zatrudnienia tylko jednego pracownika.

179591

Dz.U.2013.217: art. 93; art. 94; art. 95; art. 96; art. 97; art. 98; art. 99

Dz.U.1998.21.94: art. 129; art. 140(1); art. 150; art. 151 § 2(1)

(komentarz pochodzi z serwisu - LEX Wolters Kluwer Polska)



Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia
ALMACH

ul. Kulińska 2
87-800 Włocławek
tel. 601 256 845

KRS: 0000154303
REGON: 911327517
NIP: 888-27-47-997

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

biuro@fundacja-almach.org.pl

www.fundacja-almach.org.pl

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Członkowie Rady

Szanowni Państwo

W ubiegłym roku informowałam Panią Przewodniczącą oraz Członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych o organizacji Domu Seniora Pielęgniarki. Obecnie trwa remont budynku. W imieniu Fundacji Pracy i Ochrony Zdrowia Almach chciałabym, aby w miesiącu październiku 2013 rozstał uruchomiony.

Zwracam się z serdeczną prośbą o ogłoszenie na swoim terenie możliwości zamieszkania w Naszym Domu Koleżanek i Kolegów – pielęgniarek, położnych – emerytek, rencistek, które w jesieni życia bezpiecznie zechcą zamieszkać pod wspólnym dachem w pokojach 1-2 osobowych.

Na terenie Domu Seniora Pielęgniarki przewidziane są pokoje hotelowe dla potrzeb wypoczynkowo-szkoleniowych dla naszego środowiska. Dalsze prace w Domu Seniora Pielęgniarki wymagają jeszcze bardzo dużych nakładów finansowych. O ile koleżanki zechcą pomóc i podarować cegielkę, to bardzo proszę. Za zainteresowanie się i pomoc dziękuję. W razie wszelkich pytań, proszę o kontakt – numer tel. 601256845.

Nadmieniam, iż Tylmanowa leży na trasie Nowy Sącz – Nowy Targ w okolicy Krościenka, Szczawnicy, spływu Dunajcem w Sromowcach Wyżnych, Czorsztyna i Niedzicy. W bliskiej odległości znajdują się wody termalne w Białce i Bukowinie Tatrzańskiej.

Z wyrazami szacunku

Prezes Zarządu
Bożena Banachowicz
Bożena Banachowicz

KOMUNIKAT

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna przy współpracy z Dolnośląską Izbą Lekarską oraz Stowarzyszeniem Lekarzy Dolnośląskich informuje, że planowane są liczne uroczystości związane z upamiętnieniem 50-lecia wybuchu epidemii ospy prawdziwej we Wrocławiu, które zakończą się imprezą okolicznościową w dniu 08.10.2013 w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

Epidemia ospy prawdziwej, która wybuchła latem 1963 roku była ostatnią epidemią tej choroby i jedną z największych epidemii w powojennej Europie. Jeżeli są osoby, które pamiętają wydarzenia z lata 1963 roku i brały w nich bezpośredni udział prosimy o kontakt z pracownikiem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu p. Piotrem Pawlonką numer telefonu 661 985 601 lub z Sekretariatem Dyrektora WSSE numer telefonu 71 328 30 42. Bardzo liczymy na współpracę.

Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci **Męża**
Koleżance JOLI SZYNDROWSKIEJ

składają
Pielęgniarka Naczelna,
Pielęgniarka Koordynująca
w Przychodni Specjalistycznej
wraz z zespołem pielęgniarek i położnych
Milickiego Centrum Medycznego w Miliczu

Koleżance EWIE SZAFRAN i Jej Rodzinie
wyrazy szczerego współczucia i żalu
z powodu śmierci **Teścia**

składają
Pielęgniarka Naczelna,
pielęgniarki i położne
Milickiego Centrum Medycznego w Miliczu

Naszej koleżance TERESIE CIEŚLAK,
z powodu śmierci **Teściowej**
głębokie wyrazy współczucia i otuchy

składają koleżanki z oddziału Kardiologicznego
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka we Wrocławiu, ul Traugutta 166

Naszej koleżance TERESIE MERNIOZ wyrazy
szczerego współczucia słowa ciepła i otuchy
z powodu śmierci **Teścia**

składają koleżanki
z oddziału urazowo ortopedycznego
z Głogowa

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

Wyrazy szczerego współczucia i słowa otuchy
dla KRYSTYNY GŁUCH
Z powodu śmierci **Ojca**

składają koleżanki- Pielęgniarki Oddziałowe
i Naczelna Pielęgniarka
WSS im.J.Gromkowskiego we Wrocławiu



UNIWERSYTECKI
SZPITAL KLINICZNY
Im. Jana Mikulicza-Radeckiego
we Wrocławiu

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
organizuje

KONFERENCJĘ PIELEŃNIARSKĄ w dniu 11.10.2013 r. od godz. 8-00.

Wszystkich chętnych zapraszamy do uczestnictwa,
zgłoszenia należy składać drogą telefoniczną **71 /733 11 95**,
lub na e-mail: dop@usk.wroc.pl do dnia 04.10.2013 r.

Konferencja odbędzie się we Wrocławiu na ul. Borowskiej 211
w Auli Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Analityki Medycznej.

Udział w konferencji jest bezpłatny.

Szczegółowe informacje o konferencji dostępne będą na stronie internetowej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz DOIPiP we Wrocławiu.



**ZAMIEJSCOWY WYDZIAŁ PIELEŃNIARSTWA
WE WROCŁAWIU, UL. WEIGLA 12 (PAN)
OGŁASZA NABÓR NA ROK AKADEMICKI 2013/2014**

PIELEŃNIARSTWO & STUDIA LICENCJACKIE - POMOSTOWE

Czesne - 2100 zł/semestr (5 rat x 420 zł) Brak wpisowego!

WYSOKIE STYPENDIA!

GWARANCJA WYSOKOŚCI CZESNEGO!

DUŻY PARKING!

Tok A - dla absolwentów 5-letnich liceów medycznych (2 semestry)

Tok B - dla absolwentów 2-letnich medycznych szkół zawodowych (3 semestry)

Tok C/D - dla absolwentów 2,5 i 3-letnich medycznych szkół zawodowych (2 semestry)

ZAJĘCIA ODBYWAJĄ SIĘ WE WROCŁAWIU!

Informacja i zapisy
od poniedziałku do piątku
od 8:00 do 16:00

Tel. 697 321 352
ul. Weigla 12
53-114 Wrocław

Wjazd od ulicy Ślęznej 148
naprzeciw ONKOMED-u

wroclaw@wsmlegnica.pl
www.wsmlegnica.pl



G.B. Management

Dział doskonalenia kadr medycznych

50-230 Wrocław, ul. Trzebnicka 42 e-mail: gbm@ddkm.pl

**CHCESZ PROFESJONALNIE, SKUTECZNIE I W PRZYJEMNEJ
ATMOSFERZE PODNIEŚ SWOJE KWALIFIKACJE ?!**

PRZYJDŹ DO NAS!

**Oferujemy Ci Nasze wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń
podyplomowych dla pielęgniarek i położnych.**

Gwarantujemy:

- ✓ profesjonalną realizację szkoleń (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz w oparciu o programy zatwierdzone przez CKPPIp)
- ✓ wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną
- ✓ nowoczesne metody nauczania
- ✓ możliwość opłacania kursu w dogodnym systemie ratowym

Serdecznie zapraszamy Państwa do zapoznania się z pełną ofertą
naszych kursów oraz wypełnienia formularza zgłoszeniowego na

www.ddkm.pl

lub złożenia osobistej wizyty w siedzibie naszego ośrodka.

Nie czekaj - ZAPISZ SIĘ JUŻ DZIŚ!

Masz pytania? Zadzwoń: **(71) 78 33 285**

Dbamy o Twój rozwój zawodowy.



MEDIPE
MEDICAL CARE STAFFING

Poszukujemy pielęgniarek oraz opiekunów medycznych chcących rozpocząć pracę w domach seniora i szpitalach na terenie Niemiec.

Wymagania:

- wykształcenie pielęgniarskie
- absolwenci liceów medycznych, medycznych szkół pomaturalnych, licencjaci i magistry wyższych szkół medycznych
- absolwenci kierunku Opiekun medyczny
- dobra znajomość języka niemieckiego – pielęgniarka B2, opiekun medyczny B1
- doświadczenie zawodowe w Niemczech będzie dodatkowym atutem

Oferujemy:

- umowa o pracę na niemieckich warunkach
- atrakcyjne wynagrodzenie
- pomoc w uzyskaniu prawa wykonywania zawodu oraz wszelkich formalności
- organizujemy naukę języka niemieckiego

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu:

+48 71 377 88 29

Prosimy o przesyłanie aplikacji w języku polskim lub języku niemieckim na adres poniżej wraz z załączoną zgodą na przetwarzanie danych osobowych.

praca@medipe.com

Prosimy o umieszczenie w CV następującej klauzuli: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji – zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz.883).”

Wydawnictwo MedPharm Polska poleca



nowość

rok wydania: 2013 r.
stron: 448
format: 160 x 238 mm
oprawa: miękka
ISBN: 978-83-7846-003-9

BIOCHEMIA

Podręcznik dla studentów studiów licencjackich i magisterskich
Edward Bałkowski
Wydanie II polskie
cena detaliczna: 69.00 zł
NASZA CENA: 61.99 zł

English for Medical Sciences

Anna Lipińska, Sylwia Wiśniewska-Leśdów,
Zuzanna Szczepankiewicz
Redakcja wydania pierwszego Anna Noczyńska
cena detaliczna: 79.00 zł
NASZA CENA: 69.00 zł

nowość

rok wydania: 2013 r.
stron: 400
format: 165 x 235 mm
oprawa: miękka
ISBN: 978-83-7846-030-9



rok wydania: 2013 r.
stron: 390
format: 165 x 240 mm
oprawa: miękka
ISBN: 978-83-7846-006-0

Farmakologia dla zawodów pielęgniarskich

Beat Schmid / Petra Strub / Andrea Studer
Redakcja wydania I polskiego Józef Prandota
cena detaliczna: 99.00 zł
NASZA CENA: 85.00 zł

Nagłe zagrożenia zdrowotne u dzieci

Postępowanie ratunkowe
Herwig Stopfkuchen
Wydanie I polskie, pod red. Juliusza Jakubaszki
cena detaliczna: 52.00 zł
NASZA CENA: 47.00 zł

bestseller

rok wydania: 2010 r.
stron: 228
format: 110 x 165 mm
oprawa: miękka
ISBN: 978-83-60466-48-3



ZAPRASZAMY

Wydawnictwo MedPharm Polska Sp. z o.o.
ul. Powstańców ŚL 28-30 • 53-333 Wrocław
tel. 071/33-50-360 • fax 071/33-50-361
info@medpharm.pl

MedPharm Polska
www.medpharm.pl



MATURA 2014!

Korepetycje przedmaturalne dla Pielęgniarek

Nowa grupa
wrzesień 2013 - kwiecień 2014

Zajęcia dwa razy w tygodniu:

- poniedziałek, środa - 16:00-20:00
- czwartek, sobota - 16:00-20:00
- sobota, niedziela - 8:00-12:00

KOSZT
990 ZŁ
(możliwe raty)

Przedmioty obowiązkowe:

- język polski
- matematyka
- język obcy (do wyboru, proponowany j. rosyjski)

Przedmiot dodatkowy
do wyboru, proponowana biologia

Miejsce zajęć

Legnica
lub

Wrocław

(ul. H. Kollątaja)

Informacje i zapisy

Legnicki Zakład Doskonalenia Zawodowego w Legnicy
ul. D. Chłapowskiego 13
tel. 76 856 06 00, 76 856 58 99, 691 358 345
www.legnickizdz.edu.pl
e-mail: sekretariat@legnickizdz.edu.pl

VI Akademia Pielęgniarstwa

Konferencja Naukowo – Szkoleniowa

„Co osiągnęliśmy w pielęgniarstwie – dokąd zmierzamy”

Miejsce – Hotel Orbis Wrocław ul. Powstańców Śląskich 7

Termin – 1 października 2013 r. w godz. 9.00 – 14.00

Organizatorzy:

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział we Wrocławiu

Rejestracja od godz. 8.30

PROGRAM KONFERENCJI:

- 09.00-09.15** - Rozpoczęcie konferencji i powitanie gości.
- 09.15-10.30** - uroczyste wręczenie nagród laureatkom Plebiscytu „Anioł w czepku”.
- 10.30-11.20** - przerwa kawowa.
- 11.20-11.40** - mgr Teresa Fichtner- Jeruzel **„Etos zawodu pielęgniarского”.**
- 11.40-12.10** - dr Jolanta Górajek- Jóźwik
„Teorie pielęgniarstwa rodzimej rzeczywistości: przeszłość, teraźniejszość, przyszłość”.
- 12.10- 12.30** - dr Mariola Marynicz- Hyla **„Eugenika – zagrożenie dla życia i zdrowia”.**
- 12.30- 13.00** - dr n. o zdr. Dorota Kilańska mgr pielęgniarstwa **„Pielęgniarka w „Chmurze”.**
- 13.00- 13.15** - mgr Anna Knotz – Towarzystwo Ubezpieczeń Inter Polska S.A. Oddział we Wrocławiu
- 13.15- 13.35** - Jolanta Pogorzelska specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego
„Sylwetki i działalność trzech polskich pielęgniarek w Światowej Organizacji Zdrowia”.
- 13.35- 13.55** - dr Mariola Marynicz-Hyla
„Problemy pracy pielęgniarskiej w świetle nowych dokumentów bioetycznych”.
- 14.00** - Zakończenie konferencji. Lunch.

SESJE PLAKATOWE- ZDJĘCIA:

1. Historia Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.
2. Historia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Oddział we Wrocławiu.

Tryb przyjmowania zgłoszeń:

- 1) pocztą elektroniczną na adres: info@doipip.wroc.pl
- 2) numer fax: 71/373 20 56