

MIESIĘCZNIK **BIULETYN**
INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Dzień Pielęgniarki i Położnej - Teatr 12 maja 2012r

Maj 2012r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

SPOTKANIE PEŁNOMOCNIKÓW PRZEDSTAWICIELI ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH I PIP W CZĘSTOCHOWIE OIPIP 16 kwietnia 2012 roku



W NUMERZE:

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej	1
Departament Pielęgniarek	3
Uchwały Prezydium	4
Kalendarium	4
Opinie konsultantów	5
Gazeta Prawna	7
Szkolenia	9
Informacje	11
Prace autorskie	14
Informacje	18

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

Adres Redakcji:

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

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

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czyst.pl

sekretariat@oipip.czyst.pl
www.oipip.czyst.pl

MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piąza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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

8 maja – Dzień Położnej 12 maja - Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki

8 maja – to dzień, w którym położne w Polsce obchodzą swoje święto – **Dzień Położnej**, w rocznicę urodzin wielkiej postaci polskiego położnictwa Stanisławy Leszczyńskiej, która uwięziona w niemieckim obozie koncentracyjnym Auschwitz II – Birkenau (jako więzień nr 41335), pełniła tam funkcję położnej.

12 maja został przez Światową Organizację Zdrowia ustanowiony **Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki**. Tego dnia bowiem we Florencji urodziła się najslawniejsza na świecie pielęgniarka – Florence Nightingale, uważana jest za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa.

Pielęgniarstwo i położnictwo - to profesje szczególne.

Zawody, których przedstawiciele towarzyszą każdemu z nas od chwili narodzin aż do schyłku życia. Wymagające: profesjonalizmu, na który składa się doskonałe przygotowanie merytoryczne, systematycznego podnoszenie kwalifikacji, ale też, jak w rzadko którym zawodzie – posiadania określonych cech charakteru, które bez względu na okoliczności pozwalają działać na rzecz ludzi chorych, niepełnosprawnych, bezbronnych, wymagających pielęgnacji, ale i wsparcia w niewyobrażalnym niekiedy cierpieniu.

W tym roku hasłem obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, zgodnie z ustaleniem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, jest **„Niwelowanie różnic – zwiększanie równości w dostępie do opieki medycznej”**. To hasło znakomicie wpisuje się w kierunki polityki zdrowotnej w Polsce, jako że celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015 jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności, a dla jego osiągnięcia prowadzone są działania w kierunku zmniejszenia różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia ma na celu wydłużenie trwania życia i jego dobrej jakości, a rola pielęgniarek i położnych jest tu ogromna. Prowadzenie edukacji zdrowotnej i kampanii informacyjnych w środowiskach lokalnych, w szkołach, z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjnych. Rozpoznawanie, szczególnie przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, potrzeb społecznych i docieranie do tych wszystkich osób, które z różnych powodów mają ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. Pamiętajmy też o tym, że w sytuacji starzenia się społeczeństw i problemów z tym związanych, musi być miejsce na zapewnienie godziwej opieki osobom przewlekle chorym.

Co roku na całym świecie w dniu urodzin „Pani z lampą” prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa tj. dzień 12 maja, obchodzony jest **Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki**, który został ustanowiony w 1973 roku na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Meksyku.

Życzę każdej pielęgniarence, aby szczególnie tego dnia przeżyła chwilę niezłomnej pewności, że tylko w tym miejscu, w tym zawodzie jest sobą.

Co roku również w Polsce w dniu urodzin Stanisławy Leszczyńskiej tj. dzień 8 maja obchodzony jest Dzień Położnej. Życzę każdej położnej, aby w tym dniu czuła, że zawód który wykonuje to zawód pełen czułości, oddania i poświęcenia dający satysfakcję i zadowolenie.



Pani z lampą XXI wieku

Florence Nightingale (urodzona 1820- zmarła 1910) - urodziła się we Florencji, w zamożnej, arystokratycznej rodzinie angielskiej. Otrzymała wszechstronne wykształcenie: studiowała starożytność, biegle władała czterema językami.

W wieku 25 lat oznajmiła rodzicom, że chce zostać pielęgniarką. Rodzice byli temu nieprzychylni, ponieważ w dawnych czasach, pielęgniarstwem zajmowały się, nie licząc zakonnic, głównie kobiety z marginesu społecznego, warunki pracy były zaś tak ciężkie, że angielskie sądy chętnie zamieniały karę więzienia na pracę w szpitalu. Pierwszy punkt ówczesnego regulaminu szpitalnego dla pielęgniarek poutczał: "Zabrania się wyrzucania przez okna kości i łachmanów (...)".

Florence zrezygnowała z małżeństwa i została przełożoną zakładu dla chorych dam z towarzystwa. Gdy wybuchła wojna krymska Nightingale udała się na front razem z ochotniczkami. W 1856 roku Florence wróciła do Anglii jako bohaterka narodowa.

W 1860 roku Nightingale, dzięki zebranych funduszom przez wdzięcznych żołnierzy, założyła pierwszą świecką szkołę pielęgniarek przy Szpitalu św. Tomasza w Londynie.

Czuwała, by kształcenie odbywało się ściśle wg jej zaleceń i programu. Dwie najważniejsze zasady funkcjonowania szkoły brzmiały:

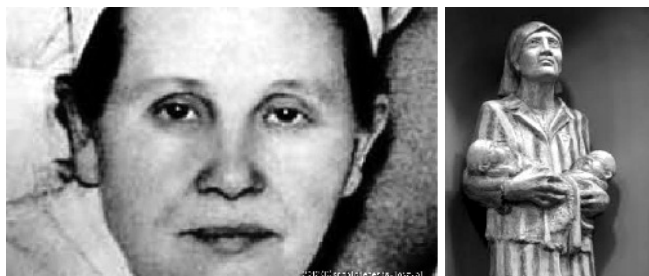
- 1. Pielęgniarki powinny być technicznie wyszkolone w specjalnie do tego celu zorganizowanych szpitalach.**
- 2. Pielęgniarki powinny mieszkać w internatach, aby można było czuwać nad ich moralnością i karnością.**

Przez wiele lat szkoła nie wydawała absolwentkom żadnych świadectw, a jedynie zapisywano ich nazwiska w specjalnym wykazie. Zdaniem F. Nightingale, miało to - "w razie złego prowadzenia się" - zapobiegać nadużywaniu dyplomu.

Idea pielęgniarstwa szybko rozchodzi się po całym Świecie. Przełom wieku XIX i XX przynosi ogromny rozwój zawodu, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, gdzie powstają liczne szkoły, a wykształcone w nich pielęgniarki przekazują dalej swoją wiedzę i zaangażowanie, organizując kursy i szkoły dla pielęgniarek w różnych krajach, w tym w Polsce.

W 1904 r. Florence Nightingale nadano tytuł "Lady of Grace" orderu św. Jana Jerozolimskiego, a w 1907 r. najwyższe odznaczenie - Order Zasługi "of Merit". Umiera w wieku 90 lat, otoczona powszechnym szacunkiem i uznaniem.

W 1912 r. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża ustanowił Medal im. Florence Nightingale. To najwyższe i najbardziej zaszczytne odznaczenie pielęgniarckie jest przyznawane co 2 lata za wybitną działalność zawodową i humanitarną, bohaterską postawę w czasie działań wojennych i klęsk żywiołowych, a także za szczególne zasługi organizacyjne.



Położna z Oświęcimia

Stanisława Leszczyńska urodzona 8 maja 1896 w Łodzi, zmarła 11 marca 1974

Stanisława Leszczyńska, położna, została aresztowana 17 kwietnia 1943 roku wraz z córką Sylwią i przewieziona do obozu Oświęcim-Brzezinka, gdzie otrzymała nr 41335. W swoim „Raporcie położnej z Oświęcimia” oraz w życiorysie napisanym kilka miesięcy przed śmiercią, wspomina: „Wychowałam się w trudnych warunkach, gdyż ojciec został zabrany do wojska, a matka pracowała w łódzkiej fabryce, przebywając czternaście godzin poza domem. Przez trzydzieści osiem lat pracowałam jako położna, z tego dwa lata w Oświęcimiu-Brzezince. W napływających transportach więźniów wiele było kobiet ciężarnych. Pracowałam dzień i noc w najokropniejszych warunkach, gdzie pełno było brudu, robactwa i chorób zakaźnych. Brak było wody do obmycia matki i noworodka; nie było materiałów opatrunkowych ani leków. Porody odbywały się na zbudowanym z cegieł piecu w kształcie kanału. Kobiety leżały na gołych deskach, których ostre kanty odgniatały ciało. Bardzo kochałam małe dzieci. Pracowałam z modlitwą na ustach, dlatego nie miałam żadnego przypadku zakażenia. Wszystkie groźne sytuacje kończyły się zawsze szczęśliwie. Odebrałam ponad trzy tysiące porodów – obóz przeżyło tylko trzydzieścioro dzieci”.

Jej wielkość polega na tym, że ludziom skazanym na zagładę, wtrąconym na dno nędzy i poniżenia, przywracała człowieczeństwo. Nie żyła dla siebie; oddała siebie na służbę matce i dziecku bez reszty, nie myśląc o osobistym szczęściu, do którego każdy człowiek ma prawo. Z odwagą i męstwem szła przez życie pełną poświęcenia, bolejąca nad nędzą ludzką i dolą sierot. Więźniarki oświęcimskie nadały jej najpiękniejsze imię – Matka.

Stanisława Leszczyńska „Liczyła każdą chwilę, aby jej nie zmarnować. Od rana do nocy miała ręce pełne roboty. Dla chorych miała zawsze uśmiech na twarzy, życzliwe słowo, czułe spojrzenie. To człowiek o wielkim sercu, kryształowym charakterze, pełna dobroci i litości”.

Leszczyńska w tamtym okrutnym świecie była wyjątkową osobowością. Wystarczyło spojrzeć jej w oczy, a wiedziało się – to jest człowiek. Nikogo nie oskarżała, wszystkich broniła. Po wyjściu z obozu zamieszkała w Łodzi, gdzie kościół Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny był jej ulubioną świątynią.

W 1973 roku stan jej zdrowia znacząco się pogorszył. Zmarła 11 marca 1974 r., a jej pogrzeb odbył się na cmentarzu św. Rocha na Radogoszczu w Łodzi.

Od 1992 roku archidiecezja łódzka prowadzi proces beatyfikacyjny Stanisławy Leszczyńskiej. Działa także wspierający matki Fundusz Ochrony Macierzyństwa im. Stanisławy Leszczyńskiej. „Położna z Oświęcimia” jest również patronką łódzkiego Domu Samotnej Matki.

W setną rocznicę urodzin Stanisławy Leszczyńskiej (w 1996 roku) jej szczątki zostały przeniesione z cmentarza do kościoła Wniebowzięcia NMP, w którym została ochrzczona. W każdy

wtorek odbywają się tam nabożeństwa w intencji szczęśliwych porodów.

3 maja 1982 roku pielęgniarki złożyły na Jasnej Górze wotum za 600 lat obecności Cudownego Obrazu. Był nim „Kielich Życia i Przemiany Narodu” – wykonany ze złota kielich mszalny, zdobiony czterema figurami z kości słoniowej – królowej Jadwigi Andegaweńskiej, królowej Jadwigi Trzebnickiej, siostry Marii Teresy Ledóchowskiej i właśnie Stanisławy Leszczyńskiej (w czepku i szpitalnych chodakach, trzymając noworodka). Te cztery postacie zostały wybrane jako najważniejsze kobiety w historii chrześcijaństwa w Polsce.

„Raport położnej z Oświęcimia” Stanisławy Leszczyńskiej Alina Nowak przerobiła na „Oratorium oświęcimskie”. To wstrząsający dokument o losie matek i dzieci urodzonych w obozie. Wielkie memento, które wstrząsnąć musi sumieniem wszystkich ludzi, aby poznali, że trzeba ratować każde życie ludzkie, bronić praw bezbronnych dzieci, zachować człowieczeństwo w najbardziej groźnych sytuacjach życiowych. Alina Nowak, autorka wspomnień pt. „Była dla nas matką”, tak pisze: „Słów Leszczyńskiej – nigdy nie wolno zabijać dzieci – nie mogą nie słyszeć matki ciężarne, pracownicy służby zdrowia, przedstawiciele prawa, nawet duchowni. Jeżeli epoka nie usłyszysz tych słów i nie zrozumie ich treści, zginie”.

Dziś, w przyszłości i zawsze zwyciężyć musi człowiek i to, co w nim jest najlepsze. ■

Bp Stefan Regmunt biskup zielonogórsko-gorzowski

Zielona Góra, 12 maja 2012r

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych wszystkim Paniom Pielęgniarkom, Panom Pielęgniarzom i Położnym pragnę przekazać moje najlepsze życzenia i podziękować za piękne świadectwo codziennej ofiarnej posługi chorym.

Powołaniem pielęgniarek i położnych jest czynienie dobra na rzecz drugiego człowieka, wspieranie go w chorobie i niesienie ulgi w bólu i cierpieniu. Służba chorym wymaga wyjątkowych predyspozycji, wrażliwości na cierpienie, umiejętności współczucia i pocieszania, otwartości, wrażliwości, delikatności, a jednocześnie wewnętrznej siły, zdecydowania i dużej odporności psychicznej. Jak przypomnieli Ojciec Święty Benedykt XVI: „Powinniście się czuć świadkami bezgranicznej miłości Boga do wszystkich, którzy doznają cierpień cielesnych bądź duchowych”.

Mam świadomość, że obecna sytuacja służby zdrowia w Polsce nie daje poczucia bezpieczeństwa i nie gwarantuje stabilnej sytuacji zawodowej, a tym samym nie ułatwia wykonywania codziennych obowiązków. Z odpowiedzialną, ofiarną troską o chorych łączy się ponadto zmęczenie fizyczne, stres i pośpiech, które wyczerpują siły. Ważne, aby pamiętać, że przeżywane z wiarą i ofiarowane Chrystusowi mogą stać się darem bezinteresownej miłości i służby człowiekowi, który jest częścią właściwie wypełnianego powołania.

Życzę, aby przykład twórczyni pielęgniarstwa, Florencji Nightingale i wielu świętych, którzy – jak chociażby bł. Matka Teresa z Kalkuty – poświęcili się służbie chorym i cierpiącym umacniał w pełnym miłości wypełnianiu powierzonych obowiązków i zadań. Życzę również, aby coraz bardziej



przybliżali się Państwo do Chrystusa, który sam obarczył się cierpieniem człowieka.

Całe środowisko Pielęgniarek, Pielęgniarzy i Położnych ogarniam swoją modlitwą. Niech dobry Bóg błogosławi na codzienną służbę bliźnim. Polecam Państwa również opiece Matki Najświętszej. ■

Z pasterskim błogosławieństwem
+ Stefan Regmunt
Przewodniczący Zespołu KEP
d/s Duszpasterstwa Służby Zdrowia

Pielęgniarki, Położne, Pielęgniarze i Położni

Maj jest miesiącem, w którym dwa dni poświęcone są naszym grupom zawodowym, czyli Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej. Przyjmijcie więc Państwo moje serdeczne życzenia.

Mam nadzieję, że nasze zawodowe zaangażowanie, oparte na fundamentalnych wartościach, wpłynie na rozwój pielęgniarstwa, jakość opieki pielęgniarskiej i satysfakcję z dobrze realizowanej roli zawodowej na rzecz drugiego człowieka.

Życzę Państwu wszelkiej pomyślności, satysfakcji z osiągnięć zawodowych, ludzkiej życzliwości, zdrowia oraz sił do dalszej pracy, uznania pacjentów i docenienia przez przełożonych.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Rogala-Pawelczyk



Departament Pielęgniarek



MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, 2012.04.16
Departament Pielęgniarek i Położnych

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

Uprzejmie informujemy, iż w latach 2012 - 2015 realizowany będzie przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego projekt systemowy pn. Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Celem projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. Założeniem projektu jest, aby jego realizacja przyczyniła się do wzrostu świadomości społeczeństwa, w tym kadr medycznych oraz osób odpowiedzialnych za realizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych na temat potrzeby sprawowania kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Wsparciem w ramach projektu objęci zostaną lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, **pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej**, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni oraz terapeuci środowiskowi.

Termin rozpoczęcia szkoleń to II połowa bieżącego roku. Wykonawcy szkoleń zostaną wyłonieni w drodze zamówienia publicznego.

Szkolenia poszczególnych grup zawodowych realizowane będą na podstawie programów kształcenia opracowanych w ramach projektu przez zespoły ekspertów powołane w ramach

Zespołu ds. gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Przewidywana długość szkolenia to 40 godzin zajęć teoretyczno-praktycznych realizowana w trakcie 2 zjazdów, trwających po 3 dni każdy.

Szkolenia będą bezpłatne dla uczestników. Ich koszt pokrywany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Dodatkowo, uczestnicy otrzymają wsparcie w postaci zwrotu kosztów zakwaterowania i dojazdu na szkolenie.

Projekt jest przedsięwzięciem ogólnopolskim. Jego wartość wynosi ponad 22 mln złotych.

W związku z powyższym zwracamy się z prośbą o rozpowszechnienie tej informacji wśród członków Izby. Jednocześnie informujemy, iż dla potrzeb projektu zostanie uruchomiona kampania medialno-promocyjna. Jako jej pierwszy element powstanie niebawem specjalna strona internetowa na której będą umieszczone wszelkie informacje. Jej adres prześlemy Państwu natychmiast po jej uruchomieniu. ■

z poważaniem
Z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 11 kwietnia 2012 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 5.000,00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla dziesięciu pielęgniarek za kurs kwalifikacyjny „Anestezjologia i Intensywna Opieka”.
- Wykreślono z rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę z powodu zgonu.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla jednej pielęgniarki na kwotę 2.000,00 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i wpisano do rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną położną.
- Stwierdzono posiadanie przez dwie pielęgniarki kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- Skierowano na Ogólnopolskie Szkolenie Członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Sekretarzy Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych Przewodniczącą ORPiP i Sekretarza ORPiP.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki trzem pielęgniarkom wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.
- Wpisano do rejestru członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Wpisano do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych pod numerem 7/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Zakład Doskonalenia Zawodowego w Katowicach. Rodzaj i dziedzina kształcenia: kurs specjalistyczny „Leczenie ran” (Nr 12/07)- program przeznaczony dla położnych.
- Wpisano do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych pod numerem 8/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Zakład Doskonalenia Zawodowego w Katowicach. Rodzaj i dziedzina kształcenia: kurs specjalistyczny „Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych” - program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych.
- Wpisano do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych pod numerem 9/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Agencja Usług Oświatowych „OmniBus” Sp. z o. o. Rodzaj i dziedzina kształcenia: szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo chirurgiczne” - program przeznaczony dla pielęgniarek.
- Wpisano do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych pod numerem 10/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Agencja Usług Oświatowych „OmniBus” Sp. z o. o. Rodzaj i dziedzina kształcenia: szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo psychiatryczne” - program przeznaczony dla pielęgniarek ■

Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 25 kwietnia 2012 roku

- Wykreślono z rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę z powodu przeniesienia się no obszar działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla jednej pielęgniarki w kwocie 2.000, 00 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Stwierdzono posiadanie przez dwie położne kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki trzem pielęgniarkom wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.
- Wpisano do rejestru członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Zatwierdzono przeznaczenie środków z funduszu „Pozostałe wydatki” na dwa spektakle teatralne z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej w dniu 12 maja 2012 roku. ■

KALENDARIUM od 12.05 - 30.05.2012 roku

12.05.2012r. W Teatrze im. Adama Mickiewicza odbyły się uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej. Pielęgniarki, położne oraz zaproszeni goście obejrzeli spektakl pt. „Niech żyje bał” Agnieszki Osieckiej.

17.05.2012r. W Szpitalu Powiatowym w Myszkowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne”, kurs dla pielęgniarek.

19.05.2012r. W Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki”.

19.05.2012r. W Akademii Polonijnej odbyło się uroczyste wręczenie czterdziestu sześciu dyplomów ukończenia studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo.

22.05.2012r W siedzibie OIPiP odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Leczenie ran”.

28-31.05.2012r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia przy NIPiP oraz w Posiedzeniu NRPiP w Jachrance.

29.05.2012r. W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie robocze Zespołu ds. opieki długoterminowej i hospicyjnej.

29.05.2012r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

30.05.2012r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

30.05.2012r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



mgr Jolanta Kolasińska
Konsultant Wojewódzki w dz. Pielęgniarstwa

OPINIA W SPRAWIE WYKONYWANIA PRZEZ PIEŁĘGNIARKI PŁUKANIA ŻOŁĄDKA.

Wrocław 22.07.2011 r.

Opinia wydana na podstawie Ustawy o zawodach piel. i poł. obowiązującej do końca 2011 roku.

Podstawowym aktem prawnym regulującym wykonywanie zawodu pielęgniarki jest Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 151, poz. 1217 z 2009 r.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. 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). W ustawie określone zostały kompetencje pielęgniarki.

Art. 4.1. ustawy o zawodach mówi, że „Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Wskazane w cytowanym artykule funkcje zawodowe pielęgniarki realizowane w ramach fachowej opieki są zadaniami samodzielnymi, współzależnymi lub zależnymi od decyzji innych członków zespołu terapeutycznego. Udział pielęgniarki w leczeniu, funkcja terapeutyczna jest zgodnie z, polskim prawodawstwem zależna od decyzji lekarza.

Wskazane powyżej Rozporządzenie Ministra Zdrowia w 1.1, punk 3.c. uprawnia pielęgniarki do samodzielnego (bez zlecenia lekarskiego) wykonywania świadczeń leczniczych obejmujących zakładanie zgłębnika do żołądka i odbarczenie treści.

Płukanie żołądka jest jednak zabiegiem obciążonym wieloma przeciwwskazaniami. Występuje również szereg powikłań po wykonaniu płukania żołądka. Z uwagi na niebezpieczeństwo zagrożenia dla życia pacjenta zaleca się wykonywanie płukania żołądka wyłącznie w warunkach placówki ochrony zdrowia. Warto zwrócić uwagę, że pielęgniarki, czynności lecznicze (funkcja terapeutyczna) w warunkach placówki ochrony zdrowia, realizują wyłącznie na pisemne zlecenie lekarskie.

Zgodnie z art. 45 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. nr 226, poz. 1943 z 2005 r.) za zlecenie lekarskie odpowiedzialność ponosi lekarz. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność jedynie za prawidłowe wykonanie tego zlecenia.

Art. 22 p. 4 i 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, że: 1. Pielęgniarka, położna zobowiązana jest do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej.

W związku z powyższym, należy stwierdzić, że pielęgniarka płukanie żołądka może wykonać wyłącznie na wyraźne pisemne zlecenie lekarza.

Zlecenie lekarskie powinno precyzować sposób wykonania a w szczególności powinno określać szczególne sposoby przygotowania pacjenta do zabiegu (konieczność intubacji, unieruchomienia), drogę wprowadzenia zgłębnika, skład płynu używanego do płukania, rozmiar zgłębnika, objętość płynu wprowadzanego jednorazowo do żołądka.

Warto również zwrócić uwagę, że art. 22 punkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej daje pielęgniarcie prawną

możliwość odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, pod warunkiem podania przyczyny na piśmie. Przyczyna odmowy powinna być jednak istotna.

Reasumując pielęgniarka może wykonać w warunkach placówki ochrony zdrowia, na wyraźne pisemne zlecenie lekarskie, płukanie żołądka zgodnie ze wskazówkami zawartymi w zleceniu. ■

Dorota Milecka

Konsultant woj. w dziedzinie piel. pediatricznego

OPINIA W SPRAWIE UDZIAŁU PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA W OPIECE NAD DZIECKIEM CHORYM NA CUKRZYCĘ W SZKOLE.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia dziecka chorego na cukrzycę tj. objawów hipo lub hiperglikemii powinna tak jak w każdym przypadku nagłego zachorowania, urazu lub zatrucia udzielić pomocy przedlekarskiej.

W przypadku dziecka chorego na cukrzycę niezbędna jest ocena poziomu cukru (jeśli jest to możliwe) oraz postępowanie w zależności od przyczyny nagłego pogorszenia się stanu zdrowia, w tym także doraźna modyfikacja stałej dawki leczniczej insuliny krótkodziałającej (w tym przypadku pielęgniarka informuje, bez zbędnej zwłoki, lekarza o samodzielnym wykonaniu wyżej wymienionego świadczenia). Takie samo postępowanie obowiązuje każdą osobę, która sprawuje bezpośrednią opiekę nad dzieckiem - nauczyciela /wychowawcę.

O każdym wypadku czy zachorowaniu, które ma miejsce na terenie szkoły, pielęgniarka (jeśli zdarzenie będzie w obecności pielęgniarki) powinna zawiadomić niezwłocznie:

- rodziców (opiekunów) ucznia;
- Dyrektora szkoły, ewentualnie wychowawcę

Każdy wypadek czy nagłe zachorowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji - „Karcie zdrowia ucznia” a także w „Zeszycie porad ambulatoryjnych”.

Informacja powinna zawierać imię i nazwisko ucznia, datę i krótki opis zdarzenia oraz podjęte przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną działania (np. podane leki, ich dawka itp.) a także informacje, kto z rodziców (opiekunów) dziecka został powiadomiony.

Należy pamiętać, że podczas pobytu ucznia w szkole Dyrektor jest faktycznym opiekunem powierzonych mu dzieci i jest osobą odpowiedzialną za ich bezpieczeństwo (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2003, nr 6, poz. 69). W sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia dziecka chorego na cukrzycę zadaniem pielęgniarki jest opieka nad uczniem do czasu przybycia pogotowia ratunkowego lub rodziców oraz przygotowanie ucznia do ewentualnego transportu.

Odrębną kwestią jest całościowa organizacji opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę uczęszczającym do szkoły. Kwestię tę regulują min. Komunikat Ministra Edukacji Narodowej - dotyczący działań zalecanych do podejmowania przez szkoły /placówki w przypadku spełniania w nich obo-

wiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki przez dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi (załącznik nr 1) oraz Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu (załącznik nr 2).

Przydatne w tym zakresie są materiały edukacyjne

1. „One są wśród nas - dziecko z cukrzycą w szkole lub przedszkolu” opracowane przez Zespół ds. Dzieci przewlekłe Chorych, powołany w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania w skład którego wchodzi przedstawiciele MZ, MEN, Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej oraz Konsultant Krajowy ds. Pediatrii Pani prof. Anna Dobrzańska. Autorzy publikacji: Daniel Witkowski, Joanna Pietrusińska, Alicja Szewczyk, Renata Wójcik

2. „Dziecko z cukrzycą w środowisku nauczania - informacje dla nauczycieli” oraz „Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem z cukrzycą - informacje dla pielęgniarki szkolnej”. Materiał edukacyjny rekomendowany min. przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie piel. Pediatrycznego, Panią K. Piskorz-Ogórek.

Załącznik nr 1

Komunikat dotyczący działań zalecanych do podejmowania przez szkoły/placówki w przypadku spełniania w nich obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki przez dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi

Szanowni Państwo, Dyrektorzy Przedszkoli, Szkół i Placówek

W związku z licznymi pytaniami dotyczącymi realizacji obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki przez uczniów przewlekłe chorych, kierowanymi do Ministerstwa Edukacji Narodowej przez szkoły i placówki oświatowe, uprzejmie wyjaśniam:

Zgodnie z regulacjami ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.) każde dziecko realizujące obowiązek szkolny i obowiązek nauki, w ramach systemu oświaty uzyskuje wsparcie w rozwoju i pomoc psychologiczno-pedagogiczną w nauce stosownie do swoich potrzeb rozwojowych i edukacyjnych. Zapewnienie właściwej realizacji tego kształcenia, w tym zapewnienie dostosowania treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych uczniów, należy do zadań odpowiednio przedszkola, szkoły lub placówki, do której uczęszcza uczeń.

Kwestie związane z zapewnieniem dzieciom, w tym przewlekłe chorym, odpowiednich warunków podczas pobytu w przedszkolu/ szkole/placówce, zgodnie z regulacjami art. 39 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy, należą do obowiązków dyrektora. Dyrektor przedszkola/szkoły/ placówki m.in. sprawuje opiekę nad uczniami oraz stwarza warunki do ich harmonijnego rozwoju psychofizycznego poprzez aktywne działania prozdrowotne.

W sytuacji, gdy w przedszkolu/ szkole/placówce jest uczeń przewlekłe chory, dyrektor powinien:

- pozyskać od rodziców (opiekunów prawnych) ucznia szczegółowe informacje na temat jego choroby oraz wynikających z niej ograniczeń w funkcjonowaniu;
- zobowiązać nauczycieli do pozyskania wiedzy na temat tej choroby, m.in. poprzez analizę publikacji z serii „One są wśród nas”, przekazanych do szkół przez kuratoria oświaty w całej Polsce;
- zorganizować szkolenie kadry pedagogicznej i pozostałych pracowników przedszkola/szkoły/placówki w zakresie postępowania z chorym dzieckiem - na co dzień oraz w sytuacji

zaostżenia objawów czy ataku choroby;

- w porozumieniu z pielęgniarką szkolną lub lekarzem, wspólnie z pracownikami przedszkola/ szkoły/placówki opracować procedury postępowania w stosunku do każdego chorego ucznia, zarówno na co dzień, jak i w przypadku zaostżenia objawów czy ataku choroby. Procedury te mogą uwzględniać m.in. przypominanie lub pomoc w przyjmowaniu leków, wykonywaniu pomiarów poziomu cukru, regularnym przyjmowaniu posiłków, sposób reagowania itp. Powinny też określać formy stałej współpracy z rodzicami (opiekunami) tego dziecka oraz zobowiązanie wszystkich pracowników przedszkola/szkoły/placówki do bezwzględnego ich stosowania;

- wspólnie z nauczycielami i specjalistami zatrudnionymi w przedszkolu/szkole/placówce dostosować formy pracy dydaktycznej, dobór treści i metod oraz organizację nauczania do możliwości psychofizycznych tego ucznia, a także objąć go różnymi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej;

- podjąć starania w celu zorganizowania w przedszkolu/szkole/placówce profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Jednocześnie uprzejmie wyjaśniam, że z art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) wynika, iż uczniowie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 66 ust. 1 pkt 17). Natomiast zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133) profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania obejmuje się dzieci i młodzież objęte obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcące się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.

Należy jednak wyraźnie podkreślić, że w sytuacji, gdy w szkole/placówce nie ma pielęgniarki lub higienistki szkolnej, profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami musi być zorganizowana w innej formie. Niewyobrażalna jest bowiem sytuacja, gdy uczeń, którego stan zdrowia pozwala na pobyt w przedszkolu/szkole/placówce, w tym na uczestniczenie w zajęciach wychowania przedszkolnego czy nauczania w szkole, nie może liczyć na pomoc nauczycieli, czy pracowników obsługi i jest zdany tylko na siebie.

Zaangażowanie wszystkich pracowników w pomoc choremu uczniowi oraz współpraca z jego rodzicami (opiekunami prawnymi) w tym zakresie, gwarantuje mu prawo do realizacji rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki w integracji z rówieśnikami.

Katarzyna Hall Minister Edukacji Narodowej

Załącznik nr 2 Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu.

1. Stany nagłe

W sytuacjach nagłych, gdy stan zdrowia dziecka wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej, nauczyciel, dyrektor szkoły lub pielęgniarka zobowiązani są do podjęcia działań pomocy przedmedycznej w zakresie posiadanych umiejętności oraz wezwania karetki pogotowia ratunkowego. Jednocześnie, obowiązkiem tych osób jest zawiadomienie rodziców lub opiekunów prawnych.

2. Inne problemy zdrowotne zgłaszane przez uczniów.

W innych przypadkach, gdy uczeń zgłasza wystąpienie problemu zdrowotnego (np. dolegliwości bólowych), pielęgniarka po rozmowie z uczniem zawiadamia rodi-



ców/opiekunów prawnych, z zaleceniem konieczności odbycia konsultacji lekarskiej. W sytuacji nieobecności pielęgniarki do podjęcia tych działań zobowiązany jest dyrektor placówki oświatowej lub upoważniona przez niego osoba.

3. Podawanie leków uczniom z chorobą przewlekłą.

W odniesieniu do uczniów z chorobą przewlekłą, gdy występuje konieczność stałego podawania mu leków w szkole, rodzice dziecka (przed przyjęciem do placówki) zobowiązani są do przedłożenia informacji:

- na jaką chorobę dziecko choruje
- jakie leki na zlecenie lekarza zażywa(nazwa leku, sposób dawkowania).

Konieczne jest również dołączenie zlecenia lekarskiego oraz pisemnego upoważnienia pielęgniarki do podawania dziecku leków.

Wymóg ten dotyczy także uczniów pełnoletnich. W czasie nieobecności pielęgniarki w placówce oświatowej - w sytuacji, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku lub wykonania innych czynności (np. kontroli poziomu cukru we krwi u dziecka chorego na cukrzycę; podania leku drogą wziewną dziecku choremu na astmę) - czynności te mogą wykonywać również inne osoby (w tym samo dziecko, rodzic, nauczyciel), jeżeli zostały poinstruowane w tym zakresie. Osoby przyjmujące zadanie muszą wyrazić na to zgodę, zaś posiadanie wykształcenia medycznego nie jest wymogiem koniecznym. Delegowanie przez rodziców uprawnień do wykonywania czynności związanych z opieką nad dzieckiem oraz zgoda pracownika szkoły i zobowiązanie do sprawowania opieki winny mieć formę umowy (ustnej lub pisemnej) pomiędzy rodzicami dziecka przewlekle chorego, a pracownikiem szkoły.

Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Przedruk Dziennik Gazeta Prawna, 18.04.2012 nr 76

Pacjenci protestują, bo boją się stracić prawo do leków

Służba zdrowia

Protestowali już lekarze, aptekarze i pielęgniarki. Teraz na ulice wyjść zamierza ostatnie ogniwo w łańcuchu służby zdrowia - pacjenci, 1 czerwca, czyli w Dniu Dziecka, będą manifestować przed Ministerstwem Zdrowia. Boją się, że po 1 lipca wraz z wprowadzeniem programów lekowych część chorych straci leczenie.

Akcję protestacyjną zainicjował ojciec 10-letniego Michała chorego na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów. Piotr Piotrowski stworzył stronę internetową www.1czerwca.pl. - Jako ojciec chorego dziecka zobaczyłem, że staliśmy się dla urzędników tylko numerem PESEL. Jeżeli zdrowie dzieci jest zaniedbywane, na niewiele mogą liczyć dorośli pacjenci - mówi Piotrowski. Już teraz do akcji przyłączyło się kilka stowarzyszeń pacjentów, m.in. trzymajmy się razem, Primum Non Nocere, Fundacja Gajusz czy Helpful Hand.

Sam Piotrowski boi się, że jego dziecko straci prawo do leczenia. O tym, jakie skutki niosą ze sobą zmiany prawne, przekonał się już 1 stycznia, po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej. Wtedy leki reumatoidalne przestały być refundowane dla dzieci, bo w charakterystyce leczniczej nie było wskazań do stosowania ich u osób poniżej 18 roku życia. Po dwóch miesiącach Agencja Oceny Technologii Medycznych przywróciła tę możliwość. Ale przez dwa miesiące Piotrowski kupował leki bez refundacji.

Propozycje programów lekowych (dotychczas istniejące programy terapeutyczne rozbito na poszczególne leki, które się w nich znajdowały) zostały ogłoszone wczoraj. Do jutra przyjmowane są uwagi na ich temat. Ministerstwo zapewnia, że nic się nie zmieniło. Ale pacjentów to nie przekonuje. - Przed wejściem nowej listy refundacyjnej też zapewniano nas, że wszystko będzie pięknie. A potem część pacjentów straciła dostęp do leków - przypomina Piotrowski

Klara Klinger
klara.klinger@infor.pl

Przedruk Dziennik Gazeta Prawna, 4-6.05.2012 nr 86

Komentarz tygodnia:

Linie papilarne kością niezgody

Dominika Sikora kierownik działu praca.

Przy okazji nowelizacji kodeksu pracy rząd powinien zmienić przestarzałe przepisy dotyczące sposobów ewidencjonowania czasu pracy. Już sama kartka i ołówek nie przystają do naszych czasów. Skoro pracodawcy i pracownicy chcą, żeby sprawdzać, ile poświęcają na pracę, za pomocą nowoczesnych technologii - czytników linii papilarnych, kart magnetycznych czy poprzez skanowanie tęczówki oka - to trzeba im to umożliwić. A tak działają na granicy prawa.

Urzędy - Państwowa Inspekcja Pracy i główny inspektor ochrony danych osobowych - też mają związane ręce. I na tyle, na ile pozwalają archaiczne przepisy, lawirują. Z jednej strony inspekcja sprawdza sygnały o nieprawidłowościach w sposobach ewidencji czasu pracy, z drugiej nie nakłada za to kar. Podobnie zachowuje się CİODO. Twierdzi, że zmuszanie pracowników do przekazywania danych biometrycznych jest zakazane, z drugiej żadnych mandatów za naruszenie przepisów nie przewiduje. Nie można mieć nawet o to pretensji. Bo z jednej strony muszą stosować kodeks pracy, z drugiej w XXI wieku trudno wymagać od pracodawców i pracowników, żeby nie zauważali upływającego czasu i rozwoju technologicznego.

Rzecz wydawałaby się oczywista, niestety może okazać się do nie przeskokiem dla ustawodawcy. Przypomnę tylko, że kodeks pracy był tworzony jeszcze w poprzedniej epoce. Od tego czasu doszło w nim do wielu zmian, ale w dalszym ciągu jego trzon to przykład archaizmu. Przez wiele lat toczyły się prace nad przygotowaniem całkowicie nowego kodeksu. Od 5 lat leży on w ministerialnych szufladach i nigdy nie wejdzie w życie. Natomiast w resorcie pracy opracowywany jest na nowo dział dotyczący czasu pracy. Jak na razie również rząd nie przedstawia konkretnych propozycji. Szkoda, bo akurat przy tej okazji można by na nowo opisać sposoby, które pozwolą sprawdzić, ile czasu pracownik faktycznie przeznacza na pracę. Z korzyścią dla obu stron - firma wiedziałaby dokładnie, co robi zatrudniony, a podwładny przestałby się obawiać o zapłatę za nadgodziny.

Nowe zasady kierowania do zakładów leczniczych

Ministerstwo Zdrowia przekazało do konsultacji społecznych oraz uzgodnień resortowych projekt rozporządzenia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Jego celem jest ujednolicenie sposobu i trybu umieszczania osób w tych placówkach. Bez zmian pozostają natomiast wykaz stacjonarnych świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz warunki ich realizacji, które są zawarte w tzw. rozporządzeniu koszykowym. Nowe

przepisy wejdą w życie po 14 dniach od publikacji w Dzienniku Ustaw. mt

Zakład przekazuje składki do otwartych funduszy

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazał w tym tygodniu otwartym funduszom emerytalnym (OFE) 64,5 mln zł - poinformował ZUS w komunikacie. Z tej kwoty składki wyniosły 63,4 mln zł, a odsetki ZUS - 1,1 mln zł. Od początku 2012 roku transfery do OFE wyniosły 2840,5 mln zł. W całym 2011 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazał OFE 15111,8 mln zł. To kwota o ponad 7 mld zł niższa od tej przekazanej otwartym funduszom w 2010 r. Wówczas na konto OFE wpłynęło 22,4 mld zł. lg

Narodowy Fundusz Zdrowia zapowie swoją kontrolę

Od 1 maja 2012 r. każdy świadczeniodawca, u którego będzie przeprowadzana kontrola planowa, zostanie poinformowany o terminie jej realizacji trzy dni przed jej rozpoczęciem - zapowiada śląski oddział NFZ. Informacja ta zostanie przekazana na faksie oraz listownie. Powyższe rozwiązanie ma na celu umożliwienie przygotowania się świadczeniodawcy do kontroli, a tym samym stworzenie zespołowi kontrolującemu optymalnych warunków do przeprowadzenia postępowania kontrolnego. ds

Przedruk Dziennik Gazeta Prawna, 4-6.05.2012 nr 86

Resort zdrowia zmienia szpitale w firmy

Dyrektorzy zamiast zarządzać jedyną placówką medyczną, będą odpowiadać za działanie kilka różnych. To efekt wymogów narzuconych przez rząd

Publiczne placówki medyczne i spółki muszą podzielić się na mniejsze przedsiębiorstwa. W efekcie duży szpital, który ma w swojej strukturze np. przychodnię, POZ i laboratorium, będzie składał się z różnych firm.

Ministerstwo Zdrowia uspokaja, że to tylko wewnętrzny podział i nie pociągnie za sobą dodatkowych kosztów. Nie wierzą w to ani dyrektorzy szpitali, ani ich organy założycielskie. Ich zdaniem będzie więcej biurokracji, obowiązków ewidencyjnych i sprawozdań, a te wymagają nakładów czasu i pieniędzy. Samorządy są pewne, że szefowie szpitali za kierowanie kilkoma przedsiębiorstwami jednocześnie wystawią im odpowiednio wysokie rachunki. Wszyscy pytają, czemu ta zmiana ma służyć. Resort zdrowia w tej sprawie milczy. Nie wydaje też żadnych interpretacji, które pomogłyby się przygotować do planowanych zmian.

Dodatkowe wymogi, zbędne formalności

Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. nr 112, poz. 654), która obowiązuje od 1 lipca ub.r., radykalnie zmieniła zasady funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Nałożyła min. na szpital obowiązek zarejestrowania się jako przedsiębiorstwo. Resort zdrowia teraz idzie jeszcze dalej. Twierdzi, że odrębną firmą powinien być każdy z rodzajów działalności prowadzonej w placówkach medycznych (tzn. udzielanie świadczeń szpitalnych, ambulatoryjnych oraz stacjonarnych i całonocnych innych niż szpitalne).

- SPOZ lub spółka będą musiały wyodrębnić przedsiębiorstwa odpowiednio do każdego z tych rodzajów - podkreśla Agnieszka Gołąbek, rzeczniczka resortu zdrowia.

Każde będzie też miało nadany własny 14-znakowy numer REGON. Taka regulacja znalazła się już w rozporządzeniu

ministra zdrowia z 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreślenia z tego rejestru (Dz.U. nr 221, poz. 1319). Precyzyjne zapisy o tym, że każdy rodzaj działalności to odrębne przedsiębiorstwo, mają się znaleźć w nowelizacji ustawy o działalności leczniczej.

- Resort dostosowuje ustawę do rozporządzenia, które wydał, tylko nie wiem po co. Jedynym efektem będzie wzrost kosztów funkcjonowania szpitali - komentuje Marek Wójcik, ekspert ds. ochrony zdrowia Związku Powiatów Polskich.

Zmiana budzi duży niepokój dyrektorów placówek medycznych, którzy prowadzą różnego rodzaju działalność, oraz ich organów założycielskich. Ministerstwo podkreśla, że wydzielenie przedsiębiorstw będzie się odbywało wewnątrz samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ) lub spółki, a więc nie będzie wymagało prowadzenia odrębnej księgowości czy administracji, a tym samym nie generuje związanych z tym dodatkowych kosztów.

Dyrektorzy narzekają na sztuczne przepisy

Innego zdania są eksperci, którzy obawiają się, że resort zdrowia nie przewidział finansowych i organizacyjnych skutków takiej zmiany. Maciej Dercz, ekspert ds. ochrony zdrowia, podkreśla, że polskie prawo zna jedną definicję przedsiębiorstwa i nie ma mowy o żadnej innej stworzonej tylko na potrzeby ustawy o działalności leczniczej.

- Jeżeli uznajemy, że dany podmiot jest przedsiębiorstwem, to ze wszystkimi tego konsekwencjami, które wynikają z kodeksu cywilnego - dodaje.

Jedną z nich jest konieczność wydzielenia majątku. Jednak resort zdrowia uważa, że nie będzie to duży problem.

- Sprowadza się to do podjęcia decyzji o przyporządkowaniu określonego mienia konkretnemu rodzajowi działalności, które już obecnie na ten cel jest użytkowane - tłumaczy Marek Haber, wiceminister zdrowia.

Z tym nie zgadzają się dyrektorzy szpitali. Duża wrocławska lecznica - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Cromkowskiego prowadzi również ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz rehabilitację. Oznacza to, że będzie musiała zostać podzielona na trzy firmy: szpital, przychodnię i pracownię rehabilitacyjną.

- Podział musiałby przebiegać w poprzek korytarza, ponieważ każda z tych działalności sąsiaduje ze sobą w tych samych budynkach. Nawet niektóre gabinety pełnią podwójną funkcję. Również ten sam sprzęt diagnostyczny jest wykorzystywany do różnej działalności - podkreśla Janusz Jerzak, dyrektor tego szpitala.

Jego zdaniem podział nie przyniesie szpitalowi żadnych korzyści, a wręcz przeciwnie - spowoduje duże utrudnienia w jego funkcjonowaniu. Wiele problemów może powstać, gdyby okazało się, że poszczególne przedsiębiorstwa muszą wyodrębnić własny personel. Niektórzy pracownicy szpitala im. Cromkowskiego musieliby zostać zatrudnieni w trzech firmach jednocześnie.

Wymuszona podwyżka dla szefów zakładów

Marek Wójcik zwraca uwagę na to, że przedsiębiorstwo musi mieć odrębne służby finansowe. To generuje dodatkowe koszty, a może też przynieść niezamierzone skutki.

- Nawet jeżeli założymy, że ten sam główny księgowy będzie obsługiwał poszczególne przedsiębiorstwa wchodzące w skład SPZOZ lub spółki, to trzeba z nim zawrzeć nową umowę o pracę. Ponieważ będzie miał więcej obowiązków, zapewne nie będzie ich chciał wykonywać charytatywnie - podkreśla Marek Wójcik.



O podwyżki mogą wystąpić także dyrektorzy szpitali, bo z dnia na dzień staną się dyrektorami np. trzech firm zamiast jednej. Dla Macieja Dercza podział szpitali na firmy prowadzące odrębną działalność to zachęta do wzrostu administracji.

- Jeżeli szpitalna przychodnia stanie się przedsiębiorstwem, a ma w swojej strukturze kilka poradni, to każda z nich będzie chciała zatrudnić osobnego kierownika - uważa ekspert.

Szpital zostanie przychodnią

Mimo ogromnych wątpliwości dyrektorów szpitali związanych z podziałem tych placówek na osobne firmy resort zdrowia nie wydał żadnej interpretacji w tej sprawie. Pierwsze konsekwencje nowego wymogu odczuły już wrocławskie placówki medyczne. Dolnośląski oddział NFZ ogłosił 2 kwietnia konkurs w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS). Szpitale, które mają w swoich strukturach przychodnie, a zamierzają ubiegać się o kontrakt z NFZ na AOS, zgłaszają się do Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, chcąc dopełnić nowych obowiązków rejestrowych.

Ustawa o działalności leczniczej zastąpiła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej

- To absurdalne, ale szpital, który chce wziąć udział w postępowaniu konkursowym, musi się zarejestrować jako przychodnia - komentuje Jerzy Ałtachowicz ze Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej.

Niektóre szpitale będą musiały rejestrować się kilkakrotnie. Okazuje się bowiem, że aplikacja dostarczona wojewodom przez resort zdrowia jest tak skonstruowana, że podmiot, który ma kilka rodzajów wykonywanej działalności, do każdego postępowania konkursowego będzie musiał rejestrować osobne przedsiębiorstwo.

PISALIŚMY O TYM

Bez dodatkowej polisy szpital nie uzyska rejestracji - DCP nr 76/2012 ; . www.praca.gazetaprawna.pl

Nowe obowiązki SPZOZ

Do 30 czerwca szpitale powinny dostosować swoją działalność do przepisów ustawy o działalności leczniczej. W tym celu muszą:

- opracować nowy, zgodny z ustawą statut i regulamin organizacyjny

- wystąpić do wojewody z wnioskiem o zmianę rejestru (jest dostępny na stronach internetowych urzędów wojewódzkich, jest wolny od opłat)

- opracować i przedłożyć wojewodzie program dostosowania pomieszczeń do wymogów fachowych i sanitarnych określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia (termin samego dostosowania został przedłużony do 31 grudnia 2016 roku)

- zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny (nie został wskazany dokument, który powinien to potwierdzić, wystarczy złożyć wojewodzie oświadczenie)

- zawrzeć umowę ubezpieczenia od zdarzeń medycznych i przedłożyć wojewodzie (jeśli Ministerstwo Zdrowia nie zdąży do 30 czerwca znowelizować ustawy o działalności leczniczej, przewidującej fakultatywność tej polisy)

1215 szpitali w Polsce udziela świadczeń całodobowych i jednego dnia

114 szpitali przekształciło się w spółki przed wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej

2,3 mld zł wynoszą zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ■

Beata Lisowska
beata.lisowska@infor.pl

Szkolenia



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

KURSY SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo psychiatryczne
6. Pielęgniarstwo neonatologiczne

Prosimy o składanie zgłoszeń na specjalizacje priorytetowe dla woj. śląskiego tj:

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo psychiatryczne
6. Pielęgniarstwo pediatriczne
7. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
8. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07
3. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
4. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
5. Szczepienia ochronne Nr 03/08
6. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
7. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
8. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
9. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka 01/07

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherz moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiotokografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę

Planuje się również uruchomienie kursów:

1. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych
2. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
3. Edukator w cukrzycy
4. Nauka języka migowego

UWAGA!

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

„Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych”

Konferencja odbędzie się w sali sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy, ul. Śląska 11/13, w dniu **5 czerwca 2012r. w godz. 9.00-15.00**

Wszyscy uczestnicy Konferencji otrzymają certyfikaty uczestnictwa.

Po unormowaniu prawnym za udział w Konferencji OIPIP przyzna punkty edukacyjne.

Będziemy zaszczytzeni Państwa obecnością. Dołożymy wszelkich starań, aby spotkanie dostarczyło wielu nowych informacji na temat pielęgnacji pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz umożliwiło wymianę doświadczeń i nawiązanie nowych kontaktów.

Postaramy się aby spotkanie pasjonatów i przyjaciół przebiegało w miłej i sympatycznej atmosferze.

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konferencji.

Dla członków OIPIP w Częstochowie udział w Konferencji jest bezpłatny,

dla pozostałych uczestników opłata wynosi 50zł.

Prosimy o jak najszybsze nadsyłanie zgłoszeń na Konferencję /do 25.05.2012/, gdyż liczba miejsc jest ograniczona.

Szczegółowy program konferencji znajduje się na stronie OIPIP w Częstochowie. ■

Serdecznie zapraszamy!

Konferencja Szkoleniowa dla Pielęgniarek „Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych” Częstochowa, 05.06.2012 r.

Program konferencji

9.00-9.10 otwarcie Konferencji, powitanie gości - Przewodnicząca ORPiP Halina Synakiewicz,

9.10-9.30 Wystąpienia zaproszonych gości.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk,
Prezydent Miasta Częstochowy Krzysztof Matyjaszczyk,
Przedstawiciel NFZ Katowice Wojciech Mika,
Kierownik delegatury NFZ Częstochowa Małgorzata Leszczyńska,
Starosta Miasta Częstochowy Andrzej Kwapisz,

Sesja I

9.30-9.50 dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk -

„Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem przewlekle chorym”

9.50-10.10 dr n. med. Iwona Markiewicz - „Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską w zakładach opieki długoterminowej”,

10.10-10.30 mgr pielęgniarstwa Danuta Łoniewska „Problemy pielęgnacyjne pacjenta geriatrycznego”,

10.30-10.40 Prezentacja firm,

10.40-11.10 Dyskusja i przerwa na kawę.

Sesja II

11.10-11.30 mgr Izabela Kaptacz - „Leczenie i pielęgnacja ran przewlekłych”,

11.30-11.50 mgr pielęgniarstwa Barbara Płaza - „Nietrzymanie moczu jako istotny problem opieki pielęgniarskiej”,

11.50-12.10 mgr Agnieszka Pękalska-„Żywnienie enteralne i parenteralne przewlekle chorych”,

12.10-12.30 Prezentacja firm,

12.30-13.00 Dyskusja i przerwa na lunch.

Sesja III

13.00-13.20 dr n. o zdr. Krystyna Mizerska - „Problemy pacjentów z chorobą Alzheimera”,

13.20-13.40 pielęgniarka - Maria Starzewska - „Postępowanie usprawniające pacjentów przewlekle chorych”,

13.40-14.00 - mgr pielęgniarstwa Sabina Wiatkowska - „Problem kwalifikacji pacjentów w opiece długoterminowej”,

14.00-14.20 dr n. ekon. Mariola Bartusek - „Narodowa strategia opieki długoterminowej w Polsce na lata następne”,

14.20-15.00 Podsumowanie Konferencji i dyskusja

Zakończenie Konferencji

Patronat honorowy konferencji:

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk,

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej mgr Izabela Kaptacz

Komitet naukowy konferencji:

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk,

dr n. med. Grażyna Franek, dr n. med. Iwona Markiewicz,

dr n. o zdr. Krystyna Mizerska,

Komitet organizacyjny:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

Zespół ds. opieki długoterminowej i hospicyjnej działający przy ORPiP w Częstochowie

Moderatorzy:

dr n. med. Iwona Markiewicz,

mgr Halina Synakiewicz

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
Zespół ds. opieki długoterminowej i hospicyjnej działający przy OIPIP w Częstochowie ■



Pielęgnowanie chorych z niewydolnością serca

W zależności od szybkości narastania objawów klinicznych wyróżniamy niewydolność ostrą i przewlekłą, natomiast ze względu na źródło niewydolności na prawo- i lewokomorową.

Niewydolność krążenia ostra:

Niewydolność krążenia ostra to szybko pogłębiające się upośledzenie czynności układu krążenia, najczęściej na skutek dużego uszkodzenia serca, np. w zawale mięśnia sercowego. W ostrej niewydolności spowodowanej uszkodzeniem lewej komory serca występuje obrzęk płuc.

W niewydolności spowodowanej nagłym przeciążeniem prawej komory (np. przy zatorze tętnicy płucnej) występuje sinica, maksymalnie nasilona duszność, uczucie rozpierania pod prawym łukiem żebrowym na skutek powiększania się wątroby (zastój), nabrzmienie żył szyjnych.

Niewydolność krążenia przewlekła, lewokomorowa:

Przewlekła lewokomorowa niewydolność krążenia może być spowodowana: nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością naczyń wieńcowych serca (choroba wieńcowa), wady zastawki aorty lub zastawki dwudzielnej (twarz mitralna).

Objawy: duszność wysiłkowa, a nawet spoczynkowa, napadowa duszność nocna, astma sercowa, bezsenność, oddech Cheyne'a i Stokesa, kaszel, sinica, przesięki w jamie opłucnej.

Niewydolność krążenia przewlekła, prawokomorowa:

Niewydolność krążenia przewlekła, prawokomorowa, występuje jako konsekwencja przewlekłe utrzymujących się oporów w krążeniu płucnym (układ krwionośny), spowodowanych np.: przez rozedmę płuc, rozległe zrosty opłucnowe, duże zniekształcenie klatki piersiowej, stwardnienie tętnic płucnych, wady zastawkowe serca lewego, uprzednio istniejącą niewydolność lewego serca.

Objawy: znamiona zastoju w układzie żylnym na obwodzie: poszerzenie żył szyjnych, powiększenie wątroby, stan podżółtaczkowy (żółtaczka), obrzęki, zwłaszcza na kończynach dolnych, najpierw w okolicach kostek i stóp, później na goleniach i udach, przesięki w jamie brzusznej (wodobrzusze) i jamie opłucnowej, sinica, dolegliwości z przewodu pokarmowego, wynikające z zastoju krwi w narządach brzusznych (wzdęcia, nudności, zaparcia stolca lub biegunki). Szczególną postacią tego rodzaju niewydolności jest zespół płucno-sercowy (serce płucne).

Problemy pielęgnacyjne chorych i interwencje pielęgnarskie w ostrej niewydolności serca

Problem pielęgnacyjny:

silna duszność spowodowana nagromadzeniem się krwi w krążeniu małym i przesiąkaniem płynu do pęcherzyków płucnych.

Cel opieki:

- Zmniejszenie ciśnienia w krążeniu małym
- Zmniejszenie uczucia duszności

Działania pielęgnarskie:

- Ułożenie chorego w pozycji siedzącej z opuszczonymi nogami, mające na celu zmniejszenie dopływu krwi do serca

i ułatwienie oddychania

- Podanie nawilżonego tlenu przez maskę z szybkością przepływu 6-10 l na min.
- Kontrola i odnotowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta
- Założenie kaniuli obwodowej dożyłnej
- Przygotowanie chorego do założenia kaniuli do żyły centralnej oraz asystowanie przy zabiegu
- Podłączenie pacjenta do kardiomonitora i stałe monitorowanie czynności elektrokardiograficznej serca
- Monitorowanie nasilenia duszności, częstości i charakteru oddechów, saturacji krwi tętnicznej
- Monitorowanie ośrodkowego ciśnienia żylnego (OCŻ), ciśnienia w tętnicy płucnej
- Założenie cewnika do pęcherza moczowego, pomiar diurezy godzinowej i dobowej
- W przypadku sztucznej wentylacji utrzymanie drożności dróg oddechowych i nadzorowanie pracy respiratora
- Udział w leczeniu farmakologicznym zgodnie ze zleceniem lekarza i obserwacja ewentualnych objawów ubocznych.

Problem pielęgnacyjny:

Lęk o własne życie spowodowany pojawieniem się bardzo silnej duszności i objawów towarzyszących (tachykardia, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, lepki pot)

Cel opieki:

- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego
- Eliminowanie niepokojących objawów

Działania pielęgnarskie:

- Stała obecność przy chorym
- Informowanie pacjenta o podjętych wobec niego działaniach
- Spokojne sprawowanie opieki, stwarzanie atmosfery życzliwego zainteresowania i udzielanie prostych wyjaśnień na pojawiające się u chorego pytania i wątpliwości
- podawanie leków zgodnie z kartą zleceń
- podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie duszności

Problem pielęgnacyjny:

Szybkie męczenie się spowodowane uogólnionymi obrzękami (na skutek gromadzenia się płynu także w jamie brzusznej w przebiegu niewydolności prawokomorowej)

Cel opieki:

- eliminowanie obrzęków

Działania pielęgnarskie:

- obserwacja i pomiar obrzęków (kontrola masy ciała, pomiar obwodu brzucha oraz dokumentowanie wyników)
- prowadzenie bilansów płynów
- kontrola i odnotowywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych pacjenta
- zlecenie diety lekkostrawnej z ograniczeniem płynów i sodu
- pouczenie chorego o konieczności spożywania posiłków wg zasady: częściej i mniej
- zalecenie starannej pielęgnacji obrzękniętej skóry - dokładne i delikatne mycie, osuszanie, natłuszczanie skóry, unikanie moczenia nóg, unikanie nakłuwania obrzękniętej skóry, zapobieganie długotrwałemu unieruchomieniu ze względu na szybkie powstanie odleżyn
- Zapewnienie choremu odpowiedniej luźnej, bawełnianej bielizny zapobiegającej uciskowi
- Pomoc pacjentowi w utrzymaniu higieny osobistej (mycie,

zmiana bielizny)

- Udział w farmakoterapii podawanie choremu leków moczopędnych i innych na zlecenie lekarza

Problem pielęgnacyjny:

Uczucie ciężkości nóg spowodowane obrzękami kończyn dolnych na skutek hiperwolemii i przenikania płynu z naczyń do otaczających tkanek.

Cel opieki:

- Zmniejszanie obrzęków
- Wyrównanie gospodarki wodno-elektrolitowej

Działania pielęgniarские:

- Obserwacja i pomiar obrzęków poprzez codzienną kontrolę masy ciała (o stałej porze oraz w tej samej odzieży), pomiar obwodu obręzków- dokumentowanie wyników pomiarów
- Kontrola ilości płynów przyjmowanych i wydalanych poprzez prowadzenie bilansów płynów oraz dobowej zbiórki moczu
- Informowanie lekarza o przyroście masy ciała o 1-1,5 kg. w ciągu dwu dni
- Polecenie choremu zaspakajania zwiększonego pragnienia poprzez picie częste lecz w małych ilościach, wyjaśnienie pacjentowi w celu i konieczności przestrzegania zalecanej ilości płynów
- Wskazanie choremu na konieczność stosowania diety z ograniczeniem sodu, który powoduje zatrzymanie wody w organizmie i pogłębienie obrzęków, omówienie z nim sposobów ograniczenia w nim spożywania soli kuchennej
- Ochrona obrzękniętej skóry przed uszkodzeniem i zakażeniem poprzez staranną pielęgnację
- Uniesienie kończyn dolnych pacjenta oraz zalecenie dłuższych okresów leżenia w ciągu dnia
- Obserwacja w kierunku wystąpienia odwodnienia, hipotonii, nadmiernej utraty elektrolitów (głównie potasu) jako najczęstszych objawów ubocznych stosowanego leczenia moczopędnego

Problem pielęgnacyjny:

niepokój spowodowany brakiem wiedzy na temat samoopieki oraz możliwością ponownego zaostrzenia choroby.

Cel opieki:

- poprawa świadomości pacjenta w zakresie właściwego postępowania w czasie choroby
- zmniejszenie ryzyka zaostrzeń

Działania pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentem pozwalająca ocenić jego wiedzę na temat choroby
- włączenie rodziny w proces edukacji chorego i opieki nad nim
- przekazanie choremu i jego rodzinie informacji dotyczących specyfiki choroby, objawów świadczących o jej zaostrzeniu, sytuacji wymagającej kontaktu ze szpitalem (narastająca duszność) lub z przychodnią (np. wzrost masy ciała 2-3kg w ciągu 2 dni
- nauka zasad samokontroli: kontrola masy ciała, obręzków; ciśnienia tętniczego krwi, tętna, przyjmowanie zleconych leków ich działanie terapeutyczne i działanie uboczne, przestrzeganie zalecanej dawki leku
- Zachęcanie pacjenta do podejmowania wysiłku fizycznego dostosowanego do wydolności krążeniowo- oddechowej
- Dostarczenie choremu broszur, poradników na temat niewydolności serca

Biografia

Pielęgniarstwo internistyczne

Redakcja Naukowa

mgr. piel. Dorota Talarska

prof. Dorota Zozulińska Ziółkiewicz

opracowała
Socha Iwona

Skrining raka szyjki macicy.

Rak szyjki macicy atakuje cicho i powoli, średni czas rozwoju choroby wynosi od 5 do 10 lat. Przez wiele lat choroba rozwija się niemal bezobjawowo, dlatego kobiety często zbyt późno zjawiają się u lekarza i dlatego choroba ta w Polsce zbiera tragiczne żniwo. Każdego roku blisko 4 tysiące Polek słyszy tę straszną diagnozę. Każdego roku blisko 2 tysiące Polek umiera. Kobiety często nie myślą o swoim zdrowiu, podporządkowują swoje życie rodzinie, dzieciom. Jeśli jednak nie będą myślały o sobie, uciepieć mogą nie tylko one same, ale także rodzina. Najczęściej rak szyjki macicy rozwija się u kobiet pomiędzy 35 a 59 rokiem życia. Rak szyjki nie musi być wyrokiem. Długi rozwój choroby daje dużo czasu, aby ją wyleczyć.

Niestety, tylko co piąta Polka chodzi regularnie do ginekologa i wykonuje badanie cytologiczne. Mimo licznych apeli niewiele kobiet w wieku od 25 do 59 lat skorzystało z bezpłatnych badań cytologicznych w ramach Ogólnopolskiego Programu Aktywnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Program ten adresowany jest do kobiet jak wcześniej wspomniałam w wieku 25-59 lat, które nie wykonywały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat. Kobiety obciążone czynnikami ryzyka: zakażonych wirusem HIV, przyjmujące leki immunosupresyjne; zakażonych HPV typem onkogeny wysokiego ryzyka badanie wykonywane jest co 12 miesięcy.

Można się zastanowić dlaczego skriningowi poddawane są kobiety w wieku 25-59, a nie starsze. Korzyści badań przesiewowych po 65 roku życia poddawanych uprzednio takim badaniom, są niewielkie, ponieważ częstość występowania zmian śródnowłonkowych dużego stopnia maleje po osiągnięciu wieku średniego. Istnieją przekonujące dane świadczące o tym, że przeprowadzenie badań u tych kobiet wiąże się ze zwiększonym ryzykiem niepożądanych następstw, obejmujących wyniki fałszywie dodatnie oraz konieczność zastosowania leczenia operacyjnego. Stwierdza się, że w przypadku kobiet w starszym wieku nie należących do grupy dużego ryzyka rozwoju raka szyjki macicy, u których wyniki badań cytologicznych w ostatnim czasie były prawidłowe, potencjalne szkody prawdopodobnie przeważają nad oczekiwany korzyściami. Nie zaleca się także rutynowego stosowania przesiewowych badań cytologicznych u kobiet, którym usunięto macice z powodu choroby o niezdolnym charakterze. Zaprzestanie badań przesiewowych u kobiet w starszym wieku jest postępowaniem właściwym pod warunkiem, że uprzednio wykonano w ich przypadku prawidłowe badania przesiewowe, których wynikiem były prawidłowe co najmniej 3 kolejne badania, a także, u których nie uzyskano nieprawidłowego wyniku w ciągu ostatnich dziesięciu lat.

Profilaktyczne badanie cytologiczne można wykonać również w każdym gabinecie ginekologicznym, który udziela świadczeń w ramach umowy z NFZ. Do ginekologa nie jest wymagane



skierowanie. Kobiety, które nie mieszczą się w latach 25-59 mogą skorzystać z badań cytologicznych w ramach porady udzielanej przez lekarza specjalistę.

Program Aktywnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy podzielony jest na trzy etapy:

I etap podstawowy czyli badanie cytologiczne jest to pobranie materiału do przesiewowego badania cytologicznego. Materiał jest następnie przesyłany do pracowni cytologicznej w celu dokonania oceny preparatu.

II Etap diagnostyczny: polega na ocenie mikroskopowej materiału. Po zbadaniu preparatu wynik jest przesyłany do poradni, która pobrała materiał do badania.

III etap, etap pogłębionej diagnostyki. Jeżeli wynik badania cytologicznego jest nieprawidłowy, lekarz stosuje odpowiednie leczenie lub kieruje pacjentkę na dalszą diagnostykę, którą jest badanie kolposkopowe, wykonywane w ramach programu. W przypadku konieczności zweryfikowania obrazu kolposkopowego, pobiera się celowane wycinki do badania histopatologicznego. Na tej podstawie podejmowane są decyzje dotyczące dalszego postępowania diagnostyczno-leczniczego.

Skrining cytologiczny, ze względu na niższy koszt i wysoką skuteczność jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnych okresie zaawansowania choroby.

Główne czynniki ryzyka raka szyjki macicy:

- infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego HPV (w tym miejscu należy wspomnieć, że od 2006 roku kobiety w Polsce mogą się zaszczepić przeciwko temu wirusowi, szczepionka ta skierowana jest przeciwko HPV 16 i 18 i jest wskazana dla dziewcząt i kobiet od 10 do 25 roku życia)
- wiek (zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem, szczyt zachorowań przypada między 45 a 55 rokiem życia)
- wczesne rozpoczęcie życia seksualnego
- duża liczba porodów
- niski status społeczny i ekonomiczny
- palenie papierosów
- stwierdzona wcześniej zmiana patologiczna w badaniu cytologicznym
- partnerzy seksualni niemonogamiczni z infekcją HPV

Niezbędnym warunkiem efektywności skriningu cytologicznego jest jego masowość. Szacuje się bowiem, że dopiero przy objęciu badaniami przesiewowymi 75% populacji kobiety można uzyskać 25% spadek umieralności. Badania naukowe dowodzą, iż 1,5% do 2% rozmazów cytologicznych prezentuje nieprawidłowości wymagające dalszych procedur diagnostycznych.

Uważam, że najważniejszą rolę w walce z rakiem szyjki macicy jak i również z każdą inną chorobą jest edukacja i profilaktyka.

Edukacja dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy musi podkreślać znaczenie cytologicznych badań przesiewowych jako najważniejszej metody wczesnego wykrywania zmian przedrakowych. Należy eliminować przekonanie, że szczepienie zastępuje badanie przesiewowe i uświadamiać, że szczepionka nie zapobiega zakażeniu wywołanemu przez wirusy HPV typu 16 i 18 i pokrewne 45 i 31 odpowiedzialnych za 70/80% raka szyjki macicy, nie chronią jednak przed zakażeniami pozostałymi typami wirusów onkogennych, dla których nadal najważniejszą metodą profilaktyczną pozostają badania przesiewowe.

Prowadzenie edukacji zdrowotnej i zachęcanie do badań skринingowych powinno być zadaniem położnych pracujących w Poradniach dla Kobiet, lekarzy rodzinnych i ginekologów.

Źródło: Departament, świadczeń Opieki Zdrowotnej opracowany przez Magdalenę Stawiarską.

opracowała
Barbara Iwaniuk

Problemy socjomedyczne u chorych z depresją.

Celem głównym niniejszej pracy była identyfikacja problemów z jakimi borykają się chorzy z depresją. Cele szczegółowe to:

- próba rozwiązywania problemów medycznych, oraz problemów społecznych pacjentów,
- ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad chorymi z rozpoznaną depresją,
- próba oceny dostępu do informacji o chorobie, metodach leczenia i psychoterapii,
- ocena poziomu wiedzy pacjenta na temat choroby, oraz możliwości radzenia sobie z chorobą,
- podniesienie jakości opieki chorego na depresję.

W pierwszej części pracy dokonano przeglądu literatury, czasopism na temat badanej jednostki chorobowej, najczęściej występujących problemów. Przedstawiono przyczyny choroby, objawy, przebieg choroby, metody leczenia, następstwa choroby, oraz terapie, dotyczące danej jednostki chorobowej i udział pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów socjomedycznych chorych i ich rodzin. Rozdział drugi to część metodologiczna. W rozdziale trzecim omawiam wyniki badań własnych.

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Neuro-psychiatrycznym w Lublińcu w okresie od grudnia 2007 do stycznia 2008 roku.

Materiał badawczy obejmował:

- grupę 30 osób
- w tym na potrzebę pracy grupa została podzielona na 15 kobiet i 15 mężczyzn.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego za pomocą kwestionariusza ankiety, uzupełniono go wywiadem, obserwacją i analizą dokumentacji medycznej.

Kwestionariusz umożliwił zebranie informacji dotyczących ogólnych danych o respondencie, przebiegu choroby, problemów z jakimi spotkali się respondenci, objawów choroby, jak również innych problemów socjomedycznych.

Kwestionariusz skierowany był do osób z rozpoznaną depresją. Na podstawie badań stwierdzono że:

1. W badanej grupie depresja obniża prawidłowe pełnienie ról w rodzinie, prowadzi do nie wywiązywania się z obowiązków domowych oraz ogranicza kontakty chorego z otoczeniem.
2. W trakcie badania ujawniły się następujące problemy medyczne:

- lęk,
- bezsenność,
- brak apetytu,
- zmęczenie,
- martwienie się,
- drażliwość,
- wycofanie,
- dolegliwości bólowe.

3. Ogranicza możliwość pełnienia ról zawodowych, a w następstwie prowadzi do złej sytuacji finansowej chorego i jego rodziny.

4. Depresja wpływa na radzenie sobie w sytuacjach nowych i trudnych. Choroba ogranicza szukanie pomocy profesjonalnej i wpływa na możliwość realizowania marzeń i dążeń.

5. Depresja w znacznym stopniu ogranicza zainteresowania, powoduje zubożenie życia wewnętrznego i prowadzi do znacznego upośledzenia kontaktów społecznych.

6. U chorych z depresją ujawniły się następujące problemy społeczne:

- izolacja społeczna,
- zaburzenia funkcjonowania społecznego,
- kłopoty z komunikacją z innymi ludźmi.

7. Chorzy na depresję muszą systematycznie stosować farmakoterapię, oraz stosować inne formy wspomagające leczenie w postaci psychoterapii.

8. Choroba wymaga regularnych wizyt u lekarza specjalisty jak również leczenia u lekarza pierwszego kontaktu.

9. Występuje również konieczność udziału rodziny w leczeniu chorego, oraz jej edukacja.

10. Obserwuje się znaczne różnice w przebiegu choroby u mężczyzn i kobiet,

co nie, pozostaje bez wpływu na działania medyczne. ■

opracowała
Karina Mazur

Nieswoiste zapalenia jelita grubego i cienkiego

W domowym postępowaniu przedlekarskim stany zapalne są trudne do rozpoznania, choć można często z dużym prawdopodobieństwem ustalić porę i rodzaj spożytych pokarmów, które je spowodowały. W przypadku ostrych bólów, podejrzanych przyczynę zakaźną, próbka niespożytej części pokarmu lub płynu (np. mleka) powinna być poddana badaniu w stacji sanitarno-epidemiologicznej (a reszta odpowiednio zabezpieczona i następnie zniszczona zgodnie z wymogami sanitarno-epidemiologicznymi), aby uniknąć rozprzestrzeniania się tego typu zakażenia.

Wyróżniamy:

- z punktu widzenia lokalizacji anatomicznej – **zapalenie jelita cienkiego i grubego**
- z punktu widzenia przyczyn je wywołujących i mechanizmów rozwoju (zakażenia bakteryjne, wirusowe, pasożytnicze, grzybicze), toksyczne (endotoksyny bakteryjne substancje toksyczne w mocznicy),
- z punktu widzenia czasu rozwoju, przebiegu i intensywności objawów klinicznych – **ostre i przewlekłe**,
- zapalenie o nie ustalonej jednoznacznie przyczynie (**choroba Crohna, wrzodziejąco-krwotoczne zapalenie jelita grubego**).

Wśród odczuwalnych dolegliwości dominują przede wszystkim:

- bóle
- wzdęcia,
- przelewanie i tzw. kruczenie w jamie brzusznej,
- niestrawność i niesmak,
- biegunka z papkowatym lub półpłynnym kałem, w którym można niekiedy zauważyć resztki nie strawionych pokarmów.

Nieswoiste zapalenia jelit

Najczęstszym typem zapaleń jelit, które występują zazwyczaj po błędach dietetycznych, przeciążeniu przewodu pokarmowego nadmiernym spożyciem różnych pokarmów i płynów, nieświeżych potraw lub źle tolerowanych pokarmów, zwłaszcza u osób z niedostatecznym wydzielaniem soków trawienych, są nieswoiste zapalenia jelit.

Czynniki psychiczne (np. silne zdenerwowanie i lęk przed poważnym egzaminem lub sytuacją życiową) mogą sprzyjać ich wystąpieniu. Nieswoiste zapalenia jelit mogą dotyczyć zarówno jelita cienkiego, jak i grubego, lub też całego odcinka przewodu pokarmowego łącznie.

Zapobieganie

Polega na przestrzeganiu podstawowych zasad higieny życia codziennego, zwłaszcza dotyczących przetrzymywania i przygotowania wszelkich produktów spożywczych oraz higieny osobistej rąk (mycie przed posiłkiem).

Choroba Leśniowskiego-Crohna

Jest to przewlekły stan zapalny występujący na całej grubości ściany jelita. Zmiany zapalne mają charakter ogniskowy-obszary zmienione chorobowo zwykle są oddzielone od siebie odcinkami zdrowymi. Choroba dotyka głównie ludzi młodych, zarówno kobiety jak i mężczyzn w wieku 20- 40 lat. W Polsce jest ok. 6 tys. potwierdzonych przypadków. Szacuje się, że liczba chorych może wynosić nawet 17 tys. Z terapii biologicznej korzysta tylko ok. 600 pacjentów.

Objawy

Zależą od lokalizacji, rozległości i stopnia zaawansowania zmian w przewodzie pokarmowym. Często pierwsze objawy są niespecyficzne, a choroba zaczyna się skrycie, co utrudnia i opóźnia postawienie prawidłowej diagnozy. Najczęstszym początkowym objawem są bóle brzucha, zwykle niespecyficzne, o kolkowym lub wrzodowym charakterze. Nierzadko występuje gorączka, niedokrwistość, a u dzieci zaburzenia wzrostu. Ponad połowa pacjentów cierpi na biegunkę o różnym nasileniu. Innymi objawami są: brak łaknienia, nudności, wymioty, krwawienia z odbytu, spadek masy ciała i ogólne wyniszczenie organizmu.

Bardzo charakterystyczne dla choroby L-C są zmiany okołoodbytnicze jak ropnie, przetoki, szczeliny czy naddatki skórne. We wszystkich postaciach choroby ważnym objawem przedmiotowym jest guz wyczuwalny w miejscu odpowiadającym lokalizacji zmian patologicznych.

W większości przypadków choroba charakteryzuje się naprzemiennymi okresami zaostrzeń i remisji (ustąpienie objawów). Niestety, czasami przybiera agresywną postać wymagającą stałej terapii i licznych zabiegów operacyjnych, co może prowadzić do znacznego inwalidztwa.

Przyczyny

Przyczyny do końca nierozpoznane. Przyjmuje się, że dużą rolę odgrywa czynnik genetyczny. Za tą teorią przemawia rodzinne występowanie choroby. Podłoże choroby może mieć charakter środowiskowy, na co wskazują m.in. znaczne różnice w występowaniu tej choroby w różnych regionach geograficznych i wśród różnych populacji. Podczas gdy pierwotna przyczyna nie swoistych zapaleń jelita czeka na wyjaśnienie. To udział zaburzeń immunologicznych w mechanizmie powstawania tych chorób został już udowodniony. Liczne badania wykazały, że w tkankach zmienionych w przebiegu choroby zachodzi wzmożona aktywność komórek uczestniczących w obronie immunologicznej organizmu. Pobudzone komórki wytwarzają



zwiększone ilości substancji, od których zależy rozwój zapalenia jelita.

Z uwagi na przewlekły charakter choroby, **można tylko „zaleczyć”**. Celem leczenia jest opanowanie stanu zapalnego, uzupełnienie niedoborów pokarmowych, złagodzenie objawów oraz przywrócenie normalnego rozwoju fizycznego u dzieci. Stosuje się również leczenie podtrzymujące, którego celem jest zapobieganie nawrotom choroby, czyli podtrzymanie remisji.

W aktywnej fazie choroby zastosowanie mają przede wszystkim leki o działaniu przeciwzapalnym i immunosupresyjnym (hamującym niekorzystne odczyny odpornościowe). Lekami pierwszego rzutu są aminosalicylany i kortykosteroidy. W cięższych stanach głównymi lekami są kortykoidy wstrzykiwane dożylnie, a w przypadku braku poprawy leki immunosupresyjne. Niestety, standardowa terapia nie we wszystkich przypadkach jest skuteczna.

Najnowszym standardem w terapii pacjentów z chorobą Leśniowskiego – Cohna jest leczenie biologiczne.

W Polsce odpowiednią rejestrację mają dwa leki – infliksymab i adalimumab. Oba leki stanowią opcję terapeutyczną w szeregu chorób tkanki łącznej oraz w chorobie Leśniowskiego – Cohna. W przypadku infliksymabu rejestracja obejmuje także wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa). Infliksymab można stosować zarówno u dzieci, jak i u dorosłych – adalimumab można podawać jedynie osobom dorosłym. Skuteczność obydwu leków została potwierdzona w toku licznych badań klinicznych. Dzięki nowoczesnej terapii biologicznej pacjenci mogą liczyć na długo trwającą poprawę zdrowia, a tym samym normalnie funkcjonować.

Gdy leczenie farmakologiczne nie przynosi pożądanych rezultatów, ostatecznością jest leczenie operacyjne polegające na usunięciu odcinka jelita, który jest czynnie zajęty procesem zapalnym. Leczenie operacyjne ma niestety niewielki wpływ na dalszy przebieg choroby i nie chroni przed nawrotami i kolejnymi interwencjami chirurgicznymi. Niektórzy pacjenci przechodzą wielokrotne operacje, mają problemy z normalnym odżywianiem się, czasem dochodzi do wyłonienia stomii, czyli tzw. sztucznego odbytu.

Autorem pierwszego polskiego opisu choroby jest prof. Antoni Leśniowski z Warszawy, który w 1904 r. przedstawił przypadek zapalnego guza jelita cienkiego z przetoką. W 1932 r. lekarze z Nowego Jorku – Crohn, Ginzburg i Oppenheimer wyodrębnili i opisali jako nową jednostkę kliniczną i patologiczną zapalenie końcowego odcinka jelita krętego. Od tego czasu nazwę łączy się z nazwiskiem Cohna, w Polsce używamy nazwy „choroba Leśniowskiego – Cohna”.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Choroba charakteryzuje się procesem zapalnym występującym w odbytnicy, który może się szerzyć w sposób ciągły na dalsze odcinki jelita grubego. U pacjentów z takim schorzeniem zawsze zajęta jest odbytnica, w 50-54% odbytnica i esica, a w 20% całe jelito grube. W nielicznych przypadkach zmiany mogą objąć końcowy odcinek jelita cienkiego. Stan zapalny jelita grubego ograniczony jest z reguły jedynie do błony śluzowej, zaś pozostałe warstwy ściany jelita pozostają niezmienione.

Choroba przebiega najczęściej w postaci ostrych rzutów (zaostreżeń), podzielonych okresami remisji (wyciszenia). Najczęściej występujące objawy to biegunka, bóle brzucha, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, gorączka, utrata masy ciała, krwiste biegunki. W najcięższych przypadkach choroba charakteryzuje się nasileniem powyższych objawów, a także niedokrwistością, podwyższoną leukocytozą (wzrost liczby krwinek białych), osłabieniem, odwodnieniem, przyspieszonym biciem serca, obniżeniem stężenia sodu, potasu, a nawet zagrażającym życiu masywnym krwawieniem lub perforacją jelita.

Przyczyny kolejnych nawrotów pozostają nieznane. Dużą rolę przypisuje się stresowi, zmianom w sposobie odżywiania, stosowaniu leków przeciwbólowych, zakażeniom pokarmowym, oraz infekcjom innych narządów. Zarówno początek choroby, jak i przebieg następnych zaostreżeń może charakteryzować się różnym nasileniem objawów od postaci łagodnej do bardzo ciężkiej.

Leczenie:

Leczenie obejmuje stosowanie leków przeciw zapalnym i kortykosteroidów (przy nasilonych objawach). Jeżeli stan zapalny obejmuje jelito grube i odbytnicę, leki można podawać w postaci wlewek. Dawki leków zmniejsza się w okresie pomiędzy „atakami”, ale należy je stale przyjmować, aby uniknąć nawrotów dolegliwości.

opracowała
Urszula Kostarczyk

Postępowanie anestezyjologiczne w urazach czaszkowo-mózgowych.

Mózgowy przepływ krwi:

- CBP = 50ml/100g/min,
- CBF = CPP/opór naczyń mózgowych,
- Zależy od: RR, pCO₂, pO₂ i zapotrzebowania metabolicznego mózgu.

Wpływ RR na przepływ mózgowy:

- Autoregulacja utrzymuje stały CBF przy szerokich granicach MAP (50-150mmHg) przez skurcz lub rozkurcz arterioli, poza tymi granicami CBF zmienia się proporcjonalnie do MAP,
- Upośledzenie autoregulacji przepływu przez uraz, obrzęk, hipokseję, hiperkarbię, anestetyki uzależnia przepływ mózgowy od MAP.

Wpływ PaCO₂:

- W zakresie od 20-80mmHg wzrost PaCO₂ o 1mm powoduje wzrost przepływu mózgowego o 1-2mm/100g/min.

Wpływ PaO₂:

- CBF znacząco wzrasta przy PaO₂ powyżej 60mmHg

Ciśnienie śródczaszkowe ICP:

- ICP odzwierciedla stosunek objętości zawartości jamy czaszki (mózg, krew, płyn mózgowo-rdzeniowy) do pojemności tej jamy, 5-15mmHg,
- Wzrost ICP obniża przepływ mózgowy, prowadząc do niedokrwienia i niedotlenienia tkanki mózgowej.

Objętość wewnątrzczaszkowa ICP:

- Początkowo wzrost objętości nie podnosi ICP dzięki podatności tkanki mózgowej,

• Dalsze zwiększenie objętości wewnątrzczaszkowej powoduje liniowy wzrost ICP.

Przyczyny podwyższenia ICP w urazie głowy:

- Krwíak wewnátrzcászkowy,
- Ogniskowy obrzék mózgu, wokół ogniska stłuczenia lub krwiaka,
- Rozlane obrzmienie mózgu („przekrwienie mózgu”),
- Rozlany obrzék mózgu po niedokrwieniu (cytotoksyczny),
- Zatkanie dróg dopływu płynu mózgowo-rdzeniowego.

Objawy wzrostu ICP:

- Ból głowy,
- Nudności i wymioty,
- Zaburzenia świadomości,
- Objawy wklínowania mózgu (przepychanie tkanki mózgowej do innych przedziałów wewnátrzcászkowych lub poza czaszkę).

Cechy wklínowania:

- Nadciśnienie (odruch Cushinga),
- Tachy- lub bradykardia,
- Zaburzenia oddychania,
- Porażenie nerwu II (rozszerzanie źrenic) i nerwu VI (odwodzącego) po stronie uszkodzonej,
- Niedowład połowiczy po stronie przeciwnej (ucisk konaru mózgu),
- Głęboka śpiączka,
- Zatrzymanie oddechu.

Zwalczanie nadciśnienia śródczaszkowego:

- Ochrona przed hipoksją i hiperkardią,
- Ochrona przed hipotensją,
- Kontrolowana hiperwentylacja ($\text{PaCO}_2 = 30\text{--}33\text{mmHg}$),
- Drenaż żylny:
 - o Uniesienie głowy do $15\text{--}30^\circ$,
 - o Unikanie zginania szyi,
 - o Zapobieganie wzrostowi ciśnienia w klatce piersiowej,
- Barbiturany – obkurczające naczynia mózgowe zmniejszające mózgową objętość krwi,
- Wysoka osmolarność osocza – zmniejsza obrzék mózgu i jego objętość,
- Drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego (np. przez cewnik do pomiaru ICP).

Uszkodzenia urazowe mózgu:

- Pierwotne:
 - o Ogniskowe,
 - o Rozlane,
- Wtórne:
 - o Wskutek hipoksemii,
 - o Niedokrwienia,
 - o Wzrostu ICP,

Uszkodzenia rozlane:

- Gwałtowne przyspieszenie lub deceleracja przemieszczają mózg i uderzone w twarde kości czaszki – stłuczenie mózgu,
- W wyniku przeciążeń powstają wewnątrz mózgu siły rozrywające włókna osiowe istoty białej – uszkodzenie aksonalne,
- Mniejsze siły powodują tylko napinanie włókien i ich przejściową dysfunkcję – wstrząśnienie mózgu.

Uszkodzenia ogniskowe:

- Złamanie kości czaszki:
 - o Sklepienia (liniowe lub z wgłębieniem),
 - o Podstawy,
- Krwíak nadopónowy (złamanie kości sklepienia sprzyja odwarstwieniu opony nad którą gromadzi się krew):
 - o Powoduje ucisk mózgu,
- Krwíak podopónowy (podtwardówkowy) lub krwiaki śródmózgowe powstają na skutek rozrywania żył mózgowych lub

zranienia powierzchni mózgu (uszkodzenie naczyń opon miękkich) – 4* częściej niż nadopónowe.

Cele postępowania w urazie głowy:

- Zapewnienie optymalnych warunków dla naprawy uszkodzeń urazowych mózgu,
- Zapobieganie wtórnemu uszkodzeniu przez zapobieganie i leczenie powikłań urazu.

Zasady postępowania w urazach głowy:

- Ocena stanu świadomości,
- ABC,
- Ustalenie mechanizmu i zakresu urazu (wywiad),
- Ocena obrażeń,
- Stabilizować ewentualne złamanie kręgosłupa szyjnego dopóki nie zostanie wykluczone.

Ocena stanu świadomości:

- Ocena wstępna AVPU:
 - o Alert (przytomny),
 - o Voice (reaguje na głos),
 - o Pain (reaguje na ból),
 - o Unconscious (nieprzytomny).
 - Ocena wtórna – Glasgow Come Scale (GCS),
- Skala Glasgow !!!

- < 8pkt – intubujemy bez względu na stan.

Zadania anestezjologa:

- Zapewnienie drożności dróg oddechowych z intubacją włącznie,
 - Sedacja do zabiegów diagnostycznych (TK),
 - Znieczulenie do zabiegów neurochirurgicznych lub leczenia operacyjnego innych obrażeń ciała.
- Trudny pacjent z uwagi na współistnienie:
- Ciasnoty śródczaszkowe,
 - Potencjalnie niestabilnego kręgosłupa szyjnego,
 - Pełnego żołądka,
 - Innych obrażeń:
 - o twarzoczaszki i szyi (niędrożność dróg oddechowych i utrudnienia w intubacji),
 - o jamy brzusznej lub klatki piersiowej (wstrząs).

Wskazania do intubacji:

- nieprzytomny – brak odruchów obronnych gardłowych i krtniowych,
- krwawienie do jamy nosowo-gardłowej, urazy twarzoczaszki z niędrożnością górnych dróg oddechowych,
- objawy niewydolności oddechowej (ochrona przed hipoksemią i hiperkardią),
- jako element leczenia nadciśnienia śródczaszkowego (hiperwentylacja kontrolowana, śpiączka barbituranowa).

Intubacja w urazach głowy:

- przez usta w laryngoskopi bezpośredniej (jako szybka i pewna),
- manewr Sellicka (nie za silny),
- z ręcznym unieruchomieniem kręgosłupa szyjnego w osi,
- w uśpieniu (bez kaszlu) i zwiótczeniu.

MILS – manual in-line stabilization:

- nie rozciągać nadmiernie kręgosłupa w osi – może to powodować dystrakcję i sublokację w miejscu urazu,
- stosować taką siłę, by zrównoważyć siły generowania w czasie intubacji i zredukować przemieszczanie rdzenia kręgowego w czasie intubacji.

Przez nos?

Intubacja oraz zgłębniowanie żołądka jest przeciwwskazana przy stwierdzeniu lub podejrzeniu złamania podstawy czaszki.

Nadciśnienie w urazie głowy:

- może być skutkiem reakcji obronnej organizmu:
 - o nie stosować leczenia hipotensyjnego lecz przeciwoibrzękowe,



o znacznie groźniejsza jest hipotensja!

Drgawki:

- są skutkiem bezpośredniego urazu mózgu lub objawem narastania krwaka śródczaszkowego,
- wymagają pilnego leczenia przyczynowego (odbarczenie krwaka) oraz objawowego (leki przeciwdrgawkowe),
- ponieważ silnie zwiększają metabolizm mózgu i pogarszają jego bilans tlenowy w warunkach podwyższonego ICP.

Znieczulenie specyficzne:

- brak dostępu do głowy i dróg oddechowych w czasie zabiegu,

• szyja często przegięta lub skręcona (STOSOWAĆ RURKI ZBROJONE),

• trudna ocena śródoperacyjnej utraty krwi – opierać się na objawach klinicznych i powtarzanych badaniach morfologii,

• zabiegi często długotrwałe, zapobiegać:

- o hipotermii,
- o powikłaniom z ułożenia (uciski naczyń obwodowych),
- o gromadzeniu wydzieliny w drogach oddechowych.
- o Unikać spadków ciśnienia osmotycznego osocza które nasilają obrzęk mózgu:

□ Nie przewadniać,

□ Unikać przetoczenia płynów hiposomalnych (glukoza 5%, glukoza/NaCl 2:1

o Unikać hiperglikemii:

□ Nasila glikolizę beztlenową w obszarze niedokrwinnym i kwasicę wewnątrzkomórkową,

□ Utrzymywać glikemię 100-150mg%.

Dobór leków w znieczuleniu:

• Do wprowadzenia Thiopental:

- o Spadek ICP,
- o Spadek metabolizmu mózgu (cytoprotekcja),
- o Silne działanie przeciwdrgawkowe,
- Przy obecnej lub podejrzanej hipowolemi – Etomidat (z uwagi na potencjalne działanie prodrżawkowe poleca koindukcję z Midazolanem),
- By zmniejszyć odpowiedź na karcynę: Fentanyl lub Lidokaina i.v.

Zwiotczenie:

- Sukcynylocholina - może powodować przejściowy wzrost ICP, ale jednak preferowana (po prekuracji), gdyż:
- o Niedepolaryzujące – zbyt długi czas do zwiotczenia:

□ Konieczna wentylacja czynna przez maskę twarzową,

Podtrzymywanie znieczulenia:

- analgetyki opiaidowe,
- niedepolaryzujące środki zwiotczające,
- anestetyki dożylne w ciągłym wlewie:
- o Thiopental z wyboru (gdy pacjent stabilny hemodynamicznie),

o Midazolam,
Wentylacja O₂ przez powietrze.

PaCO₂ = 30mmHg.

A gazy i anestetyki lotne?:

- N₂O powoduje wzrost RR w powstających lub obecnych przestrzeniach obecnych w jamie czaszki (do kraniotomii względnie przeciwwskazany),

• Środki wziewne zwiększają CBF i ICP.

Wybudzenie:

• Wybudzać pacjentów przed zabiegiem przytomnych, bez cech nadciśnienia śródczaszkowego,

• Zredukować odruchy i kaszel przy ekstubacji (Lidokaina),

• Pacjent z zaburzeniami świadomości przed zabiegiem oraz cechami wzrostu ICP, dalsze leczenie OIOM.

Dalsze leczenie OIT:

- Sedacja (ewentualnie Thiopentalon),
- Analgezja,
- Wentylacja mechaniczna (PaCO₂ około 30mmHg),
- Drenaż żylny,
- Leczenie przeciwobrzękowe,
- Ewentualnie monitorowanie ICP, EEG,
- Kontrola świadomości (sedować czy wybudzać).

Pogorszenie stanu neurologicznego:

- Hipoksja (drożność dróg oddechowych, RTG),
- Niedokrwienie (tętno, RR, morfologia – wykluczyć krwawienie),

• Zaburzenia metaboliczne (mocznik, elektrolity),

• Krwaki (TK kontrolne),

• Drgawki (zapobiegać),

• Neuroinfekcje (po urazie otwartym, złamaniu podstawy, zabiegu):

o TK,

o Punkcje lędźwiowe,

o Badanie i posiew płynu mózgowo-rdzeniowego.

Bibliografia;

Anestezja praktyczna

Robinson N, Hall G

Wyd. 1, PZWL, 2006

Anestezjologia i intensywna terapia

Janusz Czesław Andres, Anna Ludwika Dyaczyńska – Hermasz

Jerzy Wojciech Garstka

Wyd. PZWL, 2009



opracowała

Małgorzata Wardyńska

BiRaKo[®]
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Druki medyczne dla:

przychodni, szpitali, gabinetów lekarskich, stomatologicznych, laboratoriów

Ponadto oferujemy: ARTYKUŁY BIUROWE, KUPONY REKUS, DRUK RECEPT LEKARSKICH

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



NOWOŚCI W ZBIORACH BIBLIOTEKI PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE!

LP	TYTUŁ	AUTOR	NR INWENTARZOWY
1.	Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Podręcznik dla studiów medycznych	Elżbieta Walewska, Lucyna. Ścisło	606,607
2.	Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych	Anna Koper	608,609
3.	Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych	Grażyna Jurkowska, Katarzyna Łagoda	610
4.	Pielęgniarstwo transkulturowe Podręcznik dla studiów medycznych	Anna Majda, Joanna Zalewska-Puchał, Beata Ogórek-Tęcza	611
5.	Fizjologia człowieka	Jan Górski	612,613
6.	Genetyka medyczna,	Tadeusz Mazurczak /John Bradley, David Johnson, Barbara Pober/	614
7.	Biochemia. Podręcznik dla studentów medycznych studiów zawodowych	Kazimierz Pasternak	615, 616
8.	Położnictwo praktyczne o operacje położnicze	Joachim W. Dudenhausem	617
9.	Stany nagłe w położnictwie,	Ewa Dmucha-Gajzlerska /M. Woollard, K. Hinshaw/	618
10.	Noworodek i jego rodzina. Praktyka położnicza	G. Iwanowicz-Palus H.Lumsden,D. Holmes/	619
11.	Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych	Teresa Widomska - Czekajska	620,621,622
12.	Idea samorządności	Urszula Krzyżanowska	623
13.	W hołdzie Hannie Chrzanowskiej	Hanna Paszko Tadeusz Wadas	624

GODZINY PRACY BIURA OIPI

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

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰



**STAROSTA CZĘSTOCHOWSKI
ANDRZEJ KWAPISZ**

*Prawdziwym zadaniem medycyny jest w miarę możliwości leczyć,
a zawsze zapewniać opiekę. (To cure if possible, always to care)
Jan Paweł II*

Szanowna Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych w imieniu Rady i Zarządu Powiatu Częstochowskiego na Pani ręce składam wyrazy głębokiego szacunku i uznania dla wszystkich Pielęgniarek i Położnych, które z wielką ofiarnością i profesjonalizmem służą mieszkańcom naszego powiatu.

Dziękuję za Wasze poświęcenie, odpowiedzialność i zaangażowanie, a także za życzliwość i serdeczność, która łagodzi cierpienia pacjentów oraz ułatwia im walkę z chorobą.

Wszystkim Paniom życzę, by Ich wysiłek został należycie doceniony, a praca na rzecz ludzi chorych była źródłem satysfakcji i zawodowej dumy.

Z wyrazami szacunku

STAROSTA
Andrzej Kwapisz

RPIP
OKRĘGOWA RADA
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
W KATOWICACH

Katowice, dnia 12 maja 2012r

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej pragnę złożyć najserdeczniejsze z serca płynące życzenia. Niech ten dzisiejszy dzień odświętny i uroczysty napelni Wasze serca otuchą i odwagą w pełnieniu misji, jaką jest wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej.

W tak trudnym dla nas okresie zmian w sektorze ochrony zdrowia Wasza wytrwałość jest najlepszym świadectwem człowieczeństwa pisanego przez duże „C”.

Z wyrazami szacunku

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Katowicach
dr Małgorzata Bartuszek

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

Wyrazy głębokiego
współczucia
Pani Ewie Kucharskiej
z powodu śmierci

Taty

składają
Pielęgniarki i Położne
Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
Częstochowie.

*„Bliscy naszemu sercu,
zawsze pozostaną
głęboko w naszej pamięci...”*

Głębokie wyrazy
współczucia
Pani Ewie Kucharskiej
z powodu śmierci

Taty

Składają:
Dyrekcja, Pielęgniarki
i Położne SP ZOZ-u Miejskiego
Szpitala Zespołowego
w Częstochowie.



„Idziesz przez życie,
nagle zabrakło kogoś....
Tej, która zawsze
była obok.”



Z ogromnym żalem i smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 14 maja 2012 roku odeszła od Nas w wieku 58 lat wspaniała koleżanka

BERNARDA DROŹDŹ

Od szesnastu lat była Pracownikiem Sekretariatu
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Zawsze wyróżniała ją wysoki profesjonalizm, była bardzo sumienna,
odpowiedzialna i pracowita.

Benia była zawsze uśmiechnięta i optymistycznie nastawiona do życia.

Zawsze mogliśmy liczyć na jej pomoc,
nigdy nie odmawiała wsparcia potrzebującym tak w życiu prywatnym jak
i zawodowym.

Zawsze była otoczona wspaniałą rodziną: kochającą matką, rodzeństwem
i córkami.

Kochana Beniu

byłaś koleżanką, przyjaciółką, świetną pracownicą, ale przede wszystkim
człowiekiem wielkiego serca.

Będzie nam Ciebie bardzo brakowało, Twojego przyjaznego gestu, słów
pocieszenia w trudnych życiowych chwilach, wsparcia i ogromnego ciepła,
które od Ciebie zawsze emanowało.

Odeszłaś w trudach cierpienia, w ciężkiej chorobie, odeszłaś tak szybko, że nie
zdążyliśmy się Tobą nacieszyć.

Odeszłaś, lecz My będziemy Cię pamiętać.
Pozostaniesz na zawsze w naszych sercach.

**Przewodnicząca oraz Pracownicy Biura
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.**

Regionalna Konferencja Naukowa
“Współczesna anestezjologia i intensywna terapia.
Diagnostyka w intensywnej terapii.”
Częstochowa 19-20 kwietnia 2012 roku



Egzamin kursu specjalistycznego dla pielęgniarek
„Szczepienia ochronne”
Zorganizowany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie
Myszków 17 maja 2012 roku

