DWUMIESIĘCZNIK SZCZECIŃSKIEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

# WIADOMOŚCI W CZEPKU

NR 4 (115)
Październik - listopad 2014
ISSN 1426-9558

mokre liście leżą jak dywan na chodnikach
wiatr hula na cmentarzu pomiędzy gałęziami
jak co roku pod koniec października
chodzę między grobami i rozmawiam z cieniami...

chwila zadumy i w przeszłość spojrzenie
Wszystkich Świętych przed nami – niezwykłe święto
świeczka na mogile i czyjeś westchnienie
tajemnicę niesie z sobą niepojętą...

Helena Gąsior

## Drogie Koleżanki i Koledzy!

Oddajemy w Wasze ręce kolejny numer biuletynu, za którego przygotowanie bardzo dziękuję Komisji ds. biuletynu oraz redaktorowi naczelnemu. Wyrażam przekonanie, że znajdziecie w nim materiały, które przybliżą Wam wiele zagadnień ważnych dla każdego, kto wykonuje zawód pielęgniarki i położnej.

Rozwój cywilizacji, poprawa warunków życia, higieny osobistej i otoczenia, szeroki dostęp do żywności i wody, stosowanie szczepień ochronnych spowodowało zmniejszenie liczby chorób zakaźnych występujących wśród ludzi. Zaczęły dominować choroby niezakaźne, będące skutkiem warunków życia. Jednak co jakiś czas pojawiają się zwiększone zachorowania na określoną chorobę zakaźną, co stanowi problem społeczny, zwłaszcza przy dużej mobilności społeczeństw, w wyniku której istnieje możliwość szybkiego przenoszenia drobnoustroju z jednego miejsca na drugie. Trudno więc uznać, że choroby zakaźne należą do przeszłości, stanowią problem jednak znacznie mniejszy, niż w minionym wieku.

Ostatnie tygodnie atakują nas informacjami o wzmożonej aktywności wirusa Ebola, który rozprzestrzenia się w poszczególnych krajach, a także na kontynentach. Budzi to obawy o zdrowie i życie. Rodzi się pytanie - jak należy postępować, aby unikać zarażenia się wirusem, jak postąpić, gdy spotkamy się z osobą podejrzaną o zarażenie, zanim trafi ona do ośrodka specjalistycznego. Właśnie tutaj wyraźnie widać, po co są standardy i procedury - właśnie po to, aby chronić siebie i innych. Pomimo czasami sprzecznych doniesień medialnych o stanie zabezpieczenia podmiotów leczniczych i społeczeństwa, mam nadzieję, że gdy przyjdzie się nam zderzyć z sytuacją związaną z zachorowaniem wywołanym wirusem Ebola, będziemy w pełni bezpieczni. Jednak zadbajmy o dobrą kondycję zdrowotną odpoczywając po ciężkiej pracy, spacerując po lesie, zbierając grzyby czy kolorowe liście.

## WYBORY 2014

### Ewa Głowacka

**O mnie…**

Jestem bezpartyjna. Urodziłam się w Mierzynie i tu mieszka moja rodzina. Jestem szczęśliwą mężatką i matką dwóch synów. Wolny czas, jeśli taki znajdę, spędzam z rodziną i przyjaciółmi. Z zawodu jestem pielęgniarką, ukończyłam też studia magisterskie na Uniwersytecie Szczecińskim uzyskując tytuł magistra socjologii. Prowadzę własną działalność gospodarczą ramach pielęgniarskiej praktyki zawodowej. Wiele radości daje mi lektura dobrej książki, praca w ogrodzie i… śpiew. Mam zaszczyt być członkiem naszego Chóru parafialnego i Chóru Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Swoją działalność samorządową rozpoczęłam działając w Radzie Sołeckiej oraz w Radzie Rodziców. Od chwili jego powstania działam też w samorządzie zawodowym. Przez dwie kadencje byłam członkiem Rady i Prezydium Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

W 2006 roku w uznaniu za zasługi dla rozwoju regionu odznaczona zostałam przez Zarząd Województwa Złotą Odznaką Gryfa Pomorskiego. Zaszczytną i odpowiedzialną funkcję Radnej pełnię już trzecią kadencję. Jestem osobą pogodną, uczciwą, pracowitą wytrwale dążącą do celu, nastawioną na współpracę i działanie. Zawsze też staram się być blisko mieszkańców, ich problemów i uczestniczyć we wszystkich działaniach na rzecz naszej miejscowości. Cechuje mnie empatia, która nierozerwalnie jest związana z wykonywaniem mojego zawodu.

**Dlaczego kandyduję?...**

Mając zdobyte na przestrzeni lat pracy w samorządzie doświadczenie i wiedzę, chciałabym kontynuować rozpoczęte zadania i inicjować nowe, by mieszkańcom Mierzyna – NAM wszystkim żyło się lepiej, wygodniej i bezpieczniej. Znam WASZE problemy, bo to są problemy MOJE i mojej Rodziny. Myślę, że razem uda nam się je rozwiązać!

Liczę na Wasze głosy!

# Spis treści:


W numerze ..... 1

Kalendarium ..... 2

Apel samorządów zawodów medycznych do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o pilną debatę w sprawie narastających zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce ..... 3

Informacja na temat uchwały Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2014 roku w sprawie zasad wykonywania obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne ..... 4

Problemy pacjentek chorych na cukrzycę - wystąpienie na konferencji „Współczesne wyzwania w pracy położnej" Łukęcin, 3-5 października 2014 r. ..... 4

Z prac zespołów NRPiP ..... 4

„Stres w chorobach serca" – wystąpienie na konferencji „Choroby cywilizacyjne XXI w." 08 - 10.11.2013r. - Międzyzdroje ..... 10

Pacjent z chorobą Parkinsona ..... 12

Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie uprawnień pielęgniarki do uzupełniania druku skierowania lekarskiego na badania diagnostyczne ..... 14

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 ..... 15

Opinia Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w sprawie zakładania kartoteki środowisk epidemiologicznych prowadzonych przez zakład opieki zdrowotnej ..... 16

PODZIĘKOWANIA ..... 16

Szczegółowa procedura nostryfikacyjna dyplomu ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą ..... 17

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra ..... 17

Praca w ramach wolontariatu ..... 18

Opinia Departamentu Współpracy Międzynarodowej przy Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie ukraińskiego dyplomu młodszego specjalisty ..... 18

Kiedy pracodawca zobligowany jest do przeniesienia pracownika na inne niż dotychczas zajmowane stanowisko pracy? ..... 18

Czy pielęgniarka może zakładać opatrunki gipsowe? ..... 19

Czy położna może koordynować pracę w pracowni Tomografii Komputerowej i czy może podawać środki kontrastowe w strzykawce automatycznej? ..... 19

Kiedy pielęgniarka może samodzielnie wykonywać testy alergiczne? 20

KONKURSY ..... 20

Czy pielęgniarka może zmienić drogę podania leku określoną w zleceniu lekarskim? ..... 21

Czy pielęgniarka anestezjologiczna może bez obecności lekarza nadzorować pacjenta w trakcie zabiegu wykonywanego w znieczuleniu miejscowym oraz wypełniać kartę przebiegu znieczulenia? ..... 21

Pytania i odpowiedzi (Wolters Kluwer) ..... 21

Interferony beta: ryzyko wystąpienia mikroangiopatii zakrzepowej i zespołu nerczycowego ..... 25

Dział szkoleń informuje ..... 27

Zaproszono nas… ..... 29

Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych ..... 30

Zupa z dyni z klopsikami ..... 30

Kondolencje ..... 31

Wspomnienie o Teresie Martyniak ..... 32


Biuro
**Szczecińskiej Izby**
**Pielęgniarek i Położnych**
70-242 Szczecin, ul. Ks. Bogusława 30
**czynne**
od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00 - 16.00
w trzecią sobotę miesiąca w godz. 9.00 - 13.00

**Sekretariat**
tel. 91 432 98 61
tel./fax: 91 432 98 68
e-mail:sipip@sipip.szczecin.pl

**Specjalista ds. administracyjno-biurowych**
tel. 91 432 98 67

**Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej**
w drugą środę miesiąca w godz. 14.00 - 16.00

**Posiedzenie Komisji ds. kształcenia**
pierwszy wtorek miesiąca o godz. 13.30

**Prezydium**
spotyka się co trzy tygodnie w środę o godz. 13.00

**Prawnik Izby**
I, III i V poniedziałek miesiąca w godz. 11.00 - 13.00
II, IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 - 17.00
Wizyty proszę umawiać w sekretariacie Izby

**Sekretarz Rady**
tel. 91 432 98 62
poniedziałki w godz. 10.00 - 18.00
od wtorku do czwartku w godz. 8.00 - 16.00

**Kasa Izby**
tel. 91 432 98 66
od poniedziałku do czwartku 8.30 - 15.00

**Główna Księgowa**
tel. 91 432 98 67 od wtorku do czwartku 8.00 - 16.00

**Skarbnik**
tel. 91 432 98 67
poniedziałek, wtorek - 8.00 - 16.00, środa 8.00 - 12.00

**Dział prawa wykonywania zawodu**
tel. 91 432 98 65
poniedziałek, czwartek - 8.00 - 16.00
wtorek, środa - 10.00 - 18.00

**Dział Szkoleń "Pelikan"**
tel. / fax: 91 432 98 64

**Piątek jest dniem bez interesanta**

**Nordea Bank Polska S.A.**
**POB Szczecin II**
**Nr konta: 49 1440 1332 0000 0000 0340 7567**

**Opłata za szkolenie - nr konta**
**Alior Bank**
**Nr konta: 26 2490 0005 0000 4530 9159 0991**

**ZAPRASZAMY**
**osoby chętne do śpiewania w Chórze SIPiP!**
Próby w każdy poniedziałek
w godz. 18.00 - 20.00
Akademia Sztuki ul. Grodzka 50


**Wydawca: Rada Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych**
70-242 Szczecin, ul. Księcia Bogusława 30, tel. 91 432 98 61, tel./fax: 91 432 98 68, REGON 810026946
Redaguje zespół: Helena Gąsior, Gabriela Hofman, Izabela Piasecka, Alicja Jabłecka, Katarzyna Mandes, Dorota Kalek, Magdalena Zyblewska, Irena Zakrzewska, Sylwia Imielska. Zdjęcia: ze zbiorów redakcji.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów nie zamówionych i nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń. Redakcja przyjmuje i zamieszcza odpłatnie wszelkie ogłoszenia i reklamy.
Nakład: 1600 szt. Druk: Drukarnia Drucker, Ustowo 40d, www.drucker.pl. Druk ukończono: 27.10.2014 r. Do użytku wewnętrznego.
Egzemplarze bezpłatne dla członków SIPiP.

24.06.2014
Posiedzenie Rady Społecznej ZOW NFZ – udział Przewodniczącej Marii Matusiak
25.06.2014
Posiedzenie Komisji socjalnej
25.06.2014
Spotkanie z pielęgniarkami wykonującymi praktyki zawodowe
26.06.2014
Posiedzenie Rady SIPiP
26.06.2014
Otwarcie oddziału pediatrycznego w SPSK 1 – udział Przewodniczącej Marii Matusiak
26.06.2014
Posiedzenie Komisji ds. szpitalnictwa
27.06.2014
Konferencja Toruńskich Zakładów Opatrunkowych – Patronat SIPiP
29.06.2014
Absolutorium na PUM - udział Przewodniczącej Marii Matusiak oraz Chóru SIPiP
01.07.2014
Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia – udział Przewodniczącej Marii Matusiak
01.07.2014
Posiedzenie Komisji ds. kształcenia
08.07.2014
Spotkanie Pań odchodzących na emeryturę
10.07.2014
Posiedzenie Komisji ds. położnych
12.07.2014
Dyplomatorium na PUM– udział Pocztu sztandarowego SIPiP
15.07.2014
Posiedzenie Komisji socjalnej
16.07.2014
Posiedzenie Prezydium SIPiP
16.07.2014
Posiedzenie Komisji ds. położnych
17.07.2014
Prezydium NRPiP – udział Przewodniczącej Marii Matusiak
24.07.2014
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPS ZOZ Zdroje
25.07.2014
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPS ZOZ Zdroje
28.07.2014
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPS ZOZ Zdroje
29.07.2014
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Szpitalu w Zdunowie
04.08.2014
Konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SPS ZOZ Zdroje
04.08.2014
Posiedzenie Komisji socjalnej
05.08.2014
Posiedzenie Komisji ds. kształcenia
06.08.2014
Posiedzenie Prezydium SIPiP
07.08.2014
Rozprawa przed Okręgowym Sądem Pielęgniarek i Położnych
14.08.2014
Otwarcie po remoncie Żłobka „Wróbelek" przy ul. Niedziałkowskiego w Szczecinie – udział Heleny Gąsior
18.08.2014
Posiedzenie Komisji ds. kształcenia przy NRPiP – udział Wiceprzewodniczącej Anny Marii Król
25.08.2014
Posiedzenie OSPiP
26.08.2014
Posiedzenie Komisji socjalnej
27.08.2014
Posiedzenie Prezydium Rady SIPiP
29.08.2014
Debata „Zmiany w onkologii widziane oczami pacjentów" – Urząd Marszałkowski – udział Anny Marii Król
02.09.2014
Egzamin po przerwie w wykonywaniu zawodu
02.09.2014
Posiedzenie Komisji ds. kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
05.09.2014
Zachodniopomorskie Forum Samorządowe Profilaktyki i Promocji Zdrowia organizowane przez Urząd Marszałkowski w Kołobrzegu – udział Anny Marii Król
08.09.2014
„Konsekwencje wprowadzania nowych ustaw w ochronie zdrowia" – szkolenie w Warszawie – udział Marii Matusiak
10.09.2014
Konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w SP ZZOZ w Gryficach
10.09.2014
Posiedzenie Komisji ds. promowania zawodów pielęgniarki i położnej
11.09.2014
Konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w SPSK 1
15.09.2014
Posiedzenie Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych przy NRPiP – udział Marii Matusiak
15.09.2014
Posiedzenie Komisji ds. kształcenia przy NRPiP – udział Anny Marii Król
16.09.2014
Posiedzenie Komisji ds. położnych
16.09.2014
Posiedzenie Komisji ds. medycyny szkolnej
16-17.09.2014
Posiedzenie NRPiP – udział Marii Matusiak i Anny Marii Król
18.09.2014
Posiedzenie Rady SIPiP
22.09.2014
Posiedzenie OSPiP
23.09.2014
Spotkanie z Kierownikami NZOZ-ów pielęgniarskich
24.09.2014
Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej

29.09.2014
Posiedzenie Rady Społecznej ZOW NFZ – udział Marii Matusiak

01.10.2014
Spotkanie PTPAiIOM

02.10.2014
Spotkanie z p.o. Dyrektorem ZOW NFZ w sprawie opieki długoterminowej – udział Marii Matusiak, Justyny Laski, Edyty Pajor – Dębickiej, Małgorzaty Holek, Magdaleny Semeniuk

02.10.2014
Posiedzenie Komisji ds. szpitalnictwa

## Apel samorządów zawodów medycznych do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o pilną debatę w sprawie narastających zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NACZELNA IZBA LEKARSKA

Polski system ochrony zdrowia od lat jest przedmiotem uzasadnionej krytyki ze strony obywateli, organizacji pacjentów, pracowników ochrony zdrowia, zarządzających placówkami medycznymi, samorządów zawodowych, działaczy samorządu terytorialnego, przemysłu medycznego i ekspertów. Wskaźniki dostępu do opieki i jej jakości, a w rezultacie także wskaźniki zdrowia, lokują Polskę na najgorszych miejscach w statystykach europejskich. Najlepiej, obok samych pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, znają te problemy pracownicy ochrony zdrowia udzielający na co dzień tzw. „świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia".

W związku z narastającym niezadowoleniem społecznym, powodowanym wydłużającymi się kolejkami w placówkach medycznych po uzyskanie tzw. świadczeń „gwarantowanych", problem ten stał się bodźcem do pospiesznego projektowania i wprowadzania kolejnego „pakietu" zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia.

Niestety, działania polityków podtrzymują niedofinansowanie systemu, postępującą biurokratyzację i piętrzą utrudnienia w dostępie do leczenia chorych. Są one dobitnymi przykładami na to, że proponowane przez rząd i jego agendy sposoby poprawy sytuacji wywierają efekt odwrotny do oczekiwanego, a jeżeli coś poprawiają, to głównie stan budżetu płatnika, czyli NFZ. Twierdzenia autorów kolejnych niefortunnych zarządzeń, że działają „dla dobra pacjenta" oraz oparte na tym dyskredytowanie osób i środowisk proponujących inne rozwiązania lub sprzeciwiających się złym pomysłom, są w istocie tylko chwytami propagandowymi.

Jeszcze bardziej niepokojący i nie do zaakceptowania jest pośpiech we wprowadzaniu nowych, rzekomo dobrych rozwiązań. W procesie legislacyjnym praktycznie nie uwzględnia się propozycji i uwag samorządów zawodów medycznych. Uchwalanie „pakietu kolejkowego" było pod tym względem szczególnie jaskrawym przykładem postępowania niezgodnego z zasadami obywatelskiego państwa prawa. Pod hasłami skracania kolejek, wprowadzono w ogromnym pośpiechu przepisy podporządkowujące Ministrowi Zdrowia kolejne elementy systemu ochrony zdrowia, zrywając w ten sposób całkowicie z podstawowymi kierunkami reformy ochrony zdrowia, którą miano decentralizować i uniezależniać od polityki.

Za przejaw nieliczenia się z rzeczywistością i faktycznymi potrzebami pacjentów oraz placówek medycznych należy uznać pominięcie zagadnień finansowania świadczeń, które miałyby uzyskać priorytet (np. świadczeń onkologicznych). Organizacje pracowników medycznych od lat wskazują na zbyt niski poziom finansowania ochrony zdrowia. Wiedzą oni z własnego doświadczenia, że system można w nieskończoność „poprawiać", „uszczelniać", „racjonalizować", czy reorganizować, ale bez zwiększenia nakładów na leczenie i ustalenia przejrzystych zasad finansowania, działania te nie przyniosą zadowalających efektów. Współczesna medycyna wymaga coraz liczniejszego wysoko wykwalifikowanego personelu, drogich środków i urządzeń. Nie zastąpi ich rozbudowywana sprawozdawczość i biurokratyczny nadzór.

Ochrona zdrowia nie może być elementem przetargów politycznych ani wyborczego konkursu popularności. Pracownicy ochrony zdrowia oczekują, że ich doświadczenie zostanie wykorzystane w tworzeniu zasad funkcjonowania systemu. Niezrozumiałe i nieuzasadnione przekonanie administratorów o nieomylnej trafności niedopracowanych, dyktowanych polityczną potrzebą pośpiesznych rozwiązań, szczególnie widoczne podczas uchwalania ustaw „pakietu kolejkowego", musi ustąpić miejsca rzeczowej dyskusji. Dlatego też apelujemy do Prezydenta RP, Premiera RP, Marszałków Sejmu, Marszałków Senatu o zorganizowanie pilnej debaty z przedstawicielami samorządów zawodów medycznych w sprawie narastających zagrożeń dla bezpieczeństwa leczenia pacjentów w Polsce. Wnosimy także o powołanie grupy ekspertów składającej się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz samorządów zawodów medycznych.

Samorządy zawodów medycznych, reprezentujące kilkaset tysięcy pracowników ochrony zdrowia, jak zawsze, tak i teraz są gotowe do merytorycznej debaty, która pacjentom zapewni odpowiedni dostęp do bezpiecznej opieki medycznej o wysokiej jakości, a pracownikom medycznym godne warunki leczenia chorych.

*Maciej Hamankiewicz*
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

*Grażyna Rogala – Pawelczyk*
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

1. W dniu 4 września 2914r. w biurze Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyło się pierwsze spotkanie Zespołu roboczego przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych do opracowana standardów opieki długoterminowej (powołanego Uchwałą Nr 1048/VIP/2014 Prezydium NRPiP z dnia 15 maja 2014r.) W skład Zespołu wchodzą Członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przedstawiciele Świadczeniodawców, realizujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

   Celem pracy Zespołu jest opracowanie Standardów opieki długoterminowej (w tym określenie: definicji opieki długoterminowej, obszarów działania pielęgniarskiej opieki długoterminowej). Praca ww. Zespołu odbywać się będzie wg przyjętego na spotkaniu harmonogramu prac.

2. W dniu 15 września 2014r., w biurze Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Tematyka spotkania dotyczyła aktualnych działań, związanych z organizowaną w dniach 4-6 listopada 2014r. Konferencją dla pielęgniarek poz / położnych poz, pielęgniarek realizujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

**Nadal oczekujemy na zgłoszenia i serdecznie zapraszamy do udziału w Konferencji**

*Grażyna Osuch*

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

## Informacja na temat uchwały Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2014 roku w sprawie zasad wykonywania obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne

Zapisy dotyczące obowiązku stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawa do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego zostały zapisane już w 1996 roku - zgodnie z art. 10b ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2009r., Nr 151, poz. 1217 ze zm.). Zapisy te zostały utrzymane w kolejnej ustawie z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) w art. 61 ust. 1. W tych ustawach zostały także ustalone rodzaje kształcenia podyplomowego, po ukończeniu których pielęgniarka otrzymuje określone uprawnienia do wykonywania czynności zawodowych. Są to: szkolenie specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne oraz kursy dokształcające.

W związku z licznymi zapytaniami pielęgniarek i położnych przedstawiam stan faktyczny dotyczący przedmiotu uchwały nr 195/VI/2014 w sprawie zasad wykonywania obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne, która została podjęta przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu w dniu 5 czerwca 2014 roku. Zgodnie z §3 wskazana uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała określa, iż pielęgniarka, położna może aktualizować wiedzę i umiejętności zawodowe w następujących rodzajach kształcenia podyplomowego: szkoleniu specjalizacyjnego, kursie kwalifikacyjnym, kursie specjalistycznym, kursie dokształcającym oraz w ramach samokształcenia. Wskazuje także dodatkowe sposoby realizacji powyższego obowiązku, poprzez m.in. udział w konferencjach, szkoleniach wewnątrzzakładowych, publikowanie prac w czasopismach naukowych i książkach, udział w radzie naukowej / programowej czasopisma naukowego lub popularnonaukowego oraz uzyskanie tytułu naukowego, stopnia naukowego.

Podkreślenia wymaga fakt, **iż wskazana uchwała nie określa możliwości uzyskiwania punktów edukacyjnych przez pielęgniarki, położne w określonym czasie rozliczeniowym, dlatego nie należy jej nazywać uchwałą dotyczącą tzw. punktów edukacyjnych**. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie przyjęła żadnej uchwały nakazującej i zobowiązującej pielęgniarki, położne do uzyskiwania punktów edukacyjnych.

*Jolanta Kubajka-Piotrowska*

Dział merytoryczny w biurze NIPiP

## Problemy pacjentek chorych na cukrzycę - wystąpienie na konferencji „Współczesne wyzwania w pracy położnej" Łukęcin, 3-5 października 2014 r.

*Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych PUM*
*dr n. med. Dorota Ćwiek*

**Cukrzyca w ciąży może występować jako:**

Cukrzyca przedciążowa (PGDM, pregestational diabetes mellitus) — gdy w ciążę zachodzi kobieta chorująca już na cukrzycę (niezależnie od typu choroby). Hiperglikemia po raz pierwszy rozpoznana w trakcie ciąży.

**Czynniki ryzyka hiperglikemii w ciąży**

- ciąża po 35. roku życia
- w wywiadzie porody dzieci o dużej masie ciała (> 4000 g)
- urodzenie noworodka z wadą rozwojową
- zgony wewnątrzmaciczne w wywiadzie
- nadciśnienie tętnicze
- nadwaga lub otyłość
- rodzinny wywiad w kierunku cukrzycy typu 2
- rozpoznanie cukrzycy ciążowej w poprzednich ciążach
- wielorództwo

**Wpływ cukrzycy na ciążę**

- Cukrzyca oddziałuje na przebieg ciąży i rozwój płodu. Efektem tego jest wyższy wskaźnik umieralności matek i umieralności okołoporodowej płodów i noworodków.
- U ciężarnych z cukrzycą w II połowie ciąży dochodzi łatwo do hyperglikemii powstałej w wyniku ułatwionego transportu glukozy. Jako że glukoza przenika przez łożysko, prowadzi to do hy-

perglikemii u płodu, bowiem insulina matki nie przechodzi przez łożysko do krwiobiegu płodowego. Wywołuje to nadmierną produkcję insuliny przez trzustkę płodu i przerost komórek trzustki, prowadząc do hyperinsulinemii. W związku z tym płód odkłada więcej glikogenu w wątrobie i mięśniach, syntezuje więcej kwasów tłuszczowych, co doprowadza do makrosomii płodu.

- Te zaburzenia metaboliczne (hyperglikemia, hyperinsulinemia z następowym niedotlenieniem i kwasicą mleczanową są przyczyną niepowodzeń położniczych takich jak:
  - duża śmiertelność wewnątrzmaciczna płodów (20 - 30%) spowodowana zaburzeniami metabolicznymi i niewydolnością łożyska,
  - o duży odsetek zgonów noworodków,
  - zwiększone ryzyko wad rozwojowych (hyperinsulinemia jest czynnikiem teratogennym) - 3 - 5 razy więcej; wady OUN, sercowo - naczyniowe, nerek, przewodu pokarmowego,
  - o zwiększony odsetek wcześniaków (20 - 60%),
  - nadmierny wzrost wewnątrzmaciczny płodu prowadzący do zaburzeń porodu drogami naturalnymi (przedłużony poród, dystocja barków), o częściej urazy okołoporodowe (krwiaki podokostnowe, porażenia nerwu twarzowego, splotu ramiennego, złamania kości, szczególnie obojczyka),
  - częste występowanie zespołu zaburzeń oddechowych u noworodków,
  - o częste występowanie zaburzeń równowagi kwasowo - zasadowej i gospodarki wodno - elektrolitowej,
- ketoza u matki wpływa na częstsze poronienia, porody przedwczesne, wpływa na rozwój psychomotoryczny noworodka i dziecka, zmniejsza jego iloraz inteligencji,
- występowanie hypoglikemii i hyperbilirubinemii u noworodków po porodzie,
- rozwój wtórnych postaci PIH {nadciśnienia tętnicze - 12 - 39%),
- częste występowanie wielowodzia,
- obniżenie odporności i zwiększenie liczby zakażeń bakteryjnych i grzybiczych, szczególnie układu moczowego - 2 razy częściej.

**Współczynnik umieralności okołoporodowej**

Wpływ cukrzycy na ciążę najlepiej obrazuje wskaźnik umieralności okołoporodowej:

- klasa A -16 zgonów płodów lub noworodków na 1000 porodów
- klasa B-48
- klasa C - 79
- klasa D-100
- klasa F i R-186

**Wpływ ciąży na cukrzycę**

Zajście w ciążę powoduje u chorej na cukrzycę modyfikacje przebiegu choroby:

- Zmiany zapotrzebowania na insulinę,
- Zmiany w stopniu chwiejności cukrzycy,
- Zmiany dynamiki rozwoju przewlekłych powikłań lub ich wystąpienie.

**Wpływ ciąży na cukrzycę**

- Kontrola jest trudniejsza z powodu wzrostu zapotrzebowania na insulinę.
- W I trymestrze poziom glikemii na czczo jest niższy niż u niecięższarnych. Poprawia się tolerancja węglowodanów i zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę. Wraz z rozwojem ciąży pogarsza się tolerancja węglowodanów, powodując wzrost zapotrzebowania na insulinę (o ok. 50 - 70%). Zapotrzebowanie na insulinę stale wrasta i wynosi odpowiednio:
  - 0,7 jm./ kg mc/dobę w I trymestrze,
  - 0,8 jm./ kg mc/dobę w II trymestrze,
  - 0,9 jm./ kg mc/dobę w III trymestrze,
  - 1,0 jm./ kg mc/dobę w okresie okołoporodowym.
- Ciąża nie wpływa znacząco na przebieg nefropatii cukrzycowej. Również wcześniej istniejąca leczona nefropatia nie stanowi zwykle istotnego problemu. Jeśli zaś nie była leczona, jej przebieg znacznie się pogarsza.
- Nasilona filtracja kłębuszkowa i obniżenie wchłaniania zwrotnego glukozy powoduje pojawienie się w moczu u ok. VA zdrowych ciężarnych glukozy pomimo prawidłowych wyników w surowicy krwi. U chorej na cukrzycę stan ten jest nasilony.

**Zapotrzebowanie na insulinę w czasie ciąży**

I trymestr: możliwy niewielki spadek zapotrzebowania na insulinę.

II i III trymestr: stopniowy wzrost zapotrzebowania na insulinę o 50 - 70%, nawet do 100%.

Poród: Spadek zapotrzebowania - po porodzie dawkę należy zmniejszyć o 30 - 50%.

W połogu zmniejsza się zapotrzebowanie na insulinę o ok. 25% - 50% w stosunku do zapotrzebowania sprzed ciąży.

Karmienie piersią zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę, powoduje dzienną utratę z pokarmem ok. 50 g węglowodanów, które należy uzupełniać w diecie.

**Nieprawidłowości u dzieci kobiet chorujących na cukrzycę**

- Cukrzyca (przy cukrzycy typu I - ok. 5%).
- Makrosomia (przy cukrzycy typu I - ok. 5%).
- Hipoglikemia noworodkowa.
- Zaburzenia równowagi chemicznej.
- Poronienie.
- Wady wrodzone (2%).

**Zasady rozpoznawania zaburzeń gospodarki węglowodanowej u niecięższarnej**

| I Glikemia na czczo — oznaczona w próbce krwi pobranej 8-14 godzin od ostatniego posiłku | | |
|---|---|---|
| | Stężenie glukozy w osoczu krwi żylnej | |
| prawidłowa glikemia na czczo (NGT) | 70-99 mg/dl | 3,9-5,5 mmol/l |
| nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG) | 100-125 mg/dl | 5,6-6.9 mmoL/l |
| cukrzyca | > 126 mg/dl | 7,0 mmol/l |
| I Glikemia w 120 minucie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT) według WHO | | |
| prawidłowa tolerancja glukozy (NGT) | < 140 mg/dl | 7,8 mmol/l |
| nieprawidłową tolerancja glukozy (IGT) | 140-199 mg/d | 7,8-1 1,1 mmol/l |
| cukrzyca | >200 mg/dl | 11,1 mmol/l |

Źródło: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2014 www.dk.viamedica.pl

- Nie można zapewniać, że wszystko będzie w porządku.
- Po zajściu w ciążę skierowanie na badanie prenatalne i intensywny nadzór rozwoju płodu: usg, ktg, liczenie ruchów płodu.

**Problem 4.: Jeśli mogę zajść w ciążę, czy mój stan zdrowia się nie pogorszy?**

- Dalsza edukacja diabetologiczna.
- Kontrola wyrównania cukrzycy.
- Uwrażliwienie na objawy niepożądane (hypo- i hyperglikemia).
- Konsultacja psychologiczna.

**Problem 5.: Co zrobić, aby utrzymać wyrównaną cukrzycę?**

- Modyfikacja modelu leczenia lub zabezpieczenie w pompę insulinową.
- Podawanie insuliny,
- Umiejętność dostosowania dawki do wyników prowadzonej samokontroli,
- Umiejętność radzenia sobie w sytuacjach szczególnych,
- Częsta kontrola glikemii.
- Korekta nawyków żywieniowych.
- Plan posiłków.
- Zmiana aktywności fizycznej: zwiększenie lub utrzymanie właściwego poziomu aktywności fizycznej.

**Problemy kobiety z cukrzycą w ciąży**

Hiperglikemia po raz pierwszy rozpoznana w trakcie ciąży powinna być rozpoznawana i klasyfikowana według zaleceń WHO (2013):

- Cukrzyca w ciąży — gdy spełnione są warunki ogólne rozpoznania cukrzycy, to znaczy:
  - glikemia na czczo >. 7,0 mmol/l (126 mg/dl)
  - lub glikemia w 2. godz. 75 g OGTT > 11,1 mmol/l (200 mg/dl),
  - lub glikemia przygodna > 12,5 mmol/l (200 mg/dl) i towarzyszą jej objawy kliniczne hiperglikemii.
- Cukrzyca ciążowa (GDM, gestational diabetes mellitus) — gdy spełnione jest przynajmniej jedno z kryteriów wymienionych w tabeli kryteriów rozpoznania cukrzycy.

**Kryteria rozpoznania i klasyfikacja hiperglikemii po raz pierwszy rozpoznanej w ciąży**

- Wszystkie ciężarne powinny być diagnozowane w kierunku zaburzeń tolerancji glukozy.
- Wstępne oznaczenie stężenia glukozy na czczo celem diagnostyki w kierunku hiperglikemii ciążowej powinno być zlecone na początku ciąży, podczas pierwszej wizyty u ginekologa.
- U ciężarnych z grupy ryzyka należy wykonać test diagnostyczny (75 g OGTT). Jeśli nie stwierdzi się nieprawidłowych wartości glikemii, należy powtórzyć test diagnostyczny między 24.-28. tygodniem ciąży lub gdy wystąpią pierwsze objawy sugerujące cukrzycę.
- U kobiet bez czynników ryzyka 75 g OGTT wykonuje się między 24. a 28. tygodniem ciąży.

Kryteria rozpoznania cukrzycy ciążowej na podstawie wyników 75g OGTT według IADPSG 2010 I WHO 2013

| CZAS WYKONANIA OZNACZENIA | STĘŻENIE GLUKOZY W OSOCZU | |
|---|---|---|
| | (mg/dl) | (mmol/l) |
| NA CZCZO | 92 - 125≥ | 5,1 – 6,9 |
| 60 minuta | ≥ 180 | ≥ 10,0 |
| 120 minuta | 153 - 199 | 8,5 – 11,0 |

Źródło: zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2014 www.dk.viamedica.pl

**Problemy ciężarnej z cukrzycą**

1. Cukrzyca!
2. Konieczność edukacji w zakresie cukrzycy.
3. Konieczność reżimu dietetycznego.
4. Ograniczenia w aktywności fizycznej.
5. Częste pomiary glikemii i wynikające stąd powikłania.
6. Obsługa pompy insulinowej.
7. Troska o stan swojego zdrowia i zdrowia dziecka.
8. Możliwość powikłań wynikających z cukrzycy.
9. Możliwość powikłań wynikających z przebiegu ciąży.
10. Nawracająca drożdżyca pochwy

**Problem 1.: Cukrzyca**

- Kontakt z psychologiem. Stan psychiczny chorego należy oceniać przy rozpoczynaniu leczenia cukrzycy, a następnie podczas każdej wizyty lekarskiej.
- Zapoznanie z istotą choroby. Boimy się nieznanego.
- Rozmowa z pacjentką. Uzmysłowienie odpowiedzialności i poczucia wpływu na przebieg choroby.

**Problem 2.: Konieczność edukacji w zakresie cukrzycy**

Edukowanie o konieczności:

- sposobów i konieczności utrzymania normoglikemii,
- rozpoznawania i usuwania ewentualnych ognisk zakażenia,
- konieczności przeprowadzania kontroli i okresowych hospitalizacji,
- obserwacji w kierunku powikłań,
- nie stresującego trybu życia,
- stosowania właściwej diety,
- utrzymania diety i aktywności fizycznej na zbilansowanym poziomie,
- konieczności badań w kierunku prawidłowego rozwoju płodu,
- ustalenie indywidualnego planu edukacji.

**Indywidualny plan edukacji**

- Ustalanie i ocenianie indywidualnych celów terapeutycznych uwzględniających przebieg choroby, rokowanie, zalecone leczenie i sytuację życiową pacjenta.
- Podstawowe wiadomości na temat choroby i jej leczenia (przyczyny, kliniczna charakterystyka, przebieg i rokowanie itp.).
- Nauka technik samodzielnej, systematycznej obserwacji (self-monitoring — mierzenie stężenia glukozy we krwi, oznaczenie stężenia ciał ketonowych, pomiar ciśnienia tętniczego itp.) oraz postępowania w sytuacjach wymagających interwencji.
- Nauka obsługi pompy insulinowej.
- Nauka technik podawania insuliny (czynniki wpływające na tempo absorpcji insuliny, miejsca podawania insuliny, odpowiednia długość igieł, zapobieganie lipodystrofii poinsulinowej).
- Wiadomości dotyczące rozpoznawania i leczenia komplikacji

ostrych (hipoglikemia, infekcje, zawał serca, udar mózgu itp.) oraz przewlekłych (nefropatia/choroby nerek, retinopatia, neuropatia, zaburzenia erekcji, stopa cukrzycowa), a także czynników ich ryzyka (hiperlipidemia, nadciśnienie, palenie tytoniu itp.) oraz sposobów zapobiegania powikłaniom i chorobom związanym z cukrzycą.

- Wiadomości na temat zdrowego odżywiania się i jego roli w leczeniu (w tym praktyczne informacje dotyczące zawartości węglowodanów w pokarmach, tworzenie planu żywienia, który uwzględnia indywidualne nawyki, potrzeby i strategie terapeutyczne itp.).
- Wiadomości o wpływie ćwiczeń fizycznych na regulację stężenia glukozy we krwi (hipo- hiperglikemia itp.).
- Informacje na temat postępowania w sytuacjach szczególnych (podróż, antykoncepcja, ciąża).
- Prawa socjalne osób chorych na cukrzycę (praca, prawo jazdy, ubezpieczenie itp.).
- Zasady korzystania z opieki zdrowotnej (częstość wizyt, badań kontrolnych), optymalne stosowanie się do zaleceń lekarskich.
- Omówienie znaczenia problemów psychologicznych w postępowaniu z cukrzycą i możliwości opieki specjalistycznej.

**Problem 3.: Konieczność reżimu dietetycznego**

- kontakt z dietetykiem - ustalanie planów żywienia.
- uświadomienie konieczności przestrzegania diety.
- znajomość zasad diety.

**Dieta cukrzycowa**

Zasady zdrowej diety:

- chora powinna mieć prawidłową wagę ciała (należną),
- wartość energetyczna dobowej racji pożywienia powinna być fizjologicznie przystosowana do rzeczywistej wagi ciała, wieku, płci i aktywności,
- Kobiety z cukrzycą przedciążową powinny rodzić w ośrodku referencyjnym III stopnia referencyjności.
- Kobiety z cukrzycą ciążową mogą rodzić w ośrodku referencyjnym II stopnia referencyjności.

**Problem 4.: Ograniczenia w aktywności fizycznej**

Wyjaśnienie zasad podejmowania wysiłku fizycznego:

- początkowe zalecenia dotyczące aktywności fizycznej powinny być umiarkowane i uzależnione od możliwości pacjenta do wykonywania wysiłku;
- w celu uzyskania optymalnego efektu wysiłek fizyczny powinien być regularny, podejmowany co najmniej co 2-3 dni, jednak najlepiej codziennie;
- rozpoczynając intensywną aktywność fizyczną należy wykonywać trwające 5-10 minut ćwiczenia wstępne, a na zakończenie — uspokajające;
- wysiłek fizyczny może zwiększać ryzyko ostrej lub opóźnionej hipoglikemii;
- alkohol może zwiększać ryzyko wystąpienia hipoglikemii po wysiłku;
- należy zwracać uwagę na zapobieganie odwodnieniu organizmu w warunkach wysokiej temperatury otoczenia;
- można uczestniczyć w zajęciach szkoły rodzenia pod warunkiem, że ćwiczenia są wliczone w wydatki kaloryczne; ćwiczenia powinny być systematyczne co najmniej co 2-3 dni.

**Problem 5.: Częste pomiary glikemii i wynikające stąd powikłania**

- Dyskomfort podczas pobierania krwi na poziom glikemii.
- Dyskomfort podczas podaży insuliny.
- Zasada zmiany miejsc podaży insuliny.
- Lipodystrofia poinsulinowa.
- Wprowadzenie zakażenia.

**Problem 6.: Obsługa pompy insulinowej**

- zasady programowania i modyfikacji wlewu podstawowego,
- korzystanie z czasowej zmiany wlewu podstawowego,
- stosowanie bolusów prostych, przedłużonych i złożonych,
- korzystanie z kalkulatora bolusa,
- zasady zakładania zestawów infuzyjnych (zasady doboru i miejsca wkłucia),
- korzystanie z systemu ciągłego monitorowania glikemii i właściwa interpretacja wyników,
- postępowanie w razie awarii osobistej pompy insulinowej — zasady powrotu do terapii wstrzykiwaczami typu pen,
- postępowanie w przypadku początkowych objawów kwasicy ketonowej,
- zasady odłączenia pompy insulinowej w szczególnych sytuacjach (np. sport),
- techniczna obsługa pompy insulinowej.

**Problem 7.: Troska o stan swojego zdrowia i zdrowia dziecka**

- Rozmowa i uspokojenie pacjentki, że jest pod dobrą opieką.
- Przestrzeganie schematu wizyt w ciąży.
- Nadzór stanu i wzrastania płodu:
  - Wykonywanie ktg.
  - Wykonywanie usg.
  - Liczenie ruchów płodu.
- Uwrażliwienie na objawy niepożądane: zmniejszenie lub brak ruchów płodu, skurcze macicy.
- Spotkanie z psychologiem.

**Problem 8.: Możliwość powikłań wynikających z cukrzycy**

- Uwrażliwienie na objawy hypoglikemii -> unikanie hypoglikemii.
- Uwrażliwienie na objawy hyperglikemii → unikanie utrzymującej się lub znacznej ketozy.
- Omówienie powikłań późnych cukrzycy. (?)
- Powikłania wynikające z insulinoterapii (lipodystrofia, zakażenia).

**Problem 9.: Możliwość powikłań wynikających z przebiegu ciąży w cukrzycy**

- Makrosomia płodu.
- Nauka pomiaru ciśnienia tętniczego zwiększone ryzyko stanu przed rzucawkowego.
- Konieczność planowania miejsca porodu, terminu porodu i sposobu porodu - konieczność wykonania cięcia cesarskiego.
- Poród przedwczesny.
- Niedojrzałość płodu.
- Częściej problemy okresu noworodkowego (hypoglikemia, zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej, dłuższa i silniej wyrażona żółtaczka).
- Obmywanie brodawek roztworem z octu: 1/2 wody i 1/2 octu jabłkowy (cydr), stosowane po karmieniach 2-3 razy dziennie.
- Nalewka z mirry - 20-30 kropli w wodzie lub soku, 2-3 razy dziennie - doustnie.
- Wywar z oregano doustnie.
- Surowy ząbek czosnku zjedzony raz na dobę przez 2-3 dni.

**Problem 10.: Nawracająca drożdżyca pochwy**

- Wyeliminowanie z diety słodyczy i alkoholu.
- Zwiększyć spożycie czosnku.
- Zwiększyć spożycie jogurtu naturalnego (co najmniej 4 mld sztuk)

- Spożywać żurawinę i jej niesłodzone przetwory.
- Stosować żywokost lekarski - zewnętrznie w postaci okładów, przemywań przy upławach i stanach zapalnych warg sromowych i pochwy. Działa osłaniająco, przeciwzapalnie, przeciwropnie.
- Tymianek pospolity - działa przeciwzapalnie, przeciwropnie, przeciwgrzybiczo, przeciwwirusowo, przeciwrobaczo, przeciwświądowo. Zewnętrznie w postaci nasiadówki, przemywania w grzybicy i stanach zapalnych pochwy i warg sromowych.
- Olcha - działa bakteriobójczo i wirusobójczo, hamuje odczyn zapalny, likwiduje wysięk, denaturuje białka powierzchniowe, zmniejsza przekrwienie, działa przeciwbólowo i znieczulająco, przyspiesza gojenie się owrzodzeń i ran. Zewnętrznie przy upławach i stanach zapalnych i ropnych narządów płciowych.
- Nagietek lekarski - zewnętrznie okłady, nasiadówki, płukanki, przemywanie przy stanach zapalnych pochwy i warg sromowych.
- Babka lancetowata - działanie przeciwzapalne, antyseptyczne, osłaniające, przyspieszające gojenie ran, przeciwwirusowe. Zewnętrznie w zapaleniu narządów płciowych.
- Arnika - zewnętrznie działa silnie odkażająco (przeciwgrzybiczo, bakteriobójczo i wirusobójczo oraz przeciwpierwotniakowo), ściągająco, silnie przeciwzapalnie, przeciwwysiękowo.

• Aromaterapia - Do podmywania używać:
- Wody zakwaszanej octem jabłkowym lub z kilkoma kroplami olejku z drzewa herbacianego albo naturalnego jogurtu; po podmyciu krocze osuszyć suszarką,
- Olejku z drzewa herbacianego (3 krople na 1 łyżkę wody).

**Kobieta chora na cukrzycę w okresie prekoncepcji**

**Planowanie ciąży**

- Uświadomienie pacjentki w zakresie konieczności planowania ciąży, a także ryzyka wynikającego z nieprawidłowych parametrów glikemii.
- Objęcie pacjentki opieką zespołu terapeutycznego ośrodka III stopnia referencyjności.
- Konsultacje z dietetykiem w celu redukcji masy ciała i ustalenia optymalnej diety.
- Konsultacja z edukatorem diabetologicznym w celu nauki samokontroli cukrzycy i postępowania w stanach nagłych.
- Ścisła kontrola glikemii.
- Podawanie kwasu foliowego w ilości 5 mg dziennie.
- Ocena występujących już powikłań i ich ewentualne leczenie.
- Jeśli pacjentka przyjmuje leki doustne - nadzór nad przyjmowaniem leków w aspekcie ich bezpieczeństwa w czasie ciąży. Zalecenia przejścia na insulinę.
- Omówienie stosowania antykoncepcji do momentu optymalnego zapłodnienia.
- Każda kobieta chora na cukrzycę przed planowanym zajściem w powinna osiągnąć należną wagę ciała. Ułatwia to utrzymanie wyrównania cukrzycy.
- U pacjentek z nadwagą zaleca się stosowanie diety niskokalorycznej.
- Po 3 - 4 miesiącach wyrównanej cukrzycy można sugerować optymalny termin zapłodnienia.
- Ważne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie ciąży.

**Problemy**

1. Czy mogę zajść w ciążę?
2. Jakie badania powinnam mieć wykonane?
3. Jeśli mogę zajść w ciążę, czy dziecko będzie zdrowe?
4. Jeśli mogę zajść w ciążę, czy mój stan zdrowia się nie pogorszy?
5. Co zrobić, aby utrzymać wyrównaną cukrzycę?

**Problem 1.: Czy mogę zajść w ciążę?**

Ciąża nie jest zalecana u kobiet chorych na cukrzycę powikłaną:

- nefropatią ciężkiego stopnia charakteryzującą się klirensem kreatyniny < 40 ml/min;
- niekontrolowanym, opornym na leczenie nadciśnieniem tętniczym;
- ciężką, niepoddającą się leczeniu retinopatią proliferacyjną
- aktywną, zaawansowaną chorobą niedokrwienną serca lub przebytym zawałem serca;
- neuropatią autonomiczną z zajęciem układu bodźco-przewodzącego serca lub przewodu pokarmowego.

**Problem 2.: Jakie badania powinnam mieć wykonane?**

- Oznaczenie stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c) - co 4 - 6 tygodni dla oceny skuteczności kontroli glikemii.
- Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy, wydalania białka i/lub albumin z moczem - ocena funkcji nerek.
- Kobiety z cukrzycą typu I powinny zbadać poziom TSH i/lub stężenie wolnej tyroksyny w surowicy, ponieważ u 5 - 10% chorych w tej grupie występują zaburzenia równowagi hormonalnej tarczycy wymagające intensywnego leczenia; za górne zakresy norm dla TSH należy uznać wartości: 2,5 plU/ml w pierwszym trymestrze ciąży i maksymalnie 3 ulU/ml w drugim i trzecim trymestrze ciąży.
- Konsultacja okulistyczna w celu oceny stanu naczyń dna oka.
- Ocena masy ciała (BMI) - dążenie do osiągnięcia należnej masy ciała.
- Ocena wartości ciśnienia tętniczego. U kobiet z cukrzycą z nadciśnieniem przewlekłym należy dążyć do utrzymania ciśnienia skurczowego w granicach 110-129 mm Hg, a rozkurczowego — 65-79 mm Hg (lekiem pierwszego rzutu w ciąży jest metyldopa (Dopegyt).
- Pozostałe badania zależą od wyniku wywiadu medycznego i badania fizykalnego.

**Problem 3.: Jeśli mogę zajść w ciążę, czy dziecko będzie zdrowe?**

- Planowanie ciąży i wybór terminu zapłodnienia w czasie wyrównania cukrzycy.
- Przekonanie o konieczności kontroli wyrównania cukrzycy.
- Uwrażliwienie na objawy niepożądane (hypo- i hyperglikemia).
- Modyfikacja modelu leczenia lub zabezpieczenie w pompę insulinową.
- Korekta nawyków żywieniowych.
- Zmiana aktywności fizycznej.
- Spotkanie z psychologiem.
- dieta powinna dostarczać podobnych ilości składników pożywienia każdego dnia,
- w posiłkach uwzględniać należy proporcjonalne ilości węglowodanów, białek i tłuszczów,
- konieczne jest usunięcie z diety cukrów i potraw o jego znacznej zawartości,
- spożywanie posiłków musi być systematyczne i harmonizować z podawaniem insuliny,
- wykluczyć z diety alkohol,
- liczba kalorii zależna jest od masy ciała, wzrostu, aktywności fizycznej i wieku — średnie dobowe zapotrzebowanie kaloryczne wynosi około 35 kcal na kg należnej masy ciała, czyli 1500-2400 kcal,
- pożywienie powinno zapewniać prawidłowy przyrost masy ciała

w ciąży, czyli średnio o 8-12 kg, w zależności od wyjściowej masy ciała (od ok. 7 kg dla BMI > 29,0 kg/m2 do 18 kg dla BMI < 19,8 kg/m.2),
- stosowanie sztucznych środków słodzących jest dozwolone, z wyjątkiem sacharyny, która przechodzi przez łożysko i jej wpływ na płód nie jest do końca znany,
- zaleca się podawanie preparatów witaminowych ogólnie dostępnych na polskim rynku farmaceutycznym, zgodnie z zaleceniami obowiązującymi dla wszystkich ciężarnych.

**Plan posiłków**

- Ile można i jak należy jeść?
- Jakie rodzaje produktów żywnościowych należy wybierać, kupować i spożywać?
- Kiedy i jak często należy spożywać posiłki?
- Jak zharmonizować posiłki z lekami, wysiłkiem i trybem życia?
- Jak sprawdzić, czy żywienie jest prawidłowe?

- **Kilka razy w miesiącu (4-5)**
- **Mięso wieprzowe, wędliny wieprzowe, masło**
- **Kilka razy w roku lub lepiej wcale**
- **Kremy torty, czekolada, słodkie ciasto, słodycze**

.....

**Kilka razy w tygodniu**

Cielęcina
Jaja (najlepiej samo białko)
Chudy drób, wędliny drobiowe
Chude ryby, chuda wołowina

.....

**Codziennie**

Chudy ser i jogurt, mleko 0,5-2%
Margaryny miękkie i oleje roślinne (oliwa)
Owoce Fasola i inne rośliny strączkowe Warzywa
Chleb razowy, makaron, kasze i inne produkty zbożowe, ryż, ziemniaki

.....

Źródło - dostępne u Autorki.

**Wartość glikemii zalecane u ciężarnych**

| CZAS BADANIA | Poziom glukozy we krwi | |
|---|---|---|
| | mg/dl | mmol/l |
| Na czczo i przed posiłkiem | 60 - 90 | 3,3 – 5,0 |
| 1 godzina po posiłku | Max. 120 | <6,7 |
| Miedzy godziną 2.00 a 4.00 | >60 | >3,3 |

Źródło, zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2014 www.dk.viamedica.pl

**Problemy kobiety z cukrzycą w połogu**

**Problemy położnicy z cukrzycą**

1. Zmniejszenie wartości glikemii.
2. Drożdżyca brodawek.
3. Trudniejsze gojenie się ran u kobiet z cukrzycą przedciążową.

**Problem 1.: Zmniejszenie wartości glikemii**

- Po porodzie zapotrzebowanie na insulinę spada o %, by w 3 - 4 dniu połogu osiągnąć wartość sprzed ciąży.
- Położnice z cukrzycą ciążową:
- profil glikemii - obserwacja,
- przy utrzymującej się hyperglikemii - insulinoterapia,
- po upływie 6 lub więcej tygodni po porodzie kobietę należy ponownie przebadać w kierunku cukrzycy.
- Karmienie piersią.
- Położnice z cukrzycą przedciążową: dostosowanie dawki insuliny do aktualnych potrzeb (zmniejszenie nawet od 30 - 50 %).
- Uwrażliwienie na objawy hyper- lub hypoglikemii.
- Przestrzeganie diety (wygospodarowanie czasu na ułożenie jadłospisu).
- Pomoc przy dziecku w domu.
- Wsparcie rodziny - obserwacja w kierunku baby-blues lub depresji poporodowej.

**Problem 2.: Drożdżyca brodawek**

- Przemywanie brodawek roztworem olejku drzewa herbacianego (3 krople olejku na 1 łyżkę wody),
- Citrosept/Citrogrept wewnętrzenie (ogólnie 5-15 kropli w 150 ml wody 2-5 razy dziennie),
- Citrosept/Citrogrept na brodawki (wyciąg z nasion grapefruita miejscowo 5-10 kropli na 30 ml wody do smarowania po karmieniu),

**Problem 3.: Trudniejsze gojenie się ran u kobiet z cukrzycą przedciążową**

- Aloes przyśpiesza ziarninowanie i gojenie się ran - zewnętrznie rozcieńczony sok ze świeżego aloesu.
- Kwiat arniki - działa odkażająco, ściągająco, silnie przeciwzapal-

nie, przeciwwywsiękowo, przeciwkrwiakowo -napar do przemywania krocza.

- Kwiat lub ziele koniczyny - przyspiesza gojenie się ran, likwiduje zastój krwi, zewnętrznie w postaci naparu do okładów przemywania rany.
- Ziele lub kwiat nagietka - działa przeciwzapalnie, przyspiesza gojenie się ran, stosować napar do przemywania lub okładów kilka razy dziennie.
- Oczar - do toalety rany.
- Maść z żywokostu lekarskiego do smarowania rany.
- Rośliny bogate w śluzy roślinne, działają kojąco i pomagają w gojeniu tkanek krocza. Rośliny te to: liść lub korzeń żywokostu, babka lancetowata, nagietek, dziewanna, kora wiązu, aloes i prawoślaz.
- Żel z aloesu może być stosowany bezpośrednio na krocze.

**Po porodzie**

- Po porodzie u większości kobiet z GDM stężenia glukozy ulegają normalizacji, jednak wszystkie kobiety powinny być poddane badaniu w kierunku obecności zaburzeń tolerancji glukozy, bowiem przebycie cukrzycy w ciąży jest czynnikiem ryzyka jawnej cukrzycy w dalszych latach życia.
- Zaleca się wykonanie 75 g OGTT 6-12 tygodni po porodzie, a potem oznaczanie glikemii na czczo co 2-3 lata.
- Przed planowaną kolejną ciążą należy wykonać test tolerancji glukozy (75 g OGTT).
- U kobiety z cukrzycą przedciążową zapotrzebowanie na insulinę po porodzie spada nawet o ok. 50% ostatnich tygodni. Dlatego konieczne jest monitorowanie glikemii i dostosowanie insuliny.
- Karmienie piersią wzmacnia tendencję do hypoglikemii, co należy wziąć pod uwagę.

**Piśmiennictwo:**


1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę, 2014. www.dk.viamedica.pl
2. Greer I.A., Nelson-Piercy C., Walters B.: Choroby internistyczne i inne zaburzenia zdrowotne w ciąży. Red. wyd. polskiego: M. Dębska, R. Dębski. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.
3. Bręborowicz G. H.: Ciąża wysokiego ryzyka. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2010.
4. Dudenhausen J., Pschyrembel W.: Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009. Wydanie IV.
5. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Poradnik dietetyczny dla osób z cukrzycą. Program edukacyjny. Grafserwis s.c., Łódź 2007.
6. Walls D.: Herbs and Natural Therapies for Pregnancy, Birth and Breastfeeding. International Journal of Childbirth Education, Vol. 4, Nr 2; 2009:29-37.


## „Stres w chorobach serca" – wystąpienie na konferencji „Choroby cywilizacyjne XXI w." 08 - 10.11.2013r. - Międzyzdroje


*piel. Agnieszka Dyl – Oddział Xc – SP Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie*


Związek pomiędzy ludzką psychiką a zdrowiem fizycznym obserwowano od najdawniejszych czasów. W XII w. Wiliam Osler zwrócił uwagę na znaczenie emocji w powstaniu poważnego ryzyka kardiologicznego, aż do zagrożenia śmiercią włącznie. Wiliam Harvey przekonywał, że czynniki życia psychicznego, takie jak presja czasu, bardziej odpowiadają za zmiany w naczyniach wieńcowych serca, niż okresowe zaniedbywanie zasad zdrowego odżywiania się.

Współczesna medycyna i psychologia wprowadziły do praktyki terapeutycznej metody postępowania uwzględniające oddziaływanie na całość psychicznych i fizycznych procesów chorego.

Psychosomatyczny charakter w sposób szczególny wyrażony jest w chorobach układu krążenia, zarówno bowiem w etiologii choroby, jak i jej leczeniu i rehabilitacji właściwości psychiczne odgrywają znaczącą rolę.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną przedwczesnej umieralności wśród kobiet i mężczyzn w Polsce.

W etiopatogenezie tych chorób coraz większe znaczenie przypisuje się:

- chorobom psychicznym, głównie depresji,
- czynnikom osobowościowym i cechom charakteru (lęk i wrogość, tzw. osobowość typu A),
- czynnikom psychospołecznym, wśród których na pierwszym miejscu wymienia się stres i silne przeżycia emocjonalne.

W badaniu Interheart , w którym przebadano 25 tys. osób z 52 krajów, czynniki psychospołeczne zostały uznane za jedną z niezależnych przyczyn ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Choroby układu krążenia umieszcza się na pierwszym miejscu wśród tych, których rozwój związany jest ze stresem.

**Stres i jego wpływ na funkcjonowanie człowieka**

Badania kliniczne sugerują, że stres jest powodem 50-70% wszystkich porad medycznych.

W potocznym języku stres kojarzy nam się z czymś negatywnym i nieprzyjemnym.

Jednak dla właściwego rozwoju fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego jest w pewnej mierze niezbędny. Stres jest fizjologiczną i psychiczną reakcją organizmu na stawiane mu wymagania, każdą nowość, przeszkodę, niebezpieczeństwo.

Stresem możemy więc nazwać wszystkie bodźce, które zmieniają stopień gotowości człowieka do działania, bez względu na to, czy wiążą się z uczuciem przyjemności, czy są przykre.

Badania dowodzą, że najbardziej szkodliwa dla zdrowia jest przewlekłość stresu, a stałe napięcie odczuwane przez organizm negatywnie odbija się nie tylko na emocjach, czy nastroju, ale ma ogromny wpływ na funkcjonowanie wszystkich układów organizmu.

Wielokrotnie powtarzające się sytuacje stresowe burzą wewnętrzną harmonię organizmu, zaburzona zostaje regulacja i wydzielanie hormonów oraz innych substancji regulatorowych.

Sayle - twórca teorii stresu porównuje organizm ludzki do łańcucha, w którym pod wpływem czynników stresogennych pęka najsłabsze ogniwo, chociaż wszystkie w jednakowym stopniu wystawione są na działanie stresora.

**Stres a choroby serca**

Czynniki stresogenne mogą w sposób pośredni wpływać na rozwój chorób układu sercowo - naczyniowego, poprzez podejmowanie zachowań ryzykownych np.: palenie tytoniu, nieprawidłowe odżywianie się lub bezpośrednio poprzez mechanizmy fizjologiczne.

**Wskazuje się na trzy czynniki ryzyka chorób CVD związane ze stresem:**

- wzmożone napięcie emocjonalne związane z podejmowaniem decyzji;
- zagęszczenie populacji;
- zmiana trybu życia.

**Stres wymieniany jest w literaturze kardiologicznej jako czynnik, który:**

- przyśpiesza wystąpienie zawału serca;
- przyczynia się do rozwoju nadciśnienia tętniczego;
- wywołuje niedokrwienie w mechanizmie kurczu naczyniowego;
- przyczynia się do wystąpienia zaburzeń rytmu serca;
- prowokuje wystąpienie nagłego zgonu sercowego .

Krótkotrwały stres umysłowy może wywołać arytmię lub przejściowe niedokrwienie serca, a głęboki stres psychiczny może zmusić serce do wysiłku równego potrzebnemu do wykonanie pracy fizycznej. Mechanizm rozwoju reakcji stresowej przebiega zarówno poprzez autonomiczny układ nerwowy (głównie gałąź współczulną), jak i układ hormonalny, szczególnie oś przysadka-nadnercza.

**Skutkiem pobudzenia nadnerczy jest:**

- wzrost ciśnienia tętniczego krwi;
- wzrost pojemności minutowej serca;
- spadek przepływu krwi przez nerki;
- zmniejszenie światła tętnic na poziomie łożysk naczyniowych w skórze (zwężenie naczyń);
- wzrost napięcia mięśniowego;
- wzrost poziomu trójglicerydów w osoczu krwi;
- wzrost poziomu cholesterolu.

W wyzwalaniu i kontrolowaniu reakcji układu sercowo-naczyniowego na strach, zakłopotanie, ból i inne czynniki stresowe biorą również udział połączenia nerwowe między korą mózgu a ośrodkiem naczynioruchowym w rdzeniu ze wzgórzem, wyspą i układem limbicznym.

Ośrodek naczynioruchowy składa się z obszaru presyjnego oraz depresyjnego.

Pobudzenie części presyjnej powoduje:

- przyspieszenie rytmu serca
- zwiększenie siły skurczów
- nasilenie skurczu mięśni gładkich w tętniczkach oraz układzie żylnym

Pobudzenie części depresyjnej ośrodka naczynioruchowego wyzwala działanie odwrotne.

**Fizjologiczna odpowiedź układu krążenia na stres**

Odpowiedź układu krążenia na stres najczęściej pozostaje w granicach fizjologicznych.

Reakcja CVS może się nadmiernie przejawiać u osób potencjalnie zdrowych, doprowadzając do omdlenia lub bardzo złego samopoczucia już przy niewielkim napięciu nerwowym. Jest to tzw. nadreaktywność układu krążenia, czyli stopień reakcji układu krążenia na bodziec stresowy.

**W przebiegu stresu dochodzi do:**

- przyspieszenia rytmu serca;
- wzrostu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi;
- zwiększenia objętości wyrzutowej i rzutu serca;
- wzrost u przepływu krwi przez mięsień sercowy;
- zwiększenia pracy skurczowej lewej komory;
- zwiększenia stężenia krążącej norepinefryny, epinefryny, angiotensyny II.

**Stres jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia**

W badaniach patofizjologicznych nad rozwojem chorób układu sercowo-naczyniowego wskazuje się na niekorzystny wpływ stresu na czynność śródbłonka naczyniowego. Stres psychologiczny, poprzez aktywację układu neurohormonalnego, układ limbiczny, oś podwzgórze-przysadka –nadnercza wywołuje nadmierne uwalnianie kortyzolu i katecholamin. Substancje te wyzwalają bądź nasilają skurcz wielu tętnic i tętniczek oraz sprawiają, że przepływ krwi przez naczynia jest bardziej dynamiczny, a w niektórych miejscach turbulentny.

Może to wywołać:

- uszkodzenie śródbłonka naczyniowego,
- łatwiejsze odkładanie się lipoprotein w ścianach tętnic,
- zwiększoną agregację płytek krwi uwalniających czynniki wzrostu i stymulujących rozwój miażdżycy.

Stres wpływa również na aktywność makrofagów, nasilając proces zapalny toczący się w ścianach tętnic, zmniejsza stężenie tkankowego aktywatora plazminogenu (a tym samym aktywność fibrynolityczną) oraz osłabia wazodylatację tętniczą zależną od tlenku azotu.

**Sytuacje stresowe nasilają również niekorzystne działanie innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego**

W związku z napięciem nerwowym wzrasta ciśnienie krwi, wiele osób podejmuje niekorzystne działania, mające na celu zredukowanie napięcia poprzez sięganie po papierosa, alkohol, spożywanie nadmiernej ilości posiłków, nierzadko o dużej zawartości tłuszczów, węglowodanów i soli. Podczas stresu pacjenci ,,zapominają'' o zażywaniu przepisanych leków, o ograniczeniach dietetycznych, uprawianiu wysiłku fizycznego.

**Odpowiedź układu krążenia na stres u osób z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia**

Stres u osób z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia wywołuje wiele odruchowych reakcji podobnych do osób zdrowych, jednak reakcje te są najczęściej silniej wyrażone i mogą przyczyniać się do rozwoju niepożądanych następstw. Dochodzi do większego przyspieszenia częstości pracy serca, większego wzrostu ciśnienia tętniczego krwi, silniejszego skurczu naczyń i zwiększonego zużycia tlenu przez serce. U osób w podeszły wieku, poza wymienionymi wyżej zmianami obserwuje się podczas stresu znacznie mniejszy wzrost objętości wyrzutowej oraz rzutu serca w porównaniu z osobami młodymi. Ponadto zarówno zmienność rytmu serca, jak i odruch z barareceptorów są słabiej wyrażone niż u osób młodszych.

Odpowiedź układu krążenia na stres jest odmienna u osób palących i niepalących.

U palaczy obserwuje się:

- większy wzrost ciśnienia skurczowego i naczyniowego oporu obwodowego,
- szybszy rym serca,
- osłabienie odruchów z barareceptorów.

Również bierne palenie nie pozostaje obojętne dla CVS oraz autonomicznego układu nerwowego i wiąże się ze zwiększeniem pobudzenia adrenergicznego. Ostre i przewlekłe napięcie nerwowe może być przyczyną nadciśnienia tętniczego, utrudniać jego kontrolę, a także wywoływać silniejszą odpowiedź układu krążenia na czynniki stresujące.

Stres u chorych z nadciśnieniem tętniczym wiąże się również ze zwiększeniem napięcia układu współczulnego, podwyższeniem stężenia i nasileniem działania katecholamin oraz angiotensyny II.

Skojarzenie przewlekłego stresu oraz nadciśnienia tętniczego zwiększa ryzyko rozwoju miażdżycy, w tym choroby niedokrwiennej serca.

**Odpowiedź układu krążenia na stres w przebiegu chorób serca**

Od dawna znany jest związek nagłego stresu emocjonalnego z wystąpieniem niekorzystnych zdarzeń, jak: zawał serca, zagrażające życiu zaburzenia rytmu, czy też nagły zgon sercowy.

Podczas bardzo silnych przeżyć emocjonalnych np.: trzęsienia

ziemi, pożaru obserwuje się wzrost śmiertelności wskutek nagłego zatrzymania krążenia oraz częstsze występowanie zawałów serca, nawet przez wiele miesięcy po zdarzeniu.

Badania dowodzą, że u osób z implantowanym ICD zarówno populacyjne bodźce stresowe, takie jak atak na World Trade Center z 2001 r., jak i indywidualne przeżycia emocjonalne, takie jak zdenerwowanie i niepokój, mogą wyzwalać komorowe zaburzenia rytmu u osób ze znaczną skłonnością do tych arytmii. Wyniki badań laboratoryjnych prowadzone u ludzi i zwierząt wskazują, że przy towarzyszącym napięciu emocjonalnym arytmia komorowa jest łatwiejsza do wywołania i trudniejsza do przerwania (Lampert i Steinberg).

Inni autorzy podają, że przyczyną tzw. burzy elektrycznej u chorych z implantowanym ICD wymienia się stres i silne przeżycia emocjonalne, które w tej grupie chorych wpływają na zwiększoną śmiertelność pacjentów (Krupa, Przybylski).

Dla pacjentów kardiologicznych ostry stres związany jest głównie z wystąpieniem zawału serca lub zabiegiem kardiochirurgicznym czyli sytuacjami, w których jednostka skonfrontowana jest z zagrożeniem życia lub zdrowia, a wśród objawów znajdują się min.: brak zdolności do reakcji emocjonalnych i behawioralnych, stany lękowe, depresja, trudności w koncentracji uwagi,drażliwość, wybuch złości.

Osoby, które doświadczają nagłych stanów ostrego stresu, obok wymienionych konsekwencji psychopatologicznych, są bardziej zagrożone wystąpieniem niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Badania nad stresem wskazują na istotny wpływ na skurczowe i rozkurczowe wartości ciśnienia tętniczego krwi u ludzi. Zaobserwowano, że u pacjentów po zawale mięśnia sercowego, po 25 min. od końca działania stresora wartości ciśnienia utrzymują się powyżej pomiaru wyjściowego.

W grupie zdrowych osób powrót do wartości wyjściowych miał miejsce w ciągu 5 min. od zakończenia działania stresora (Dekker, Olszewska).

Huk i Dominik dokonały analizy sytuacji, pod wpływem których najczęściej występują zaburzenia rytmu serca. Prawie 90% pacjentów wskazało na sytuacje stresowe i silne przeżycia emocjonalne.

U 55% badanych wystąpił ścisły związek pomiędzy sytuacją stresową a nasileniem dolegliwości związanych z zaburzeniami rytmu serca. Utrzymujące się napięcie emocjonalne jest czynnikiem prognostycznym dla wystąpienia nadkomorowych zaburzeń rytmu serca u chorych z chorobą niedokrwienną serca, po zabiegu kardiochirurgicznym i kardiowersji.

W trakcie badań, w których poprzez obciążenie umysłowe wytwarzano stan napięcia nerwowego, u pacjentów z dławicą piersiową obserwowano objawy niedokrwienia serca: dolegliwości dławicowe, zmiany odcinka ST, zmiany wysokości i kształtu załamka T, zaburzenia rytmu, zaburzenia kurczliwości lewej komory.

Ponadto w tej grupie chorych stwierdzono obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory, spadek objętości wyrzutowej i rzutu serca, przy jednoczesnym wzroście ciśnienia skurczowego, oporów naczyniowych, przyspieszeniu częstotliwości serca i spadek przepływu krwi przez serce.

Za obserwowane zmiany odpowiada prawdopodobnie nadmierne pobudzenie współczulne, które może powodować min.:

- zaburzenie równowagi między zapotrzebowaniem i zaopatrzeniem mięśnia sercowego w tlen,
- skurcz tętnic wieńcowych,
- hipokaliemię i hipomagnezemię spowodowaną katechoaleminemią i hiperangiotensynemią,
- zmniejszenie ,,gotowości'' fibrynolitycznej ustroju,
- podwyższenie stężenia fibrynogenu oraz D-dimerów,
- obniżenie progu migotania komór poprzez przyspieszenie depolaryzacji, wydłużenie odstępu QT i zwiększenie automatyzmu komorowych ośrodków ektopowych,
- wydłużenie czasu trwania i szybkości rytmu częstoskurczów komorowych,
- pękanie blaszek miażdżycowych po silniejszych skurczach serca i bardziej dynamicznym przepływie krwi,
- zmniejszenie napięcia układu przywspółczulnego działającego protekcyjnie na układ krążenia oraz zwiększającego zwrotny wychwyt norepinefryny.

Zaburzenia funkcjonowania układu krążenia mogą stanowić bardzo ważny element obrazu klinicznego niektórych zespołów lękowych, takich jak zespół lęku uogólnionego lub napadowego.

Dawniej zespoły te uważano za zaburzenia nerwicowe, obecnie zgodnie z klasyfikacją ICD-10, umieszczone są w grupie zaburzeń związanych ze stresem pod postacią somatyczną.

W dziedzinie nauki, jaką jest psychokardiologia istotne jest podejmowanie działań mających na celu oddziaływanie na całość psychosomatycznych procesów chorego min.: poprzez budowanie strategii radzenia sobie ze stresem, pomoc psychologiczną, eliminację niewłaściwych zachowań zdrowotnych i mobilizację do różnych form aktywności.

## Pacjent z chorobą Parkinsona

Początkowe spowolnienie ruchowe przeradza się w niezgrabność w ruchach, pojawiają się objawy charakterystyczne dla zmian reumatycznych lub po prostu wieku starszego. Jednak z czasem chorzy z chorobą Parkinsona zauważają u siebie zaburzenia równowagi lub trudności z wykonywaniem takich prostych czynności, jak wstawanie, przysiady, trudności w wykonywaniu ruchów precyzyjnych, następnie zmienia się charakter pisma, które staje się coraz mniejsze i niewyraźne.

Pojawiają sie różne inne objawy, takie jak: sztywność mięśniowa, spowolnienie ruchowe, drżenie spoczynkowe, specyficzny rodzaj drżenia palców i kciuka tzw. kręcenie pigułek, przodopochylenie tułowia, trudności w połykaniu, brak mimiki twarzy i zaburzenia chodu - małe szurające kroczki.

Choroba Parkinsona spowodowana jest zmianami zwyrodnieniowymi komórek nerwowych znajdujących się w rejonach mózgu zwanych jądrami podstawy, rejony te odgrywają ważną rolę w kontroli czynności ruchowych. W jednym z tych jąder, a mianowicie w istocie czarnej znajdują się barwnikonośne komórki nerwowe, które wytwarzają bardzo ważny chemiczny neuroprzekaźnik zwany dopaminą. Dopamina powstaje ze związku chemicznego zwanego lewodopą - jest ona odpowiedzialna za koordynację czynności ruchowych.

W chorobie Parkinsona komórki wytwarzające dopaminę obumierają i w ten sposób zostaje zaburzony, a nawet przerwany system wewnątrzmózgowych połączeń komunikacyjnych. Mózg ma znaczne zdolności kompensacyjne, zatem kliniczne objawy wystąpienia choroby Parkinsona pojawiają się dopiero wówczas, gdy obumrze ponad 80 % komórek wytwarzających dopaminę.

Definicja WHO mówi, że rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicz-

nie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Dzisiejsze metody pozwalają opóźnić wystąpienie nasilonych objawów choroby, wydłużają one czas przeżycia.

Bardzo ważna jest w tym okresie rehabilitacja i aktywizacja chorych, która korzystnie wpływa na stan psychiczny, ogranicza bóle towarzyszące chorobie, poprawia równowagę i chód, utrzymuje prawidłową sylwetkę ciała oraz opóźnia wystąpienie zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, na które osoby z chorobą Parkinsona są szczególnie narażone. Ruch pomaga w zwalczaniu zaparć i jest potrzebny dla prawidłowego działania wielu narządów wewnętrznych. Z metod fizykoterapeutycznych największe znaczenie w chorobie Parkinsona mają zabiegi przeciwbólowe (jonoforezy ksylokainowe i hydrokortyzonowe), zabiegi rozgrzewające oraz masaże.

- Jonoforeza ksylokainowa - zabieg z wykorzystaniem prądu stałego, w którym wprowadza się pod skórę pacjenta ksylokainę,
- Jonoforeza hydrokortyzonowa - zabieg z wykorzystaniem prądu stałego, w którym wprowadza się pod skórę pacjenta hydrokortyzon.

U osób z chorobą Parkinsona spotykamy mocno przygarbioną sylwetkę, należy wiec dbać o wykonywanie ćwiczeń oddechowych oraz rozciągających mięśnie klatki piersiowej, nie zapominając o ćwiczeniach wzmacniających siłę mięśni prostowników grzbietu. Należy pamiętać o codziennej półgodzinnej drzemce na brzuchu i na plecach bez wysokiego ułożenia głowy, zwracać uwagę na przyjmowanie prawidłowej postawy ciała, co jest rzeczą niezwykle istotną od samego początku zaistnienia choroby.

Duży nacisk należy kłaść na ćwiczenia pozwalające jak najdłużej utrzymać optymalnie najlepszą siłę mięśni kończyn górnych i dolnych. Ponadto zaleca się pacjentowi wykonywanie ćwiczeń takich, jak: przysiady, półprzysiady, jazdę na cykloergometrze rowerowym, chód po nierównym podłożu, wstawanie z pozycji siedzącej na różnej wysokości (wyższe, niższe siedzisko). Dużym problemem jest tu pochylenie ciała do przodu, co znacząco utrudnia przeniesienie środka ciężkości w przód i przejście z pozycji siedzącej do stojącej. Zaleca się pacjentowi lekkie, rytmiczne wychylanie się do przodu i w tył, co w ostateczności zwiększa amplitudę ruchu i jego szybkość, poprawia pracę ekscentryczną i koncentryczną mięśni i ułatwia wykonanie ruchu.

Więcej czasu powinniśmy poświęcić na ćwiczenia chodu. Hipokinezja chodu dotyka niemal każdego chorego na chorobę Parkinsona. Rytmiczna muzyka, czy wystukiwanie rytmu pomagają w utrzymaniu szybkości chodu i długości kroków. Dodatkowo zaleca się pacjentowi wysokie unoszenie kolan. Pomaga to w zapobieganiu drobienia i skracania kroków oraz szurania stopami. Ważna jest strategia nauczenia pacjenta wstawania z łóżka oraz obracania się w nim na boki.

Osoby cierpiące na chorobę Parkinsona mają potrzebę częstego oddawania moczu, co jest niezwykle kłopotliwe nocą, kiedy muszą wielokrotnie wstawać. Dlatego też sprawą priorytetową jest utrzymanie jak najdłużej u osoby chorej na zespół Parkinsona efektywnej umiejętności obracania się i wstawania z łóżka.

Ważną grupą ćwiczeń prowadzoną u tych chorych są ćwiczenia równoważne, np. pokonywanie przeszkód, kontrolowane wytrącanie z równowagi, odwracanie się o 180° i 360° itp. Nie sposób pominąć ćwiczeń manipulacyjnych dłońmi. Bardzo ważne są też ćwiczenia samodzielnego zapinania i rozpinania guzików, np. przy ubieraniu i rozbieraniu się, sięgania po przedmioty o zróżnicowanych kształtach i wielkości, przelewanie wody z naczynia do naczynia, otwieranie zamka w drzwiach, pisanie ze zwróceniem uwagi na właściwą wielkość liter. Dobre efekty ruchowe daje stosowanie strategii zadaniowej przy uczeniu bardziej złożonych sekwencji ruchowych i nazywaniu głośno (bądź skandowaniu) każdej następnej czynności ruchowej prowadzącej ostatecznie do wykonania zadania w całości. Fizjoterapia nie tylko zwiększa sprawność fizyczną osób z chorobą Parkinsona, lecz uczy również, jak wstawać z łóżka, krzesła czy miękkiego fotela. Uczy, jak ułatwić sobie ubieranie się, czy zakładanie butów. Aktywność fizyczna przyczynia się do wzrostu możliwości intelektualnych, poczucia własnej wartości i godności, wiary w siebie, równowagi emocjonalnej, a także pokonywania stresu i przeciwstawiania się chorobie.

Choroba Parkinsona wymaga zajmowania się wszystkimi problemami zdrowotnymi jednocześnie. Nie można koncentrować się jedynie na objawach ruchowych. Trzeba mieć na uwadze dolegliwości spoza układu nerwowego, stan psychiczny chorego, jego aktywność osobistą i zawodową. Najważniejsze jednak będzie rozwiązywanie problemów życia codziennego: drżenia, poruszanie się (chód), zmiana pozycji ciała (wstawanie z łóżka, pozycji siedzącej), zaburzenia mowy, zaparcia, zaburzenia w oddawaniu moczu, zaburzenia snu – nadmierna senność, problemy odżywiania, zaburzenia depresyjne, zaburzenia psychotyczne.

Dużo uwagi w pielęgnacji w chorobie Parkinsona, należy poświecić diecie, jest ona uzupełnieniem leczenia objawowego. Ma istotny wpływ na samopoczucie chorego, gdyż choroba Parkinsona wiąże się również z zaburzeniami funkcji autonomicznych. Najczęściej są to zaparcia jako objaw zaburzeń żołądkowo - jelitowych, nadmierne wydzielanie śliny, zaburzenia w oddawaniu moczu, rzadziej niedociśnienie tętnicze, wzmożona potliwość skóry. Zatem odpowiednia dieta może pomóc choremu.

Niezmiernie przykre dla chorych mogą stać się zaparcia, przy których pomóc może dieta lekkostrawna, niskotłuszczowa, by spożyty pokarm długo nie zalegał w żołądku. Odpowiednia dieta ma też na celu zwiększyć objętość i zmniejszyć konsystencje stolca oraz usprawnienie perystaltyki jelit. Zalecane jest picie dużej ilości płynów pamiętając o możliwości zachłyśnięcia się, ograniczenie spożywania pokarmów o małej zawartości błonnika. Wskazane jest spożywanie surowych warzyw i owoców zawierających dużo błonnika (marchew, kalafiory, brokuły, śliwki, morele, maliny, porzeczki), które powinny wchodzić w skład co najmniej dwóch posiłków dziennie. Znaczna zawartość błonnika obecna jest także w otrębach, płatkach owsianych, zwiększają one objętość spożywanego posiłku i pobudzają odruchy żołądkowo - jelitowe. Innymi źródłami błonnika są kasze, makaron, pieczywo żytnie, razowe. Stosujmy również herbaty przeczyszczające. Perystaltykę pobudzają ostrzejsze przyprawy takie, jak: papryka, pieprz, jednak przy ich zastosowaniu należy zwracać uwagę na reakcję pacjenta. Poważnym problemem jest też częste oddawanie moczu, parcie naglące na mocz, konieczność oddawania moczu w nocy - nokturia. Zmniejszenie częstości oddawania moczu uzyskać możemy przez ograniczenie ilości przyjmowanych płynów wieczorem.

Często u chorych dochodzi również do rozwoju refluksu żołądkowo - przełykowego i zespołu po posiłkowego z objawami wczesnej sytości, zmniejszeniem przyjmowania pokarmów i utratą masy ciała. Zaburzenia motoryki żołądka, objawiające się opóźnieniem opróżniania żołądkowego, występują u większości chorych w zaawansowanym okresie choroby.

**O czy powinieneś pamiętać?**

- Wszystkie czynności planuj i wykonuj bez pośpiechu.
- Jeżeli masz trudności z rozpoczęciem chodzenia lub pokonaniem przeszkód, spróbuj znaleźć swój własny sposób na ruszenie się z miejsca.
- Jeżeli drżą ci ręce i nie możesz unieść kubka, użyj słomki do picia.
- Jeżeli ciężko ci stać podczas toalety porannej, postaw krzesło przed umywalką i możesz ogolić się lub umyć zęby siedząc.
- Siadając dojdź do krzesła i obróć się tak, aby doły podkolanowe dotknęły do brzegu krzesła.

- Skutecznym środkiem utrzymującym sprawność fizyczną jest spacer.
- Noś ubranie, które potrafisz sam założyć, nawet jeśli trwałoby to dłużej.

Jest bardzo ważne, aby ludzie żyjący z przewlekłą chorobą wypracowali sobie pewną koncepcję dobrego samopoczucia lub zdrowia, koncepcję, która paradoksalnie zakłada, że możesz czuć się dobrze i zdrowo, będąc jednocześnie chorym. Jeszcze ważniejsze jest zrozumienie, że choroba może być początkiem procesu samodoskonalenia się i poprawy stylu lub jakości życia. A kiedy choroba zepchnie Cię z wytyczonej drogi życiowej, musisz znaleźć w sobie takie wartości i tyle sił, aby przełamać kryzys, pokonać przeszkody i odzyskać ponownie równowagę wewnętrzną, która pomoże Ci w stałej walce z chorobą. Gdy zaakceptujesz wszystkie wymogi, jakie niesie ze sobą przewlekła i poważna choroba, powstaje potencjalna możliwość transformacji wewnętrznej i stałego rozwoju duchowego. To wyzwanie można przetworzyć w doświadczenia pozytywne, chorzy jednak muszą nauczyć się żyć i współżyć z chorobą.

*Karol Surmiak*
Oddział Chorób Wewnętrznych
Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokołowskiego
Szczecin Zdunowo

## Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie uprawnień pielęgniarki do uzupełniania druku skierowania lekarskiego na badania diagnostyczne

Zasady prowadzenia przez lekarza i pielęgniarkę dokumentacji medycznej reguluje kilka aktów prawnych między innymi: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 roku z późn. zm. (Dz. U. z 2011 Nr 277, poz.1634), ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2012 roku (Dz. U. z 2011 Nr 174, poz.1039), ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz. U. z 2009 Nr 52, poz. 417) i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2010 r. z późn.zm. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania Dz. U. 2010 Nr 252, poz.1697).

Art. 41.1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i art.18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada na lekarza i pielęgniarkę obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Przepisy rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej określają zasady jej prowadzenia. § 18 pkt 4 wspomnianego rozporządzenia określa, że wpisu w karcie zleceń lekarskich dokonuje lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, natomiast wpisu o wykonaniu zlecenia dokonuje osoba wykonująca zlecenie (np. pielęgniarka, położna). Punkty 3 i 6 § 18 określają, że wpisy w karcie obserwacyjnej i wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza i pielęgniarkę. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonania zlecenia lekarskiego, które jest zapisane w dokumentacji medycznej (art. 15.ust 1. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Zapis w dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wpisu do dokumentacji medycznej dokonuje się w niezwłocznie po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym, a każdy wpis opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Osoba kierująca na badanie lub konsultacje przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrzne pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

Art. 24 ust.2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, że lekarz i pielęgniarka są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, które obejmują:

1. oznaczenie pacjenta:
   a. pozwalające na ustalenie jego tożsamości tj.: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość,
   b. w przypadku, gdy pacjentem jest osobą małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego i adres jego miejsca zamieszkania.
2. oznaczenie podmiotu udzielającego świadczenie zdrowotne ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
3. opisu stanu pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
4. datę sporządzenia.

Brak któregokolwiek z tych elementów oznacza, że dany dokument nie jest dokumentem medycznym.

Przepisy rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania stanowią, że dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie pisemnej i elektronicznej. Zgodnie z art. 58 w zw. z art. 11 ust.1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn.zm.) podmioty lecznicze i praktyki zawodowe (lekarskie i pielęgniarskie) będą miały obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej już od dnia 1 sierpnia 2014 roku (art. 24 ust.1a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Podstawowe warunki prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej dla podmiotów leczniczych oraz lekarskich i pielęgniarskich praktyk zawodowych reguluje § 80 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania. Wynika z niego, że każda pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie prowadzonego procesu pielęgnowania chorego, wykonywanych działań medycznych zleconych i wpisanych przez lekarza, jak i bez zlecenia lekarskiego zgodnie z uprawnieniami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia 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 lekarza (Dz U. Nr 210, poz.1540).

Zarówno pielęgniarka wykonująca zawód w ramach podmiotów leczniczych, jak i w ramach pielęgniarskiej praktyki zawodowej, jest uprawniona do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, z uwagi na zaliczenie podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych do podmiotów przetwarzających dane osobowe w związku z wykonywaną działalnością zarobkową, zawodową lub dla

realizacji celów statutowych, jak również realizowanych zadań publicznych (art. 3 ust.2 pkt 1 i 2 ustawy o ochroni danych osobowych). Przez przetwarzanie danych osobowych rozumie się jakiekolwiek operacje wykonywane na danych osobowych takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych począwszy od etapu ich zbierania, a następnie fazy przechowywania i niszczenia (art. 7 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych). Dane zawarte w dokumentacji medycznej mogą być przetwarzane przez pielęgniarkę tylko na zasadach ściśle określonych w przepisach prawa (art. 27 ust. 2 ustawy o danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r, Nr 101, poz.926 z późn.zm.).

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

## 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

*(Pismo Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa dr hab. Marii Kózka skierowane do Pani Jolanty Skolimowskiej - Zastępcy Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych – 18.10.2012r.)*

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

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

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

Treści przedmiotu na kierunku pielęgniarstwo obejmują: badanie przedmiotowe i podmiotowe niemowląt i dzieci oraz osób dorosłych - stanu psychicznego, 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 pielęgniarskich posiada umiejętności i kompetencje w zakresie; rozumienia i rozpoznawania odrębności w badaniu dziecka i niemowlęcia; wykorzystywania metod i technik w badaniu przedmiotowym i podmiotowym; przeprowadzenia wywiadu; interpretowania dostępnych wyników w badaniu fizykalnym; wykorzystywania wyników do rozpoznawania problemów zdrowotnych; dokumentowania przeprowadzonego badania.

Treści kształcenia na kierunku położnictwo z przedmiotu badanie fizykalne obejmują: badanie przedmiotowe noworodków, niemowląt oraz osób dorosłych - stan psychiczny, stan ogólny, skóra, oczy, uszy, jama ustna, gardło, szyja, klatka piersiowa, płuca, gruczoły piersiowe, układ sercowo-naczyniowy, brzuch, męskie narządy płciowe, żeńskie narządy płciowe, obwodowy układ krążenia, układ mięśniowo-szkieletowy, układ nerwowy. 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, dojrzałej i w senium; rozpoznaje proces chorobowy i nieprawidłowości w budowie morfologicznej i anatomicznej w trakcie badania fizykalnego; dokumentuje wyniki badania fizykalnego i wykorzystuje do oceny stanu zdrowia noworodka , kobiety w okresie rozrodczym, dojrzałej i w senium; stosuje odpowiednie metody i techniki badania fizykalnego w zależności od stanu podopiecznej oraz różnic kulturowych i religijnych.

Z przedstawionej analizy wynika, że absolwenci kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, którzy ukończyli studia I stopnia są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tych kierunków studiów, które można określić jako świadczenia podstawowe. Zakres tych świadczeń powinien być uwzględniony 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.

## Opinia Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego w sprawie zakładania kartoteki środowisk epidemiologicznych prowadzonych przez zakład opieki zdrowotnej

Kartoteka środowisk epidemiologicznych jest rodzajem dokumentacji medycznej, jaką obowiązek ma prowadzić każdy zakład opieki zdrowotnej. kartoteka środowisk epidemiologicznych ma przede wszystkim na uwadze formalną kontrolę środowisk szczególnie podatnych na epidemie, powinna zawierać elementy wskazane w § 45 rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z dnia 21.12.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697):

1. dane identyfikujące zakład opieki zdrowotnej/podmiot leczniczy,
2. dane identyfikujące środowisko epidemiologiczne, a w szczególności: oznaczenie środowiska epidemiologicznego i adres – najważniejsza informacja,
3. listę osób zamieszkałych wspólnie w domu jednorodzinnym lub w jednym lokalu domu wielorodzinnego w układzie: nazwisko i imię (imiona) oraz numer PESEL, jeżeli został nadany lub datę urodzenia,
4. ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta (§45 w zw. z § 10.1.1 w zw. z art. 25.1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Dz. U. z 2012r. nr 159).

Kartoteka środowisk epidemiologicznych ocenia środowiskową sytuację osób, które obejmuje zjawisko epidemii, bądź warunki socjalne w środowisku mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia lub zagrażają zdrowiu pacjenta. Pielęgniarka rodzinna/środowiskowa ma obowiązek zakładania kartoteki środowiska epidemiologicznego pacjentów zadeklarowanych, o ile stwierdza w ocenie, że warunki środowiskowe mają wpływ na stan zdrowia pacjenta i jego rodziny.

Kierownik zakładu opieki zdrowotnej może wyznaczyć pracownika do prowadzenia kartoteki środowisk epidemiologicznych jako dokumentacji zbiorczej, zgodnie z posiadanymi przez pracownika kwalifikacjami.

W sytuacjach problemowych związanych ze stanem epidemiologicznym środowiska pacjenta, przewidzianym ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych ludzi, pielęgniarka współpracuje z Działem Nadzoru Epidemiologicznego Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej (Ustawa z dnia 5 grudnia2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – Dz. U. z 2013r. poz. 947, Dz. U. z 2014r. poz. 619).

*dr hab. Bożena Mroczek*
Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
woj. zachodniopomorskie

**PODZIĘKOWANIA**

Drogiej Koleżance Pielęgniarce **Józefie Skrzypiec** z okazji przejścia na emeryturę podziękowania za sumienną pracę, zaangażowanie, życzliwość i wszystkie razem spędzone lata składają koleżanki z Bloku Operacyjnego oraz Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej SP ZOZ w Choszcznie wraz z pełnomocnikiem Krystyną Głębocką.

Do życzeń Droga Koleżanko dołączamy ten wierszyk:

*Emerytura – magiczne to słowo,*
*emerytura – odkrywasz życie na nowo,*
*emerytura – to coś, czego ci zazdroszczą inni,*
*emerytura – wiek kwalifikujący skrócić powinni,*
*emerytura – o niej przecież każdy marzy*
*ja także, to może i mnie się przydarzy?...*

*H.G.*

# *14.08.2014r. – otwarcie nowo wybudowanej części Żłobka „Wróbelek”*

**Uroczyste przecięcie wstęgi – Prezydent Szczecina Piotr Krzystek i Dyrektor Żłobka „Wróbelek” Urszula Karpowicz**

**Występy dzieci**

**Od lewej: Barbara Mielko, Urszula Karpowicz, Helena Gąsior, Piotr Krzystek, Jan Stopyra i… wielki miś – prezent od SIPiP**

Tak wygląda sypialnia

Toalety, jak dla krasnoludków…

Umywalnie dostosowane do wzrostu maluszków

## *18.09.2014r. – posiedzenie Rady SIPiP*

Posiedzenie Rady SIPiP

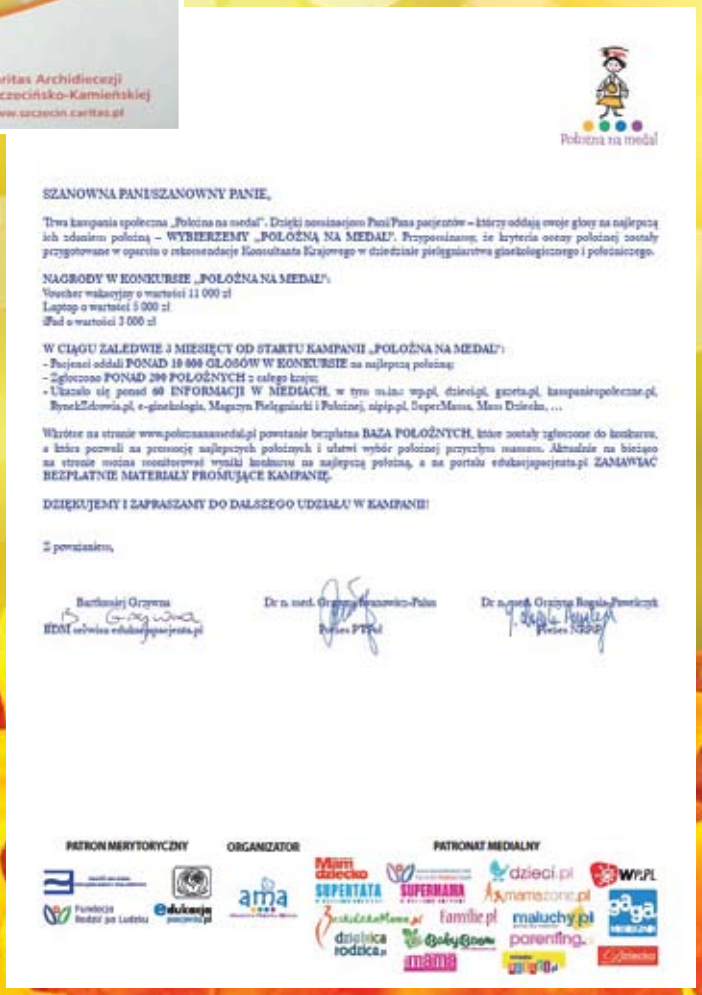
## *03. – 05.10.2014r. – konferencja w Łukęcinie – „Nowe wyzwania w pracy położnej”*

Wykład Pana Pawła Strzelca

Wystąpienie psychologa Pani Krystyny Dziedzic

**Wystąpienie Pani Doroty Ćwiek**

**Podziękowanie Caritasu**



Położna na medal

SZANOWNA PANI/SZANOWNY PANIE,

Trwa kampania społeczna „Położna na medal". Dzięki nominacjom Pani/Pana pacjentów – którzy oddają swoje głosy na najlepszą ich zdaniem położną – WYBIERZEMY „POŁOŻNĄ NA MEDAL". Przypominamy, że kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

NAGRODY W KONKURSIE „POŁOŻNA NA MEDAL":
Voucher wakacyjny o wartości 11 000 zł
Laptop o wartości 5 000 zł
iPad o wartości 3 000 zł

W CIĄGU ZALEDWIE 3 MIESIĘCY OD STARTU KAMPANII „POŁOŻNA NA MEDAL":
- Pojawi oddali PONAD 10 000 GŁOSÓW W KONKURSIE na najlepszą położną;
- Zgłoszono PONAD 200 POŁOŻNYCH z całego kraju;
- Ukazało się ponad 60 INFORMACJI W MEDIACH, w tym m.in.: wp.pl, dzieci.pl, gazeta.pl, kampaniespołeczne.pl, BynajmZdrowia.pl, e-ginekologia, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nipip.pl, SuperMama, Mam Dziecko, ...

Wyróżnia na stronie www.polozonanamedal.pl powstanie bezpłatna BAZA POŁOŻNYCH, które zostały zgłoszone do konkursu, a która pozwoli na promocję najlepszych położnych i ułatwi wybór położnej przyszłym mamom. Aktualnie na bieżąco na stronie można monitorować wyniki konkursu na najlepszą położną, a na portalu edukacjapacjenta.pl ZAMAWIAĆ BEZPŁATNIE MATERIAŁY PROMUJĄCE KAMPANIĘ.

DZIĘKUJEMY I ZAPRASZAMY DO DALSZEGO UDZIAŁU W KAMPANII!

Z poważaniem,

Bartłomiej Grzywa
EDM ordynia edukacjapacjenta.pl

Dr n. med. Grzegorz Raczkowski-Pelon
Prezes PTPiG

Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes NIPiP

PATRON MERYTORYCZNY

ORGANIZATOR

PATRONAT MEDIALNY

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

1. wnioskodawcy - oznacza to osobę ubiegającą się o przeprowadzenie postępowania nostryfikacyjnego dyplomu ukończenia studiów wyższych uzyskanego za granicą;
2. dyplomie - oznacza to dyplom ukończenia studiów wyższych za granicą wraz z tytułem nadanym w wyniku tego kształcenia, o ile jest on nadawany;
3. radzie - oznacza to radę jednostki organizacyjnej uczelni, uprawnionej do nadawania stopnia doktora określonej dziedziny nauki lub dziedziny sztuki, prowadzącej kształcenie w obszarze obejmującym kierunek studiów wyższych, którego ukończenie potwierdza dyplom uzyskany za granicą.

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

1. oryginałem dyplomu uzyskanego za granicą - do wglądu;
2. kopią dokumentów pozwalających ocenić przebieg i czas trwania studiów (suplement do dyplomu, wykaz przedmiotów i ocen, indeks lub inny dokument).

Rada może zażądać tłumaczenia na język polski dokumentów, o których mowa w ust. 1, sporządzonego przez tłumacza przysięgłego wpisanego na listę tłumaczy przysięgłych prowadzoną przez Ministra Sprawiedliwości albo sporządzonego przez zagranicznego tłumacza i poświadczonego przez właściwego konsula Rzeczypospolitej Polskiej.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. instytucja, która wydała dyplom, lub instytucja, w której prowadzone było kształcenie:
   a. nie były w dniu wydania dyplomu akredytowanymi uczelniami w rozumieniu prawa wewnętrznego państw, w których systemach szkolnictwa wyższego działają, lub realizowały program studiów nieposiadający akredytacji w dniu wydania dyplomu, lub
   b. nie działają w systemie szkolnictwa wyższego żadnego państwa;
2. instytucja, która wydała dyplom, realizowała na terenie innego kraju program studiów wyższych lub jego część niezgodnie z obowiązującymi w tym kraju przepisami;
3. wnioskodawca nie wykonał obowiązków wynikających z uchwały, o której mowa w § 5 ust. 3.

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

## Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra

Szanowni Państwo

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

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

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

Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPiP,
2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

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

W Polsce nie istnieje odpowiednik ukraińskiego dyplomu *młodszego specjalisty*. Dyplom taki poświadcza na Ukrainie ukończenie 3-4-letniego kształcenia na podbudowie 9-letniej szkoły lub 2-3-letniej edukacji na bazie 11-letniej pełnej szkoły średniej.

Na Ukrainie średnie szkoły zawodowe (*uczilliszcza, koledze*) zostały włączone do systemu szkolnictwa wyższego, w związku z czym wydawane przez nie dyplomy młodszego specjalisty są tam uważane za dokumenty poświadczające ukończenie edukacji na poziomie wyższym. Z tego też powodu nie mogą być one traktowane w Polsce jako świadectwa szkolne uzyskane za granicą, o których mowa w art. 93 ustawy z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, póz. 2572 z późn. zm.)*. Z posiadanych przez nas informacji wynika, iż dają one na Ukrainie możliwość kontynuacji kształcenia na tym samym kierunku i uzyskania w skróconym trybie dyplomu ukończenia studiów pierwszego stopnia (bakaławr).

Zważywszy na to, iż umowy międzynarodowe nie określają zasad uznania dyplomów *młodszego specjalisty*, z formalnego punktu widzenia powinny one podlegać procedurze nostryfikacji w oparciu *o rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 września 2011 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą (Dz. U. Nr 196, póz. 1168)*. Jednakże biorąc pod uwagę fakt, iżw polskich szkołach wyższych nie prowadzi się tego typu kształcenia, również w wynikupostępowania nostryfikacyjnego nie ma możliwości stwierdzenia równoważności tychdyplomów z odpowiednimi dyplomami wydawanymi przez polskie uczelnie.

Podpisana do celów akademickich, tj. dalszego kształcenia się *Umowa między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Gabinetem Ministrów Ukrainy o wzajemnym uznawaniu akademickim dokumentów o wykształceniu i równoważności stopni* (obowiązuje od 20 czerwca 2006 r.) także nie ma zastosowania w przypadku dyplomu młodszego specjalisty, Odnosi się ona bowiem do ukraińskich świadectw o pełnym wykształceniu średnim *(amecmam npo повну загальну среднюосвimy)*, dyplomów ukończenia studiów pierwszego i drugiego stopnia *(bakaławr, specialist, magistr)* oraz dyplomów o nadaniu stopnia naukowego (kandydat nauk) i gwarantuje ich posiadaczom możliwość kontynuacji kształcenia w placówkach drugiego państwa bez konieczności dokonywania procedury nostryfikacji.

Jedynym punktem umowy, który mógłby odnosić się do dyplomów młodszego specjalisty jest informacja zawarta w art. 4, mówiąca, iż *szkoły wyższe państw Stron mogą uznawać odpowiednie okresy studiów, zdane egzaminy, zaliczenia oraz praktyki zgodnie z prawem wewnętrznym.* Decyzję taką podejmuje jednak wyłącznie uczelnia, o przyjęcie do której zwraca się posiadacz dokumentu.

## Praca w ramach wolontariatu

Zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2011 r., poz. 213 ze zm.) świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz.U. z 2010 Nr 234, poz. 1536 ze zm.), zawartym z wolontariuszem. Na mocy art. 42 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie wolontariusze mogą wykonywać, na zasadach określonych w rozdziale niniejszej ustawy, świadczenia na rzecz:

1. organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 w zakresie ich działalności statutowej, w szczególności w zakresie działalności pożytku publicznego, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
2. organów administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
3. jednostek organizacyjnych podległych organom administracji publicznej lub nadzorowanych przez te organy, z wyłączeniem prowadzonej przez te jednostki działalności gospodarczej,
4. podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej - zwanych dalej „korzystającymi".

Wolontariusz powinien posiadać kwalifikacje i spełniać wymagania odpowiednie do rodzaju i zakresu wykonywanych świadczeń, jeżeli obowiązek posiadania takich kwalifikacji i spełniania stosownych wymagań wynika z odrębnych przepisów.

Porozumienie, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2011 r., poz. 213 ze zm.), określa zakres, sposób i czas wykonywanych świadczeń wolontariuszy. Ponadto art. 44 cytowanej ustawy stanowi, iż porozumienie powinno zawierać postanowienie o możliwości jego rozwiązania. Co więcej na żądanie wolontariusza korzystający jest obowiązany potwierdzić na piśmie treść porozumienia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, a także wydać pisemne zaświadczenie o wykonaniu świadczeń przez wolontariusza, w tym o zakresie wykonywanych świadczeń.

Nadto jeżeli świadczenie wolontariusza wykonywane jest przez okres dłuższy niż 30 dni, porozumienie powinno być sporządzone na piśmie.

## Kiedy pracodawca zobligowany jest do przeniesienia pracownika na inne niż dotychczas zajmowane stanowisko pracy?

Kodeks pracy przewiduje sytuacje, w razie zaistnienia których pracodawca zobligowany jest do przeniesienia pracownika na inne niż dotychczas zajmowane stanowisko. Przypadki te dotyczą:

- kobiet w ciąży, które ze względu na swój stan nie powinny wykonywać dotychczasowej pracy;
- młodocianych, w razie gdy dana praca zagraża ich zdrowiu;
- pracowników, którzy ulegli wypadkowi przy pracy;
- pracowników, u których stwierdzone zostały objawy choroby zawodowej;

Należy w tym miejscu również wskazać, że wykaz chorób zawodowych znajduje się w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. Nr 105, poz. 869).

Ponadto w myśl art. 55 par 1 kodeksu pracy pracownik może rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia, jeżeli zostanie wydane orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie pracownika, a pracodawca nie przeniesie go w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan jego zdrowia i kwalifikacje zawodowe. Jednakże należy zaznaczyć, że w każdym wypadku niezbędne jest orzeczenie lekarskie dotyczące stanu zdrowia pracownika i możliwości dalszego wykonywania pracy na obecnym stanowisku. W doktrynie wskazuje się, że „ Niezbędne jest zatem wydanie przez fachowy organ dokumentu, który stwierdza niekorzystne skutki świadczenia pracy dla zdrowia zatrudnionego. Komentowany przepis wyraźnie wskazuje, że orzeczenie powinno wskazywać termin przeniesienia pracownika do innej pracy. Tryb wydawania orzeczeń lekarskich jest przedmiotem rozporządzenia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych Kodeksem pracy." (tak: A. Sobczyk, Kodeks pracy. Komentarz. Warszawa 2014 r.). Przeniesienie pracownika do innej pracy może jednak powodować zmianę warunków pracy w tym także wynagradzania na mniej korzystne.

Równocześnie trzeba wskazać, że trybem ewentualnej zmiany stanowiska pracy może być także zawarcie porozumienia z pracodawcą, jednak w takim przypadku niezbędna jest zgodna wola obu stron.

## Czy pielęgniarka może zakładać opatrunki gipsowe?

W odniesieniu do kwestii zakładania opatrunków gipsowych należy wskazać, iż pielęgniarka nie ma uprawnień do wykonywania świadczenia leczniczego, jakim jest zakładanie opatrunków gipsowych.

Pielęgniarki nie nabywają bowiem umiejętności wykonywania ww. świadczenia leczniczego ani w trakcie kształcenia na studiach I i II stopnia, ani w wyniku ukończenia specjalizacji, czy też kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, ani w wyniku ukończenia innych kursów kwalifikacyjnych czy specjalistycznych.

Zakładanie opatrunków gipsowych znajduje się natomiast w programie specjalizacji dla lekarzy z ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz w programie specjalizacji z chirurgii ogólnej.

Wobec powyższego pielęgniarka nie może zakładać opatrunków gipsowych.

## Czy położna może koordynować pracę w pracowni Tomografii Komputerowej i czy może podawać środki kontrastowe w strzykawce automatycznej?

Należy wskazać, iż położna nie może sprawować funkcji koordynatora pracy w pracowni Tomografii Komputerowej przede wszystkim dlatego, że czynności realizowane w pracowni TK nie mieszczą się w zakresie kompetencji zawodowych położnej.

Zgodnie bowiem z art. 5 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

1. rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
2. kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
3. prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
4. przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
5. podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
6. sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
7. badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
8. realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
9. samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
10. profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;
11. rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;
12. sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;
13. prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:
    a. przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
    b. przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na przepisy regulujące kwestie czynności wykonywanych w pracowni tomografii komputerowej. Podawanie kontrastu choremu w trakcie badań diagnostycznych zostało określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1015 ze zm.), z którego wynika, że lekarz posiadający specjalizację z medycyny nuklearnej lub będący w trakcie takiej specjalizacji może zlecić innym lekarzom, radiofarmaceutom, technikom elektroradiologii lub **pielęgniarkom** wykonywanie technicznych elementów procedur medycznych, w których używane są produkty radiofarmaceutyczne. Lekarze ci sprawują nadzór nad wykonywaniem zleconych czynności. Natomiast z § 8 i 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. Nr 59, poz. 365 ze zm.) wynika, że jeżeli procedury tego wymagają, w jednostkach ochrony zdrowia, w pracowniach rentgenowskich zatrudnia się **pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także obsługi strzykawki automatycznej.** W jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyniowej, zapewnia się podczas trwania procedury, opiekę anestezjologiczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz **pielęgniarki, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny.** W przypadku procedur radiologii zabiegowej nienaczyniowej udział tych osób określony jest opisem właściwej procedury ustalonej w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33g ust. 15 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 264 ze zm.).

Wykładnia powyższych przepisów prawa prowadzi do wniosku, iż to wyłącznie pielęgniarka a nie położna może być zatrudniona w pracowni Tomografii Komputerowej. Wobec powyższego brak jest tym bardziej uzasadnienia, aby położna mogła sprawować funkcję koordynatora pracy pracowni TK.

Z uwagi na brzmienie ww. regulacji należy ponadto wskazać, iż to wyłącznie pielęgniarka posiadająca wskazane wyżej umiejętności wykonuje zlecenia lekarskie w zakresie podawania środków kontrastowych w strzykawce automatycznej pod nadzorem lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje. Tym samym uprawnienia takie nie przysługują położnej.

## Kiedy pielęgniarka może samodzielnie wykonywać testy alergiczne?

Należy podkreślić, iż zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Tak więc podstawą do wykonania testu alergicznego przez pielęgniarkę będzie zlecenie lekarskie. Za zlecenie lekarskie odpowiedzialność ponosi lekarz. Pielęgniarka odpowiada za prawidłowe wykonanie zlecenia, zgodnie z aktualną wiedzą.

Jednocześnie należy wskazać, iż pielęgniarka może samodzielnie bez zlecenia lekarza wykonywać testy alergiczne wyłącznie po ukończeniu kursu specjalistycznego „Wykonywanie i interpretacja testów skórnych" .Należy wskazać, iż w wyniku realizacji programu kształcenia ww. kursu specjalistycznego pielęgniarka powinna:

- scharakteryzować najczęściej występujące choroby alergiczne,
- omówić testy skórne,
- wykonać samodzielnie testy skórne,
- dokonać pomiaru testów skórnych i ocenić wyniki,
- kształtować postawy i zachowania prozdrowotne pacjenta i jego rodziny,
- przestrzegać norm bezpieczeństwa w trakcie i po wykonaniu testów skórnych.

Należy zaznaczyć, iż plan nauczania ww. kursu obejmuje m.in. moduł testy skórne w diagnostyce alergologicznej w ramach którego przewidziano 21 godzin zajęć praktycznych w gabinecie zabiegowym alergologicznym.

Powyższe argumenty przemawiają za tym, iż to jedynie ukończenie przez pielęgniarkę ww. kursu specjalistycznego umożliwia jej samodzielne bez zlecenia lekarza wykonywanie testów alergicznych.

Tym samym pielęgniarka, która nie ukończyła ww. kursu nie może samodzielnie bez zlecenia lekarza wykonywać testów alergicznych.

## KONKURSY

Informujemy, że w okresie lipiec - październik br. odbyły się konkursy na stanowiska kierownicze w pielęgniarstwie.
Poniżej przedstawiamy wyniki odbytych konkursów:

| Lp. | Nazwa placówki | Nazwa oddziału/kliniki | Stanowisko | Data konkursu | Osoba, która wygrała konkurs |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje" | Oddział I Pediatrii, Alergologii i Pulmonologii | Pielęgniarka Oddziałowa | 28.07.2014r. | Teresa Nowak |
| 2. | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje" | Oddział Neurochirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Neurochirurgii Dorosłych | Pielęgniarka Oddziałowa | 28.07.2014r. | Elżbieta Murawska |
| 3. | Specjalistyczny Szpital im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie Zdunowie | Izba Przyjęć Szpitala z Zespołem Poradni Przyszpitalnych | Pielęgniarka Oddziałowa | 29.07.2014r. | Halina Maruszak |
| 4. | Specjalistyczny Szpital im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie Zdunowie | Szpitalny Oddział Ratunkowy | Pielęgniarka Oddziałowa | 29.07.2014r. | Ewa Łągiewka |
| 5. | Specjalistyczny Szpital im. prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie Zdunowie | Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc - I | Pielęgniarka Oddziałowa | 29.07.2014r. | Małgorzata Świątek |
| 6. | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje" | V Oddział Psychiatryczny z Pododdziałem zaburzeń Afektywnych | Pielęgniarka Oddziałowa | 04.08.2014r. | Alicja Marat |
| 7. | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje" | Oddział Chirurgii Dziecięcej, Oparzeń i Urologii | Pielęgniarka Oddziałowa | 04.08.2014r. | Danuta Powała |
| 8. | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach | Oddział Rehabilitacji | Pielęgniarka Oddziałowa | 10.09.2014r. | Bożena Dziemieńczuk |
| 9. | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 PUM | Klinika Ortopedii i Traumatologii | Pielęgniarka Oddziałowa | 11.09.2014r. | Alina Jurewicz |
| 10. | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony | Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych | Pielęgniarka Oddziałowa | 14.10.2014r. | Elżbieta Barbara Zdrodowska |

Serdecznie gratulujemy Koleżankom. Życzymy wszelkiej pomyślności w działalności zawodowej, wytrwałości i powodzenia w realizacji planów.
Trzymamy kciuki!

## Czy pielęgniarka może zmienić drogę podania leku określoną w zleceniu lekarskim?

Należy wskazać, iż zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej(Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Zlecenie lekarskie obejmuje m.in. nazwę zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania oraz częstotliwość wykonywania.

Jeżeli zatem droga podawania leku została wyraźnie określona w zleceniu lekarskim (np. doustne podanie leku) to pielęgniarka nie może jej zmienić na inną.

Należy bowiem wyraźnie podkreślić, iż za zlecenie lekarskie obejmujące także drogę podawania leku odpowiedzialność ponosi lekarz. To lekarz decyduje o zastosowaniu określonej drogi podania leku. Pielęgniarka odpowiada jedynie za prawidłowe wykonanie zlecenia, zgodnie z aktualną wiedzą.

Pielęgniarka nie ma zatem uprawnień do zmiany drogi podania leku wskazanej w zleceniu lekarskim.

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

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

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

## Pytania i odpowiedzi (Wolters Kluwer)

**Pytanie**

**Czy istnieją normy zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych?**
**Jakie zarządzenie reguluje tę kwestię dla podmiotu, który jest przedsiębiorcą realizującym świadczenie na podstawie umowy z NFZ?**

**Odpowiedź**

odpowiedzi udzielono: 15 września 2014 r.

stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

W oddziałach dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych, w których świadczenia zdrowotne realizowane są w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie obowiązują szczególne normy zatrudnienia pielęgniarek dla podmiotu, który jest przedsiębiorcą.

**Uzasadnienie**

W art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nałożono obowiązek stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek wyłącznie na podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami. Przepisy ustawy o działalności leczniczej nie narzucają natomiast na przedsiębiorców prowadzących przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, szczególnych uregulowań prawnych odnośnie obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia.

Załącznik nr 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - dalej r.ś.g.o.p., „Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach dziennych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji" w lp. 6 kolumnie 3 „Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych" wymaga jedynie zatrudnienia pielęgniarek, nie wskazując ilości niezbędnych etatów przeliczeniowych.

Natomiast § 7 ust. 2 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień Nr 79/2013/DSOZ stanowi, że świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, winien spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 79/2013/DSOZ oraz przepisach odrębnych. Załącznik nr 3 zarządzenia Nr 79/2013/DSOZ „Warunki wobec świadczeniodawcy" w poz. 37 kolumna 7 odsyła do wskazanego powyżej rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (zał. 4 lp. 6, kolumna 3 r.ś.g.o.p.). Nie ma zatem przepisów normujących udzielanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, narzucających na świadczeniodawców obowiązek stosowania norm zatrudnienia pielęgniarek. Jak wynika z przytoczonych wyżej przepisów prawa, brak jest ogólnie obowiązujących szczególnych regulacji w zakresie stosowania norm zatrudnienia w oddziałach dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych.

Podkreślić jednak należy, iż podmiot udzielający świadczeń w wyżej wskazanym zakresie ma obowiązek zatrudniania fachowego personelu pielęgniarskiego w takiej liczbie, aby zapewnić pacjentom pełną opiekę pielęgniarską, na poziomie zapewniającym należytą jakość udzielanych świadczeń. Oczywiście, „na roboczo" można posiłkować się przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w celu wyliczenia norm zatrudnienia, jeżeli sposób wyliczenia tych norm odpowiada przedsiębiorcy prowadzącemu przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.

*Iwona Choromańska*

**Pytanie**

**Jakie są sankcje dla kierownika podmiotu leczniczego za nie ustalenie minimalnych norm zatrudnienia w terminie 1 kwietnia 2014 r.?**

**Odpowiedź**

odpowiedzi udzielono: 3 kwietnia 2014 r.

stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

W ocenie Autora, sankcje dla kierownika podmiotu leczniczego za nie ustalenie minimalnych norm zatrudnienia uzależnione będą od tego w jakiej formie zatrudniony jest kierownik w danym podmiocie leczniczym, a zatem czy będzie to stosunek pracy czy też umowa cywilnoprawna.

**Uzasadnienie**

Zgodnie z art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. i działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.) - dalej u.dz.l., w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami stosuje się minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, których obowiązek ustalenia spoczywa na kierowniku podmiotu. Z treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) wynika, iż minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata. Jednocześnie, jak stanowi wspomniany już wcześniej art. 50 u.dz.l. Minister Zdrowia lub Minister Spraw Wewnętrznych w odniesieniu do placówek medycznych dla których jest podmiotem tworzącym, dokonują corocznej oceny realizacji tak określonego obowiązku.

Szczegółowa analiza wskazanych wyżej przepisów ustawowych oraz rozporządzenia prowadzi jednak do wniosku, że nie zawierają one ściśle określonych sankcji dla kierownika, który takich obowiązków nie przestrzega. Dlatego też, zdaniem Autora odpowiedzi, sankcje takowe można rozpatrywać jedynie w powiązaniu z formą zatrudnienia kierownika, zgodnie z art. 46 ust. 3 u.dz.l.

W przypadku nawiązania przez podmiot tworzący z kierownikiem stosunku pracy odpowiedzialność kierownika należy rozpatrywać na gruncie art. 114-122 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.). Jeśli, zatem, w wyniku zawinionego niedopełnienia przez kierownika obowiązków związanych z ustaleniem norm zatrudnienia pielęgniarek podmiot leczniczy poniesie określoną szkodę, kierownik, jako pracownik, ponosi, co do zasady odpowiedzialność w granicach nieprzekraczających kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. Ograniczenie to nie dotyczy sytuacji, w której pracownik umyślnie wyrządzi szkodę. W takim przypadku odpowiada w pełnej wysokości.

W przypadku naruszenia obowiązku ustalenia norm zatrudnienia przez kierownika zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej będzie, on przede wszystkim ponosił tzw. odpowiedzialność kontraktową (art. 471 i następne ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny; tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121 - dalej k.c.), a jej zakres, wysokość odszkodowania itp. uzależniona będzie od zapisów w samej umowie. Nie wykluczona jest również odpowiedzialność deliktowa takiego kierownika, na podstawie art. 415 i następnych k.c., jeśli podmiot leczniczy poniesie określoną szkodę w wyniku niespełnienia przez niego ciążących na nim obowiązków w zakresie ustalenia norm zatrudnienia.

*Maciej Łokaj*

**Pytanie**

W związku z ustaleniem nowych zasad ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami mam pytanie dotyczące zasad ustalania takich norm w przypadku np. domowej opieki pielęgniarskiej czy domowej opieki paliatywnej, domowej wentylacji mechanicznej.

Czytając nie widziałam zapisów dotyczących tych świadczeń, takie normy jednakże zostały zakreślone przez NFZ. Takie same pytanie dotyczy ZOL i hospicjów stacjonarnych.

**Gdzie umieścić te zakłady w rozporządzeniu i w oparciu o jakie kryteria je analizować?**

**Jednakże tutaj również normy zatrudnienia zostały zakreślone przez NFZ z uwzględnieniem opiekunek medycznych, które w tych zakładach odgrywają bardzo dużą rolę i zmniejszając przy tym obsadę pielęgniarską.**

**Odpowiedź**

odpowiedzi udzielono: 22 stycznia 2013 r.

stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

Przy ustalaniu norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w przypadku całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne oraz w przypadku domowej opieki pielęgniarskiej, domowej opieki paliatywnej, domowej wentylacji mechanicznej stosuje się przepisy § 1. 2. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) - dalej r.m.n.z., przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) - u.ś.o.z. wraz przepisami wykonawczymi oraz zarządzenia Prezesa NFZ w tym zakresie.

**Uzasadnienie**

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217) - dalej u.dz.l., w art. 2 ust. 1 pkt 11 i 12 zawiera definicje ustawowe takich pojęć jak: świadczenie szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne. Świadczenie szpitalne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 11 u.dz.l. to - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Natomiast w myśl art. 2 ust. 1 pkt 12 u.dz.l. stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne to - świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.

Artykuł 2 ust. 2 pkt 2 u.dz.l. stanowi, że ilekroć w ustawie jest mowa o działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne bez bliższego określenia - rozumie się przez to działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, jak i działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne.

Paragraf 1 i § 2 r.m.n.z. odnoszą się do ustalania norm zatrudnienia przy wykonywaniu działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. A zatem w myśl art. 2 ust. 2 pkt 2 u.dz.l. dotyczą one działalności leczniczej w rodzaju świadczenia szpitalne, jak i działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne tj. świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach. W przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych (art. 9 ust. 1 pkt 1 u.dz.l.), udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych, a także hospicjów stacjonarnych (art. 9 ust. 1 pkt 4 u.dz.l.), których działalność polega na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów, należy stosować kryteria o profilu zachowawczym, a nie zabiegowym, przy uwzględnieniu norm zatrudnienia wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 1480), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347) oraz zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przeciwnym bowiem przypadku, świadczeniodawca powinien liczyć się z odmową zapłaty przez płatnika za udzielone świadczenia, z powodu niespełnienia wymagań określonych umową z NFZ. Podkreślić bowiem należy, iż normy narzucane przez przepisy wykonawcze do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz płatnika świadczeń tj. NFZ powinny być „kompatybilne" współgrające z normami wyliczonymi przez podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą. Na uwagę zasługuje tu fakt, że minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczą wyłącznie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, natomiast wymagania określone przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wraz z przepisami wykonawczymi dotyczą wszystkich podmiotów, a zatem i tych które są przedsiębiorcami, do których nie mają zastosowani przepisy o minimalnych normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ale zawarły stosowne umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Domowa opieka pielęgniarska, czy domowa opieka paliatywna, domowa wentylacja mechaniczna itp. nie mieszczą się w definicjach opisanych powyżej.

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami wskazuje wprost w § 3. w przypadku oddziału o profilu anestezjologia i intensywna terapia (stanowisko intensywnej terapii) lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, oraz oddziału neonatologicznego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej o podobnym profilu, obowiązek stosowania minimalnych norm zatrudnienia wynikających z przepisów wydanych na podstawie art. 31d u.ś.o.z. dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w przypadku świadczeń z zakresu uzależnień, szpitalnego oddziału ratunkowego, izby przyjęć bloku operacyjnego wskazuje na stosowanie wybranych przepisów § 1 w zależności od rodzaju świadczeń.

Do pozostałych zakresów działalności leczniczej, między innymi dotyczy to domowej opieki pielęgniarskiej, domowej opieki paliatywnej, domowej wentylacji mechanicznej stosuje się przepisy rozporządzenia zawarte w § 6. Z uwagi na dość szeroką autonomię podmiotu leczniczego przy ustalaniu norm zatrudnienia wynikających z § 6. należy brać pod uwagę również wymagania wspomnianego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest płatnikiem świadczeń. Powyższe można bowiem wywieść z treści § 6 pkt 2 r.m.n.z., w myśl którego przy ustalaniu norm zatrudnienia należy uwzględnić między innymi zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta. Zakres i rodzaj tych świadczeń określają umowy zawarte pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem (NFZ).

*Iwona Choromańska*

## Pytanie

**Jakie są skutki zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu przez położną, w stosunku do której zostało wszczęte postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej z art. 45 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych (artykuł ten zawiera wyliczenie przesłanek do umorzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej - w tym przepisie takiego przypadku nie wymieniono)?**

## Odpowiedź

odpowiedzi udzielono: 12 maja 2014 r.

stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

W sytuacji, gdy położna złoży oświadczenie woli o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu, wszczęte postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej będzie toczyć się dalej.

## Uzasadnienie

Artykuł 45 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) - dalej u.s.p.p., stanowi, że postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej umarza się, jeżeli wystąpią następujące przesłanki określone w ust. 1 tegoż artykułu:

1. czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia;
2. czyn nie stanowi przewinienia zawodowego albo przepisy ustawy stanowią, że sprawca nie popełnia przewinienia zawodowego;
3. osoba obwiniona zmarła;
4. nastąpiło ustanie karalności;
5. postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się;
6. szkodliwość społeczna czynu jest znikoma.

Powyższy katalog przesłanek do umorzenia postępowania jest katalogiem zamkniętym, co oznacza, iż niemożliwe jest zastosowanie w tym przypadku wykładni rozszerzającej.

Artykuł 42 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p., zawiera następujący katalog przesłanek, skutkujących wygaśnięciem prawa wykonywania zawodu:

1. śmierć pielęgniarki, położnej;
2. zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu;
3. utrata prawa wykonywania zawodu w wyniku prawomocnego orzeczenia przez sąd pielęgniarek i położnych lub orzeczonego przez sąd środka karnego polegającego na zakazie wykonywania zawodu;
4. utrata obywatelstwa polskiego, obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo cofnięcie zezwolenia na pobyt stały;
5. cofnięcie statusu rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
6. utrata pełnej zdolności do czynności prawnych;
7. upływ czasu, na jaki zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu.

Tak więc prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej wygasa między innymi na skutek jej śmierci i wówczas wszczęte postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ulega umorzeniu, chyba, że w terminie 2 miesięcy od dnia zgonu obwinionej pielęgniarki, położnej zażąda tego jej małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. W takim przypadku sąd pielęgniarek i położnych może wydać tylko orzeczenie uniewinniające albo w braku przesłanek dla wydania tego rodzaju orzeczenia - umorzyć postępowanie – art. 45 ust. 3 u.s.p.p.

Zastosowanie przez ustawodawcę konstrukcji prawnej uniemożliwiającej pielęgniarce, położnej „niedopuszczenie" do przeprowadzenia w całości postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej tj. do wydania prawomocnego orzeczenia, na skutek zrzeczenia się przez nią prawa wykonywania zawodu, jest jak najbardziej uzasadnione. W przeciwnym bowiem wypadku, stworzono by możliwość uniknięcia odpowiedzialności zawodowej pielęgniarce, położnej w postaci zakazu pełnienia określonych funkcji lub wykonywania zawodu w sytuacjach, gdyby popełniła ona czyn zagrożony jedną z następujących kar:

1. karą zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat;
2. karą zakazu pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat;
3. karą ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat;
4. karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat;
5. karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Dodać należy, iż art. 60 ust. 1 u.s.p.p. przewiduje mniej uciążliwe kary tj. karę upomnienia, karę nagany lub karę pieniężną, które w istocie swej nie skutkują zawieszeniem lub pozbawieniem prawa wykonywania zawodu lub zakazem pełnienia określonych funkcji.

W przypadku umorzenia postępowania z powodu wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej na skutek jego zrzeczenia się przez obwinioną, nie doszłoby do merytorycznego rozstrzygnięcia, a zatem pielęgniarka, położna, jako osoba obwiniona nie zostałaby uznana za winną popełnienia zarzucanego jej czynu i ukarana jedną z wyżej przytoczonych kar. Wówczas mogłaby ona ponownie złożyć wniosek o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu i uzyskać wpis do właściwego rejestru pielęgniarek i położnych. Mogłaby zatem bezkarnie wykonywać zawód.

*Iwona Choromańska*

**Komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia**

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobojczych w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz firmami Biogen Idec Ltd. Bayer Pharma AG, Novartis Europharm Ltd i Merck Serono Europe Ltd uprzejmie informują o istotnej kwestii dotyczącej bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych zawierających w swoim składzie interferon beta stosowanych w leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

**Podsumowanie**

- Podczas leczenia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym produktami zawierającymi interferon beta zgłaszano przypadki mikroangiopatii zakrzepowej (ang. thrombotic microangiopathy, TMA), w tym przypadki śmiertelne. W większości przypadków mikroangiopatia zakrzepowa występowała pod postacią zakrzepowej plamicy małopłytkowej lub hemolitycznego zespołu mocznicowego.
- Zgłaszano także przypadki zespołu nerczycowego wywołanego przez różne rodzaje nefropatii.
- Zarówno TMA, jak i zespół nerczycowy mogą występować po kilku tygodniach, a nawet kilku latach od rozpoczęcia leczenia interferonem beta.
- Konieczne jest uważne obserwowanie pacjentów pod kątem pojawienia się tych powikłań i szybkie ich leczenie, w sposób zgodny z poniższymi zaleceniami.

**Zalecenia dotyczące TMA:**

- Objawy kliniczne TMA obejmują trombocytopenię, nowo rozpoznane nadciśnienie, gorączkę, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (np. splątanie i niedowład) oraz zaburzenie czynności nerek. W razie stwierdzenia objawów klinicznych TMA, należy wykonać badanie liczby płytek, poziomu dehydrogenazy mleczanowej w surowicy oraz badanie czynności nerek. Wykonać należy także rozmaz krwi pod kątem obecności fragmentów erytrocytów.
- W przypadku rozpoznania TMA konieczne jest bezzwłoczne rozpoczęcie leczenia (w tym rozważenie wymiany osocza) i zalecane jest natychmiastowe przerwanie stosowania interferonu beta.

**Zalecenia dotyczące zespołu nerczycowego:**

- Zaleca się okresowe monitorowanie czynności nerek i zwrócenie uwagi na wczesne objawy podmiotowe lub przedmiotowe zespołu nerczycowego, takie jak: obrzęki, białkomocz czy zaburzenie czynności nerek, zwłaszcza u pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia choroby nerek. W razie wystąpienia zespołu nerczycowego należy szybko podjąć leczenie i rozważyć przerwanie podawania interferonu beta.

**Dodatkowe informacje**

Niniejszy komunikat jest wynikiem przeglądu dokonanego przez europejskie władze ds. rejestracji leków po otrzymaniu zgłoszeń przypadków IMA i zespołu nerczycowego, związanych ze stosowaniem produktów zawierających interferon beta w leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Przegląd ten nie wykluczył związku przyczynowego między podawaniem produktów zawierających interferon beta i wystąpieniem zespołu nerczycowego lub pomiędzy produktami zawierającymi interferon beta i wystąpieniem TMA.

Więcej informacji na temat wymienionych wyżej stanów klinicznych:

TMA jest poważnym stanem klinicznym, charakteryzującym się powstawaniem zakrzepów blokujących mikrokrążenie i wtórną hemolizą. Wczesne objawy kliniczne obejmują trombocytopenię, nowo rozpoznane nadciśnienie i zaburzenie czynności nerek. Do wyników badań laboratoryjnych wskazujących na TMA należą: zmniejszona liczba płytek, podwyższony poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy oraz obecność schistocytów (fragmentów erytrocytów) w rozmazie krwi.

Zespół nerczycowy jest niespecyficznym zaburzeniem nerek, które charakteryzuje białkomocz, upośledzona czynność nerek i obrzęki.

Obecnie dostępne są następujące produkty zawierające interferon beta, zatwierdzone w leczeniu pacjentów ze stwardnieniem rozsianym:

- Avonex® (interferon beta-la) - Biogen Idec Ltd
- Rebif® (interferon beta - la) - Merck Serono Europe Ltd
- Betaferon® (interferon beta - lb) - Bayer Pharma AG
- Extavia® (interferon beta-1 b) - Novartis Europharm Ltd
- Plegridy® (peginterferon beta-1 a) - Biogen Idec Ltd

Charakterystyki produktów leczniczych (ChPL) oraz ulotki dla pacjenta dotyczące produktów leczniczych: Avonex, Betaferon, Extavia i Rebif zostały uzupełnione o informacje na temat TMA i zespołu nerczycowego (patrz Aneks).

ChPL oraz ulotka dla pacjenta dotycząca produktu leczniczego Plegridy w momencie dopuszczenia produktu do obrotu zawierają ogólną informację na temat bezpieczeństwa stosowania produktu w odniesieniu do ryzyka wystąpienia TMA i zespołu nerczycowego. W celu zapewnienia pełnej zgodności z treścią informacji o produkcie ChPL oraz ulotka dla pacjenta będą dalej aktualizowane.

Wezwanie do zgłaszania działań niepożądanych

Fachowi pracownicy ochrony zdrowia powinni zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane związane ze stosowaniem produktów Avonex, Betaferon. Extavia, Rebif i Plegridy. Zgłoszenia należy kierować do przedstawicieli podmiotów odpowiedzialnych:

**Bayer Sp. z o. o.**
Katarzyna Roszkowska-Kranc
Lokalny Kierownik ds. Bezpieczeństwa Leków
Al. Jerozolimskie 158
02-326 Warszawa
tel. (22) 572 3846
tel. kom.: +48 668 227 990. +48 602 294 377
fax: (22) 572 38 50
e-mail: dsiciomspoland@)bayer.com

**Biogen Idec Poland Sp. z o.o.**
ul. Poleczki 35 02-822 Warszawa
tel: (22) 351 51 31, faks: (22) 351 51 01
e-mail: safetyp@biogenidec.com

**Merck Sp. z o.o.**
ul. Jutrzenki 137 02-231 Warszawa
Dział Medyczny
tel.: (22) 535 97 00 faks: (22) 535 97 61
e-mail: drugsafety@merck.pl

**Novartis Poland Sp. z o.o.**
ul. Marynarska 15
02-674 Warszawa
Dział Epidemiologii i Monitorowania Bezpieczeństwa Leków
tel: (22) 375 48 80, (22) 375 47 60, (22) 375 48 61
faks: (22) 375 47 50
e-mail: dse.poland@novartis.com

lub

Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobojczych. Al. Jerozolimskie 181 C, 02-222 Warszawa, tel. (22) 492 13 01, faks (22) 492 13 09, zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych w Polsce.

Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dostępny jest na stronic internetowej Urzędu http://dn.urpl.gov.pl/dn-zgloszenia-dzialan-niepozadanych lub stronach internetowych podmiotów odpowiedzialnych.

**Kontakt z odpowiednim podmiotem odpowiedzialnym**

Dane kontaktowe przedstawicieli podmiotów odpowiedzialnych, u których można uzyskać bardziej szczegółowe informacje o produktach leczniczych to:

**Bayer Sp. z o. o.**
lek. med. Borys Zarzycki
Dział Medyczny
Bayer Sp. z o. o.
Al. Jerozolimskie 158
02-326 Warszawa
tel.: +48 502 200 588
e-mail: borys.zarzycki@bayer

**Riogen Idec Poland Sp. z o.o.**
dr n. med. Piotr Paczwa Informacja Medyczna
Ul. Poleczki 35
02-822 Warszawa
Tel.: 668 360 458
e-mail: piotr.paczwa@biogenidec.com

**Merck Sp. o.o.**
lek. med. Jarosław Boczarski
Dział Medyczny
Merck Sp. z o.o.
ul. Jutrzenki 137
02-231 Warszawa
tel. +48 692 472 91 1
e-mail: Jaroslaw.Boczarski@merckgroup.com

**Novartis Poland Sp. z o.o.**
lek. med. Bernard Dżumaga
In formacja Medyczna
Novartis Poland Sp. z o.o.
ul. Marynarska 15,
02-674 Warszawa
Tel.: 48 663 874 850
e-mail : bernard.dzumaga@novartis.com

Znajdują się one także w charakterystykach produktów leczniczych i ulotkach dla pacjenta dostępnych na stronie: http://www.ema.europa.eu/ema/.

/podpisy/

**Aneks**

Poniżej przedstawione są zaktualizowane fragmenty tekstu charakterystyki produktu leczniczego dla produktów Avonex, Bctaferon, Extavia, i Rebif. Niniejszy tekst nie stanowi pełnej charakterystyki produktu leczniczego.

*Charakterystyka produktu leczniczego*

**4.4 Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania**

[...]

Mikroangiopatia zakrzepowa (ang. thromboiic microangiopathy. TMA)

Podczas leczenia interferonem beta zgłaszano przypadki TMA (w tym przypadki śmiertelne), występującej pod postacią zakrzepowej plamicy małopłytkowej (TTP) lub hemolitycznego zespołu mocznicowego (HUS). Zdarzenia zgłaszano w różnych okresach leczenia i mogą one występować po kilku tygodniach, a nawet kilku latach, od rozpoczęcia leczenia interferonem beta. Wczesne objawy kliniczne obejmują trombocytopenię, nowo rozpoznane nadciśnienie, gorączkę, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (np. splątanie i niedowład) i zaburzenie czynności nerek. Do wyników badań laboratoryjnych wskazujących na TMA należą: zmniejszona liczba płytek, podwyższone stężenie dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy wskutek hemolizy oraz obecność schistocytów (fragmentów erytrocytów) w rozmazie krwi. Dlatego w razie stwierdzenia klinicznych objawów TMA zaleca się wykonanie dodatkowych badań poziomu płytek, LDH w surowicy, rozmazu krwi i czynności nerek. W razie rozpoznania TMA, konieczne jest bezzwłoczne wdrożenie leczenia (w tym rozważenie wymiany osocza) i zalecane jest natychmiastowe odstawienie produktu <nazwa produktu>.

[…]

Zespół nerczycowy

Podczas leczenia produktami zawierającymi interferon beta zgłaszano przypadki zespołu nerczycowego wywołanego przez różne rodzaje nefropatii, w tym ogniskowe segmentalne stwardnienie kłębuszków nerkowych z zapadnięciem pętli włośniczkowych (ang. collapsing FSGS), zmianę minimalna (ang. MCD). błoniasto-rozplemowe kłębuszkowe zapalenie nerek (ang. MPGN) i mezangialne kłębuszkowe zapalenie nerek (ang. MGN). Zdarzenia te zgłaszano w różnych okresach w trakcie leczenia i mogą one występować po kilku latach stosowania interferonu beta. Zaleca się okresowe monitorowanie wczesnych objawów podmiotowych lub przedmiotowych, takich jak obrzęki, białkomocz czy zaburzona czynność nerek, zwłaszcza u pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia choroby nerek. Konieczne jest szybkie podjęcie leczenia zespołu nerczycowego i rozważenie przerwania leczenia produktem <nazwa produktu>.

[…]

**Punkt 4.8: Działania niepożądane**

[...]

Zaburzenia krwi i układu chłonnego

Rzadko: mikroangiopatia zakrzepowa, w tym zakrzepowa plamica małopłytkowa (‘FTP) lub hemolityczny zespół mocznicowy (HUS)*

*Dotyczy klasy produktów zawierających interferon beta (patrz punkt 4.4)

[...]

Zaburzenia nerek i dróg moczowych

Rzadko/niezbyt często[1] : zespół nerczycowy, stwardnienie kłębuszków nerkowych (patrz punkt 4.4)

1- Avonex, Plegridy i Rcbif: rzadko; Betaferon i Extavia: niezbyt często. Klasyfikacja częstości dla każdego produktu zawierającego interferon beta różni się w zależności od analiz/danych.

Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych
70-242 Szczecin, ul. Ks. Bogusława X 30
tel. (91) 432-98-64 * fax (91) 432-98-64
www.sipip.szczecin.pl , e-mail: szkolenia@sipip.szczecin.pl

## HARMONOGRAM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGOPIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

| Lp. | Rodzaj i dziedzina kursu | przewidywane terminy rozpoczęcia kursu |
|---|---|---|
| | **KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE** | |
| **1.** | „Przetaczanie krwi i jej składników” *(podstawowy)* dla pielęgniarek i położnych<br>„Przetaczanie krwi i jej składników” *(uzupełniający)* dla pielęgniarek i położnych | październik-grudzień<br>(realizacja na bieżąco) |
| **2.** | „Wybrane elementy pielęgniarstwa diabetologicznego” dla pielęgniarek i położnych | styczeń 2015r. |
| **3.** | „Pielęgnacja portów donaczyniowych i innych dojść dożylnych” dla pielęgniarek i położnych | w trakcie realizacji |
| | **KURSY SPECJALISTYCZNE** | |
| **1.** | „Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG” (03/07) dla pielęgniarek i położnych | luty 2015r. |
| **2.** | „Szczepienia ochronne” (09/08) dla pielęgniarek | w trakcie realizacji/ grudzień |
| **3.** | „Szczepienia ochronne noworodka” (04/08) dla położnych | w trakcie realizacji/ grudzień |
| **4.** | „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” (01/11) dla pielęgniarek i położnych | w trakcie realizacji/ styczeń 2015r. |
| **5.** | „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka” (NR 01/07) dla pielęgniarek i położnych | luty 2015r. |
| **6.** | „Techniki ciągłe pozaustrojowego oczyszczania krwi” (03/10) dla pielęgniarek | w trakcie realizacji |
| **7.** | „Leczenie ran” dla położnych | marzec 2015r. |
| **8.** | „Leczenie ran” dla pielęgniarek | marzec 2015r. |
| **9.** | „Wykonywanie konikopunkcji. Odbarczenie odmy prężnej oraz wykonywanie dojścia do szpikowego**”** (05/08) dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **10.** | „Wykonywanie i ocena testów skórnych” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **11.** | „Edukator w cukrzycy” (Nr 02/11) dla pielęgniarek i położnych | w trakcie realizacji |
| **12.** | „Żywienie enteralne i parenteralne” dla pielęgniarek | luty 2015r. |
| **13.** | „Prowadzenie porodu w wodzie” dla położnych | 24.10.2014r. |
| **14.** | „Endoskopia” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **15.** | „Podstawy dializoterapii” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **16.** | „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie” (nr 09/07) dla pielęgniarek i położnych | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **17.** | „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych” (nr 06/07) dla pielęgniarek i położnych | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **18.** | „Kurs specjalistyczny w zakresie opieki geriatrycznej dla pielęgniarek POZ” | w zależności od ilości zgłoszeń |

| | | |
|---|---|---|
| **19.** | „Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **20.** | „Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu” dla położnych | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **KURSY KWALIFIKACYJNE** | | |
| **1.** | „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki” dla pielęgniarek | 17.10.2014r. |
| **2.** | „Organizacja i zarządzanie” dla pielęgniarek i położnych | 17.10.2014r. |
| **3.** | „Pielęgniarstwo rodzinne” dla pielęgniarek | w trakcie realizacji |
| **4.** | „Pielęgniarstwo rodzinne” dla położnych | w trakcie realizacji |
| **5.** | „Pielęgniarstwo operacyjne” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **6.** | „Pielęgniarstwo pediatryczne” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **7.** | „Pielęgniarstwo chirurgiczne” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **8.** | „Pielęgniarstwo epidemiologiczne” dla pielęgniarek i położnych | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **9.** | „Pielęgniarstwo psychiatryczne” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **10.** | „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **11.** | „Pielęgniarstwo opieki paliatywnej” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **12.** | „Pielęgniarstwo kardiologiczne” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **13.** | „Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **14.** | „Pielęgniarstwo zachowawcze” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **15.** | „Pielęgniarstwo onkologiczne” dla pielęgniarek | w zależności od ilości zgłoszeń |
| **KURSY REALIZOWANE W RAMACH PROJEKTÓW UNIJNYCH:** | | |
| **1.** | **Kurs specjalistyczny „*Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego*”** *w ramach Projektu Systemowego Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa – współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki* | **I i II edycja - zakończona**<br>**III, IV,V edycja - w trakcie realizacji** |
| **2.** | **PAKIET** obejmujący kurs specjalistyczny **„Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” i kurs kwalifikacyjny w dziedzinie „Pielęgniarstwa ratunkowego”** *realizowany w ramach projektu systemowego „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego" współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.* | **I edycja w trakcie realizacji**<br>**II edycja rozpoczęcie 02.11.2014r.** |

## *SPECJALIZACJE w dziedzinie*

1. „Pielęgniarstwa epidemiologicznego" dla pielęgniarek i położnych **(w trakcie realizacji)**
2. „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki" dla pielęgniarek
3. „Pielęgniarstwa psychiatrycznego" dla pielęgniarek
4. „Pielęgniarstwa ratunkowego" dla pielęgniarek **(w trakcie realizacji)**
5. „Pielęgniarstwa chirurgicznego" dla pielęgniarek **(w trakcie realizacji)**
6. „Pielęgniarstwa operacyjnego" dla pielęgniarek
7. „Pielęgniarstwa neonatologiczne" dla pielęgniarek i położnych
8. „Pielęgniarstwa kardiologicznego" dla pielęgniarek
9. „Pielęgniarstwa pediatrycznego" dla pielęgniarek
10. „Pielęgniarstwa zachowawczego" dla pielęgniarek
11. „Pielęgniarstwa opieki paliatywnej" dla pielęgniarek
12. „Pielęgniarstwa geriatrycznego" dla pielęgniarek
13. „Pielęgniarstwa rodzinnego" dla pielęgniarek
14. „Pielęgniarstwa onkologicznego" dla pielęgniarek

## Zaproszono nas...

W dniu 14 sierpnia bieżącego roku odbyło się otwarcie nowo powstałej części Żłobka „Wróbelek" przy ul. Niedziałkowskiego w Szczecinie. Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych otrzymała zaproszenie i reprezentowała ją Sekretarz Rady – Helena Gąsior.

Już w progu witała wszystkich Pani Barbara Mielko - Dyrektor Żłobków Miejskich oraz Pani Urszula Karpowicz – Dyrektor tej placówki. Zaproszeni Goście tłumnie zjawili się na uroczystości, w tym Prezydent Miasta Szczecin – Piotr Krzystek, Przewodniczący Rady Jan Stopyra i wielu innych przedstawicieli władz miasta. Przecięcia wstęgi wraz z Prezydentem dokonały dzieci z najstarszej grupy żłobkowej. Były bardzo przejęte chwilą i ochoczo pomagały. Następnie głos zabrali Goście przypominając trudny czas budowy, a potem nastąpiły występy dzieci nagrodzone gromkimi brawami. Goście nie przyszli na uroczystość z pustymi rękami – prawie każdy przyniósł ze sobą jakiś upominek. Prezentem od SIPiP był ogromny, puchaty miś. Po części artystycznej nastąpiło zwiedzanie nowych pomieszczeń. Przestronne sale, sypialnie, dostosowane do potrzeb maluszków sanitariaty, place zabaw, ciekawe i bajecznie kolorowe zabawki. Placówka przyjmie dziewięćdziesięcioro dzieci.

A jak wygląda placówka – zapraszam do obejrzenia zdjęć na kolorowej wkładce!

PS.
Bardzo żałuję, że mój wnusio Antoś ukończył już edukację w żłobku „Wróbelek". W nowych pomieszczeniach pewnie bardzo by mu się podobało!

*Helena Gąsior*

## Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych

Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych tj.: zmiany nazwiska, zmiany adresu zamieszkania, zmiany miejsca pracy, ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.), informacje o zaprzestaniu wykonywania zawodu, informacje o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu, informacje o przejściu na rentę, czy emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada na nas ustawa z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust 2 pkt. 5 oraz ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r.w art. 46. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie, jednak nie później, niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w:

**Dziale Prawa Wykonywania Zawodu SIPiP w Szczecinie – tel. 91** 432 98 65.

**Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście lub pisemnie na adres biura:**

**Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Ks. Bogusława 30, 70-242 Szczecin.**

**WAŻNE!**

Informujemy, że na podstawie art.97 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r.(Dz. U. z 2011r., Nr 174, poz. 1039 ze zm.):

„…Osoby, które … ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej, które nie uzyskały prawa wykonywania … , a spełniają inne wymagania określone w art. 28 albo w art. 31 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r., Nr 174, poz. 1039 ze zm.), na podstawie art. 96 tejże ustawy osoby, które zobowiązane są do odbycia stażu podyplomowego, mogą uzyskać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej **pod warunkiem ukończenia stażu do dnia 1 stycznia 2015r**.

**Po upływie tego terminu prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa.**

## UWAGA NOWOŚĆ - KĄCIK KULINARNY! ....

### Zupa z dyni z klopsikami

Na głębokiej patelni na maśle zeszklić 2 cebule, dodać 2 marchewki pokrojone w plastry, 2 ziemniaki pokrojone w kostkę, potem dodać dynię – obraną i pokrojoną w kostkę.

NIE OBIERAMY DYNI HOKKAIDO!

Całość dusimy, żeby było miękkie.

W dużym garnku przygotowujemy bulion.

Jak wszystkie warzywa na patelni dojdą do miękkości, wrzucamy wszystko do bulionu. Do smaku solimy, dodajemy pieprz i gałkę muszkatołową.

Jak się pogotuje – ok. 20 min., wyłączamy i miksujemy blenderem na krem.

**KLOPSIKI**

Do gotującego się bulionu dodajemy klopsiki - ok. 4 sztuki białej surowej kiełbasy wyciskamy z osłonki i formujemy małe kuleczki, które wrzucamy do bulionu. Chwilę gotujemy, wyciągamy łyżką cedzakowatą, a potem do tego bulionu wrzucamy dynię z resztą warzyw (o czym powyżej).

Klopsiki dodajemy na końcu do zupy – kremu.

Doprawiamy i…… Jemy!!!

SMACZNEGO!!!!!!!!!!!!!!!!!!

*Przepis redaktora naczelnego biuletynu – Heleny Gąsior*

PS. Jeśli masz ciekawy przepis – napisz. Chętnie zamieścimy go w nowej rubryce! Zachęcamy do przesyłania na adres: **sekretarz@sipip.szczecin.pl**

*„Są chwile, które zmieniają wszystko,*
*Są słowa, które nie są w stanie wyrazić uczuć i myśli,*
*Zostają wspomnienia, które nigdy nie wyblakną;*
*Jest wiara, nadzieja i życie, które dalej trwa…”*

Drogiej Koleżance **Katarzynie Szlufik - Pawlukowskiej** z serca płynące szczere wyrazy współczucia z powodu
**śmierci Męża**
składają Naczelna Pielęgniarka, Pielęgniarka Koordynująca wraz z koleżankami, kolegą i współpracownikami ze Szpitala Św. Jerzego w Kamieniu Pomorskim

*„Umarłych wieczność dotąd trwa,*
*dokąd pamięcią im się płaci…”*
*Wisława Szymborska*

Koleżance **Wiesławie Niemczewskiej** wyrazy głębokiego współczucia z powodu
**śmierci Mamy**
składają koleżanki i koledzy z Kliniki Psychiatrii SPSK1 PUM w Szczecinie

*„Nikt z nas nie wie, kiedy świeca jego życia zgaśnie,*
*Pozostawiając bliskie osoby w otchłani rozpaczy...*
*Jedynie tylko pamięć o tych, co odeszli właśnie*
*Pozowala nam wiele zrozumieć i Bogu wybaczyć...”*
*H.G.*

Koleżance **Ewie Rozwadowskiej** szczere wyrazy współczucia z powodu
**śmierci Synowej**
składa Naczelny Pielęgniarz SPS ZOZ „Zdroje” Jan Ślęzak

*„Ci, którzy nas opuścili, nie odeszli,*
*są nadal z nami, są wciąż obecni, choć niewidzialni…”*

Koleżance **Ewie Rozwadowskiej** szczere wyrazy współczucia z powodu **zgonu Synowej**
składa personel z Izby Przyjęć SPS ZOZ „Zdroje” - Szpital przy ul. Wojciecha w Szczecinie

*„Za wcześnie, nie w porę, nie po naszej myśli,*
*to życie pisze scenariusz, jakiego nie chcemy.*
*I choć to , co za nami może się przyśnić,*
*to pewnych zdarzeń nic już nie zmieni…”*
*H.G.*

Pielęgniarce Oddziałowej – **mgr Anecie Szechter – Grycewicz** wyrazy głębokiego współczucia z powodu
**śmierci Taty**
składają pracownicy Oddziału Onkologii Klinicznej Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie.

*„Człowiek odchodzi, lecz miłość zostaje,*
*mimo wielkiej rozpaczy pozwala żyć dalej…”*

Drogiej Koleżance **Grażynie Kochanowskiej** z serca płynące wyrazy współczucia z powodu
**śmierci Mamy**
składają Kierownik oraz współpracownicy z ZOL SPS ZOZ „Zdroje”

*„Człowiek nigdy nie umiera,*
*w inny wymiar czasu przechodzi*
*i choć rozpacz serce rozdziera*
*musisz się z tym pogodzić…”*
*H.G*

Drogiej Koleżance **Zofii Rydzyńskiej** najszczersze wyrazy współczucia z powodu
**śmierci Siostrzenicy Kasi Ruszkowskiej** – Pielęgniarki zatrudnionej w NZOZ „Podgórna” składają Kierownik oraz współpracownicy z ZOL SPS ZOZ „Zdroje”

*„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,*
*aż po niezmierzony czas…*
*A wspomnień nam nikt nie odbierze.*
*Zawsze będą z nami.”*

Koleżance **Honoracie Biegańskiej** wyrazy szczerego współczucia z powodu
**śmierci Męża**
składają Naczelna Pielęgniarka, Pielęgniarka Przełożona Przychodni wraz z całym zespołem pielęgniarek i położnych ze 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

*Życie jest jak płatek śniegu*
*Ginie, gdy ciepło dłoni poczuje*
*Nie zdołasz odwrócić jego biegu,*
*Kiedy w inny wymiar już żeglujesz…*
*H.G.*

Koleżance **Barbarze Białoskórskiej** z serca płynące kondolencje z powodu
**śmierci Taty**
składają Pielęgniarka Oddziałowa wraz z zespołem z Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego SPS ZOZ „Zdroje”

*„Wszystko ma swój czas i jest wyznaczona godzina*
*Na wszystkie sprawy pod niebem*
*Jest czas rodzenia i czas umierania”*
*Księga Koheleta*

Wyrazy głębokiego współczucia Koleżance **Beacie Howorskiej** z powodu **śmierci Ojca**
składają koleżanki pielęgniarki i położne ze Szpitala Barlinek Sp. z o.o.

*„Umarłych wieczność dotąd trwa,*
*dokąd pamięcią im się płaci…”*
*Wisława Szymborska*

Wyrazy głębokiego współczucia Koleżance **Iwonie Parniewicz** z powodu **śmierci Ojca**
składają koleżanki pielęgniarki i położne ze Szpitala Barlinek Sp. z o.o.

*„Spieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą*
*zostaną po nich buty i telefon głuchy....*
*Potem cisza normalna więc całkiem nieznośna..”*

Powyższe fragmenty znanego wiersza ks. Jana Twardowskiego zostały przypomniane podczas pogrzebu nieodżałowanej pielęgniarki

**Ś.P. TERESY MARTYNIAK [ 1957 – 2014 ],**

która odeszła od nas zbyt wcześnie, przegrywając pięknie i godnie z ciężką chorobą. Jako lekarz dane mi było ponad 10 lat współpracować z Panią Teresą w przychodni w Golczewie. Wprawdzie specjalizowała się głównie wokół dzieci i punktu szczepień, swoim uśmiechem i życzliwością dodając otuchy najmłodszym pacjentom, ale zdarzało się niekiedy że działaliśmy razem, gdy pomagała mi przy chorych dorosłych, zwłaszcza tych najstarszych. Pamiętam szczególnie pierwszy wspólny dyżur, to były jeszcze czasy dla POZ łaskawsze i spokojniejsze, przyjmowaliśmy w sobotnie, jesienne popołudnie. Od początku udowadniała, że jest pielęgniarką bardzo ambitną, sprawną organizacyjnie, doskonale radzącą sobie z czynnościami, których na co dzień zazwyczaj nie wykonywała (choćby badania ekg, wówczas zlecałem je dość często). Miłą atmosferę dopełniło…. upieczone przez Nią pyszne ciasto. Podczas krótkiej przerwy dowiedziałem się, że ukończyła to samo co ja liceum w Kamieniu Pomorskim, więc nieco powspominaliśmy.

A później…. kolejne normalne dni, normalna praca. Niekiedy prosiła mnie o pomoc medyczną dla męża, syna, teściów, znajomych, zawsze zatroskana o innych, najmniej o siebie….

Ja też nieraz prosiłem Panią Teresę o załatwienie szczepionki przeciw WZW dla niektórych pacjentów dializowanych w Gryficach (to moje główne miejsce pracy). Często ci biedni chorzy mieli z tym problemy i utrudnienia biurokratyczne w innych placówkach – w Golczewie było przyjaźniej i życzliwiej! W przypadku wątpliwości – Ona sama dowiadywała się od osób kompetentnych w Inspekcji Sanitarnej, odciążając mnie od uciążliwych formalności i zabiegań.

Niestety - niedawno potrzebowałem znów dobrej rady, odruchowo wybierając numer telefonu komórkowego Pani Teresy - ….. i jak u księdza Twardowskiego „pozostał telefon głuchy”

Może na koniec jeszcze jedna refleksja ze wspomnianego wiersza. Podczas uroczystości pogrzebowych pięknie pożegnał swoją pracownicę dyrektor SP ZOZ w Golczewie dr Andrzej Radecki. Przyznał, że ma odczucie, iż pielęgniarka opuściła naszą przychodnię i nasz zespół tylko na chwilę, że zaraz wróci. Przecież była z nami jeszcze nie tak dawno, prawie do końca, nie poddawała się chorobie pomimo cierpienia i uciążliwości, chociaż nie musiała, to bardzo chciała być pośród koleżanek i chorych. A teraz…. „cisza normalna, więc całkiem nieznośna”. A chociaż świat kręci się dalej i podobno nie ma ludzi niezastąpionych to… bez Pani Tereski nie będzie już nigdy tak samo!

*Ireneusz Mazurski*

## Bogusława Małgorzata Reszko - Szydłowska

Od 26 lat jestem pielęgniarką. Choć moje doświadczenie zawodowe opiera się głównie na wykonywaniu pracy w charakterze pielęgniarki, posiadam także inne doświadczenia zawodowe tj. : praca w Dziale Administracji Szpitala w Zdunowie, praca w Poradni Stomatologicznej, a także pełnienie funkcji Kierownika Obiektu (w ramach usługi outsourcingowej dotyczącej grupy zawodowej salowych w Szpitalu w Zdunowie).

Moje życie zawodowe łączy się z działalnością społeczną głównie w Związkach Zawodowych. Obecnie jestem działaczem Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, w tym członkiem Zarządu Regionu Zachodniopomorskiego oraz Przewodniczącą Zakładowej Organizacji Związkowej. Czynnie działam w Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych, w której jestem Wiceprzewodniczącą Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Dodatkowo jestem członkiem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych.

Moje różnorodne zainteresowania są widoczne w profilach mojego kształcenia. Poza wykształceniem pielęgniarskim, tj.: ukończonym licencjacie pielęgniarstwa, specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego oraz licznych kursów i szkoleń zawodowych, jestem magistrem politologii z ukończoną specjalizacją z zakresu wywiadu konkurencyjnego. Ukończyłam licencjat w zakresie administracji publicznej, a także posiadam ukończone studia podyplomowe w zakresie: Zdrowie publiczne marketing i zarządzanie w ochronie zdrowia. Zdobywając wykształcenie w różnych kierunkach, moje zainteresowania zawsze były skierowane na różne aspekty resoru zdrowia.

Prywatnie Urodziłam się w 1968 r. w Połczynie – Zdroju, w którym nadal mieszkają moi rodzice. Od 1988 r. mieszkam i pracuję w Szczecinie. Jestem mężatką oraz mamą Halszki i Oskara.

Mając na uwadze dobro środowiska pielęgniarek i położnych oraz pacjentów, przy których jesteśmy najbliżej, zdecydowałam się kandydować na urząd Radnego Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego z listy SLD. Pomimo różnorodnej działalności społecznej, działalność na płaszczyźnie politycznej jest dla mnie nowym doświadczeniem i wyzwaniem.

## Krystyna Smolarek

Radna Rady Miejskiej w Stargardzie Szczecińskim, członek Rady Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, pomysłodawczyni powstania w tym mieście Klubu Dyskusyjnego Pielęgniarek i Położnych.

W ramach działalności Klubu szerzymy profilaktykę i promocję zdrowia wśród lokalnej społeczności, aktywnie uczestniczymy w ważnych wydarzeniach miasta. Przekazujemy wiedzę o zdrowym stylu życia, bierzemy udział w corocznym Marszu Seniora, propagujemy Nordic Walking, który osobiście codziennie uprawiam. Wykonujemy badania poziomu cukru, mierzymy ciśnienie krwi.

Od ponad 20-tu lat działam w Samorządzie pielęgniarek i położnych i jestem bardzo dumna z przynależności zawodowej. Moim największym sukcesem jest moja Rodzina – mąż Tadeusz, dorosłe córki i piątka wspaniałych wnucząt. Udało mi się osiągnąć równowagę pomiędzy życiem rodzinnym a pracą społeczną. Przez 40 lat pracy zawodowej obserwowałam przemiany, jakie dokonywały się w naszym mieście i służbie zdrowia z perspektywy Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim. Przeszłam wszelkie szczeble kariery zawodowej – od położnej do stanowiska Naczelnej Pielęgniarki. W chwili obecnej jestem na emeryturze.

Moim mottem życiowym jest: *„Życie ma sens, gdy pomagam innym”.*

Jestem bardzo wyczulona na potrzeby drugiego człowieka – to określiło mnie i sprawiło, że stałam się, kim jestem. Bogate doświadczenie, znajomość problematyki społecznej i służby zdrowia – to moje największe atuty. Cechuje mnie duża odpowiedzialność za siebie i innych. W bieżącym roku zgłosiłam wniosek do Budżetu Obywatelskiego, którego realizacja może wpłynąć na podniesienie bezpieczeństwa mieszkańców w centrum miasta. Każdego dnia, kiedy widzę naszych mieszkańców w starszym wieku, potrzebujących pomocy, powraca do mnie myśl, że w Stargardzie potrzebujemy zarówno Zakładu Opiekuńczo – Pielęgnacyjnego, jak i Domu Spokojnej Starości. Ci ludzie zasługują na profesjonalną opiekę i godną jesień życia. Chcę o nich powalczyć!

Chciałabym dalej służyć mieszkańcom naszego miasta jako Radna w obszarze zdrowia i spraw społecznych. Proszę o Państwa głos – Okręg 19.

*Krystyna Smolarek*