

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



5 czerwca 2012 rok

**Konferencja szkoleniowa dla pielęgniarek
„Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych”**

Czerwiec 2012r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek
„Pielęgniarstwo psychiatryczne”
Ośrodek Szkoleniowy OIPiP Dnia 6 czerwca 2012 roku.



W NUMERZE:

NFZ	1
Min. Pracy i Polityki Społecznej	1
Uchwały prezydium	2
Kalendarium	3
Forum Kobiet	3
Prawo	5
Szkolenia	7
Informacje	10
Konferencja "Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekłe chorych i niepełnosprawnych"	13
Prace autorskie	19
Informacje	24

**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.czest.pl

sekretariat@oipip.czest.pl
www.oipip.czest.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 Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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

Narodowy Fundusz Zdrowia

Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach
Katowice, dnia 5 czerwca 2012 r.

Pani
mgr Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek
Położnych w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca

Pragnę przekazać wyrazy uznania za Pani starania w prowadzeniu działalności, której celem jest kształtowanie coraz sprawniejszej, lepszej i godnej ochrony zdrowia. Podjęty podczas konferencji szkoleniowej temat „Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych” wpisuje się w ważny i godny uwagi nurt medycyny, gdzie pacjent wymagający troski wyjątkowej zajmuje należne mu miejsce.

Niezmiennie z szacunkiem przyjmuję aktywność Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, służącą ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa oraz jej zaangażowanie w sprawy stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa i organizacji ochrony zdrowia.

Proszę przyjąć życzenia owocnych obrad. ■

z poważaniem
Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
dr n. med. Zygmunt Klośa

Min. Pracy i Polityki Społecznej**MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
DEPARTAMENT POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ**

Warszawa, 10 maja 2012 r.

Szanowna Pani Przewodnicząca!

Pani Halina Synakiewicz Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

W odpowiedzi na przesłane Stanowisko Delegatów II Zjazdu VI kadencji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w sprawie utrzymania zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej, uprzejmie wyjaśniam, że:

Dom pomocy społecznej będąc jednostką organizacyjną pomocy społecznej, zaspokaja podstawowe potrzeby bytowe mieszkańców, nie sprawuje natomiast funkcji leczniczych i nie zapewnia świadczeń medycznych. Osoba wymagająca pomocy medycznej mieszkająca w domu pomocy społecznej ma prawo do takich samych świadczeń opieki pielęgnacyjnej, jak osoba zamieszkująca w domu rodzinnym, czyli może zatem na miejscu, w domu pomocy społecznej korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na analogicznych zasadach jak w domu pacjenta, w tym: świadczeń lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowym.

Ustawa o pomocy społecznej w art. 55 wskazuje, że dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywi-

dualnych potrzeb osób w nim przebywających, natomiast art. 58 wskazuje, iż **po stronie domu leży obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego co oznacza, że dom może do zatrudniać personel, który realizuje świadczenia ponadstandardowe.**

Zapewnienie usług zdrowotnych osobom ubezpieczonym leży w kompetencjach ochrony zdrowia. Dom Pomocy Społecznej nie może zawierać umów na świadczenie usług zdrowotnych ponieważ nie jest zakładem opieki zdrowotnej. Ograniczenia, te wynikają z procedur i rozwiązań prawnych opracowywanych w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej jako osoby wymagające opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, w szczególności mogą korzystać z kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka długoterminowa i psychiatryczna środowiskowa opieka domowa.

W przypadku pacjentów z rozpoznaną chorobą psychiczną, którzy korzystają z opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej czy też środowiskowej psychiatrycznej, nie podlegają ocenie skali Barthel. Od pacjentów tych, zgodnie z odrębnymi obowiązującymi przepisami prawa, nie jest wymagane również skierowanie. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych dla tej grupy pacjentów odbywa się zgodnie z zarządzeniem Nr 60/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień jak również rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Reasumując pragnę podkreślić, iż kwestia dostępu do świadczeń zdrowotnych należnych mieszkańcom domów pomocy społecznej w ocenie tutejszego resortu nadal nie jest rozwiązana w sposób satysfakcjonujący i czynione są dalsze starania, aby doprowadzić do zmiany przepisów prawnych w tym zakresie w taki sposób aby dla mieszkańców domów pomocy społecznej został wypracowany oddzielny produkt w zakresie opieki pielęgniarstwie. ■

z poważaniem
Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej
Krystyna Wyrwicka

**MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
DEPARTAMENT UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

Warszawa, 21 maja 2012 r.

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
ul. Pułaskiego 25
42-200 Częstochowa

W odpowiedzi na Państwa wystąpienie, dotyczące podwyższenia i zrównania wieku emerytalnego, Departament Ubezpieczeń Społecznych uprzejmie przedstawia, co następuje.

Podwyższenie wieku emerytalnego mężczyzn i kobiet do 67 lat jest uzasadnione zarówno ze względów demograficznych, jak i ekonomicznych. Od kilku lat w Polsce występuje ubytek rzeczywistej ludności. Wskutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej naszego społeczeństwa.

Zmiany te wynikają z zachodzących równolegle dwóch procesów: załamania przyrostu naturalnego społeczeństwa, któremu towarzyszy przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym.

Obecnie systematycznie maleje liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym. Od roku 1990 liczba ta zmalała o ok. 4,1 mln. Do 2035 r. prognozuje się jej dalszy spadek o ponad 1,6 mln. Równocześnie stale rośnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym. W chwili obecnej jest to blisko 6,3 mln osób, jednakże w następnych latach nastąpi jej znaczny przyrost, jak się przewiduje, o ponad 3,3 mln osób do 2035 r.

Liczba osób w wieku produkcyjnym, a więc tych, które mogą sfinansować świadczenia emerytalne, na przestrzeni ostatnich kilku lat ustabilizowała się na poziomie ok. 24,5 mln osób. Ta sytuacja ulegnie jednak pogorszeniu. Dla przykładu, w roku 2020 osób w wieku produkcyjnym będzie ok. 22,5 mln, a w 2035 r. nastąpi dalszy spadek ich liczby do ok. 20,7 mln osób.

W konsekwencji wzrośnie relacja liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym (czyli tzw. wskaźnik obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym). O ile w chwili obecnej na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 26 osób w wieku poprodukcyjnym, to w 2020 r. będzie to już 37 osób, natomiast w 2035 - 46.

Jest to zjawisko bardzo niepokojące, które - jeśli nie zostaną podjęte działania w kierunku przeciwdziałania jemu - w przyszłości mogłoby doprowadzić do realnego zagrożenia utraty płynności finansów ubezpieczeń społecznych.

Zmiana proporcji liczby osób w wieku poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym wiąże się także z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia wskutek znacznej poprawy zdrowia i jakości życia społeczeństwa. Jest to oczywiście zjawisko korzystne społecznie, jednakże w kontekście ubezpieczeń społecznych - zjawisko prowadzące do wydłużenia okresu pobierania świadczenia emerytalnego i w konsekwencji dalszego obciążania systemu finansowego ubezpieczeń.

Z tych też względów proponuje się, aby od roku 2013 stopniowo zrównywać i podwyższać wiek emerytalny, wynoszący obecnie 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn. Zgodnie z przedłożeniem rządowym, wiek emerytalny co cztery miesiące podwyższany będzie o miesiąc. Oznacza to, iż docelowy wiek emerytalny 67 lat w przypadku mężczyzn osiągnięty zostanie w roku 2020, a w przypadku kobiet w roku 2040.

Równocześnie należy podkreślić, że w nowym systemie obowiązuje zasada zdefiniowanej składki na ubezpieczenie emerytalne, co oznacza, że wysokość emerytury zależy od wieku przejścia na emeryturę oraz kwoty składek wpłaconych w całym okresie aktywności zawodowej. Emerytura obliczona zgodnie z nową formułą jest równa kwocie uzyskanej w wyniku podzielenia podstawy obliczenia (zwaloryzowanej kwoty wpłaconych składek emerytalnych) przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę. Dłuższa obecność na rynku pracy wpłynie korzystnie na oba parametry decydujące o wysokości świadczenia, przede wszystkim poprzez zwiększenie kwoty składek zewidencjonowanych na indywidualnym koncie osoby ubezpieczonej. Stąd tak ważne jest zrównanie i podniesienie wieku

emerytalnego kobiet i mężczyzn. Oznacza ono bowiem wyższe świadczenia w przyszłości.

Podwyższenie wieku emerytalnego ma dotyczyć wszystkich ubezpieczonych objętych przepisami ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a więc również pielęgniarce i położne.

Równocześnie Departament pragnie podkreślić, że ujednolicenie wieku emerytalnego na poziomie 67 lat nie naruszy uprawnień do emerytury pomostowej, z których korzystają pielęgniarce i położne wymienione w pkt 18, 22, 23 i 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm).

Główny Specjalista
Wojciech Kwasnyk



Uchwały prezydium

Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 30.05.2012 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarce i położnych w kwocie:
 - 5,000 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za studia podyplomowe.
- Wykreślono z rejestru Okręgowej Rady 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 Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dziewięć pielęgniarek.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki trzem pielęgniarkom wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.
- Wpisano do rejestru członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarce i położnych pod numerem 11/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Agencja Usług Oświatowych „Omnibus” Sp. z o. o. Rodzaj i dziedzina kształcenia: szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa operacyjne” - program przeznaczony dla pielęgniarce.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarce i położnych pod numerem 12/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Agencja Usług Oświatowych „Omnibus” Sp. z o. o. Rodzaj i dziedzina kształcenia: szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo kardiologiczne” - program przeznaczony dla pielęgniarce.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarce i położnych pod numerem 13/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Agencja Usług Oświatowych „Omnibus” Sp. z o. o. Rodzaj i dziedzina kształcenia: szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo ra-



- tunkowe" - program przeznaczony dla pielęgniarek
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych pod numerem 14/ 2012. Organizatorem kształcenia jest Agencja Usług Oświatowych „Omnibus” Sp. z o. o. Rodzaj i dziedziną kształcenia: szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo neonatologiczne” - program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych.

Kalendarium



KALENDARYUM

od 1.06.2012 roku do 29.06.2012 roku

- 01.06.2012r.** W Hospicjum przy ul. Krakowskiej 45 odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla pielęgniarek „Podstawy opieki paliatywnej” Nr 05/07.
- 05.06.2012r.** W Urzędzie Miasta Częstochowy odbyła się konferencja szkoleniowa dla pielęgniarek pt. „Problemy pielęgnacyjne pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych” zorganizowanej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie oraz Zespół ds. opieki długoterminowej i hospicyjnej.
- 06.06.2012r.** W Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo psychiatryczne”. Kurs zorganizował Ośrodek Szkoleniowy przy OIPIP w Częstochowie.
- 06.06.2012r.** W siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej”.
- 13.06.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 18.06.2012r.** W SP ZOZ w Lublińcu odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07”. Kurs zorganizował Ośrodek Szkoleniowy przy OIPIP w Częstochowie.
- 19.06.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 22.06.2012r.** W siedzibie ZDZ w Częstochowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla położnych „Leczenie ran” Nr 12/07.
- 25.06.2012r.** W siedzibie ZDZ w Częstochowie odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych „Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych”.

27.06.2012r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

27.06.2012r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

29.06.2012r. W siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo kardiologiczne”.

Forum Kobiet



Częstochowa, dnia 31 maja 2012 roku

Forum Kobiet
Ziemi Częstochowskiej
www.kobiety.czyst.pl

Szanowni Państwo ! Panie i Panowie!

Forum kobiet Ziemi Częstochowskiej jest już organizowane po raz trzeci. Tematem tegorocznej edycji Forum będzie aktywność zawodowa kobiet. Spotkanie ma na celu upowszechnienie wiedzy na temat różnych form satysfakcjonującej aktywności zawodowej kobiet, jak i również stworzenie płaszczyzny do dyskusji oraz wymiany własnych doświadczeń i poglądów. W programie Forum przewidujemy wprowadzające wykłady oraz tematyczne panele dyskusyjne. Towarzyszyć Forum będą między innymi: bezpłatne konsultacje ze specjalistami w zakresie poradnictwa zawodowego, marketingu i zasad prowadzenia własnego biznesu, ale też psychologii, medycyny, dietetyki.

Przesyłając zaproszenie na Państwa ręce prosimy także o przekazanie naszego zaproszenia do wszystkich kobiet, do których nie uda nam się dotrzeć, a dzięki Państwa informacji będą mogły uczestniczyć w przygotowanym przez nas III Forum Kobiet Ziemi Częstochowskiej - „KOBIETA AKTYWNA”. Prosimy o podanie informacji o terminie i miejscu Forum, o adresie strony internetowej: www.kobiety.czyst.pl. Chcemy, aby otwarta przez nas w ten sposób dyskusja była niezależnym, wolnym forum wymiany myśli, doświadczeń i rad, jakże mogą przekazać sobie kobiety.

Dziękujemy z całego serca za okazaną pomoc -
w imieniu wszystkich organizatorek,

Halina Rozpondek,
Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

SERDECZNIE ZAPRASZAMY NA:

III Forum Kobiet Ziemi Częstochowskiej „KOBIETA AKTYWNA”

w sobotę 23 czerwca 2012 roku o godzinie 11:00

Aula Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej; Aleja Armii Krajowej 19B

KOBIETA PRACUJĄCA

KOBIETA PIĘKNA I WRAŻLIWA

KOBIETA DOJRZAŁA

Patronat honorowy:

Ewa Kopacz Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
Maria Nowicka-Skowron Rektor Politechniki Częstochowskiej

Wydarzenia towarzyszące:

- **Bezpłatne konsultacje ze specjalistami w zakresie poradnictwa zawodowego, marketingu i zasad prowadzenie własnego biznesu**
 - **Bezpłatne konsultacje** w zakresie psychologii, dietetyki
 - **Pokaz ratownictwa medycznego** wraz z zasadami udzielania pierwszej pomocy
 - Warsztaty **malowania na szkle** oraz techniki **decoupage** prowadzone przez pacjentki stowarzyszenia „Dar serca”
 - Występy artystyczne dzieci i młodzieży
 - Stoiska z kosmetykami
 - Sztuka **wizażu**: kosmetyczne vademecum i stylizacja fryzur
 - Prezentacja oferty edukacyjnej Politechniki Częstochowskiej
- „Dziewczyny na politechniki”**

Wstęp wolny

Forum przygotowały panie:

Halina Rozpondek Poseł Na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej; **Izabela Leszczyna** Poseł Na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej; **Maria Nowicka-Skowron** Rektor Politechniki Częstochowskiej; **Grażyna Klamek** Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Częstochowie; **Beata Zawadowicz** Prezes Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego; **Beata Młynarczyk** muzykolog; **Bernadetta Niemczyk** Przewodnicząca Rady Krajowej Kół Gospodyń Wiejskich; **Barbara Gieroń** Prezes Stowarzyszenia „Tacy sami”; **Joanna Górna** Akademia Jana Długosza; **Bożena Więckowska** Życie Częstochowskie; **Elżbieta Markowska** Prezes Stowarzyszenia Częstochowskie Amazonki; **Jolanta Urbańska** Politechnika Częstochowska; **Marzena Bula-Podhorska i Anna Ogłaza** Częstochowskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej „Dar Serca”; **Marta Salwiera** Radna Rady Miasta Częstochowy; **Barbara Jasińska** ratownik medyczny.

www.kobiety.czyst.pl

przedruk: Gazeta Prawna nr 79 z dn. 23.04.2012

NFZ nie zwróci pieniędzy wydanych na leczenie dziecka za granicą

Orzeczenie

Naczelny Sąd Administracyjny oddalił skargę kasacyjną rodzica domagającego się od Narodowego Funduszu Zdrowia zwrotu kosztów zabiegu operacyjnego jego małoletniej córki, który został wykonany w klinice w Paryżu.

Według sądu podstawą do otrzymania refundacji kosztów leczenia w kraju członkowskim Unii Europejskiej jest wcześniejsze wystąpienie o zgodę na przeprowadzenie operacji poza Polską. Rodzice córki w tej sprawie tego nie uczynili. Zdecydowali się na zabieg za granicą, ponieważ jedyna w Polsce klinika, która mogła go przeprowadzić (chodziło o rekonstrukcję splotu ramiennego), nie miała ważnego kontraktu z NFZ.

Z opinii lekarskich i naukowych wynikało, że zabieg taki powinien być przeprowadzony w okresie od 3 do 6 miesięcy od daty doznanego urazu. Natomiast czas oczekiwania na przyjęcie w polskiej klinice wynosi od roku do dwóch lat. Według jednego z profesorów medycyny późniejsze wykonanie operacji oznaczałoby utratę szans na powrót do zdrowia - bezwładny w kończynach tego typu należy operować w ciągu 6 miesięcy od wypadku.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ odmówił jednak rodzicom córki rekompensaty poniesionych kosztów leczenia za granicą. Powołał się na dokumentację medyczną. Według niego nie wynikało z niej, aby zabieg należało wykonać w trybie pilnym ze względu na pogarszający się stan zdrowia. Fundusz nie znalazł również podstaw do uznania, że stan córki był na tyle nagły, że wymagał podjęcia natychmiastowych działań w celu uzyskania świadczenia medycznego z pominięciem procedury uzyskania zgody na przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju.

NFZ uzasadnił decyzję, że skierowanie na leczenie lub badania diagnostyczne poza krajem przez prezesa funduszu jest możliwe jedynie w przypadkach, kiedy w Polsce brak było możliwości uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w terminie niezbędnym lub to świadczenie nie było w ogóle wykonywane. A w tej sprawie wszczęta została procedura zakwalifikowania córki do leczenia w polskiej klinice, ale rodzice świadomie z niej zrezygnowali.

Wojewódzki sąd administracyjny, do którego rodzice złożyli skargę, nie dopatrywał się jednak naruszenia prawa przez organy NFZ. Skargę kasacyjną oddalił też NSA.

Sędzia Wojciech Kręcis� podkreślił, że rodzice powinni wcześniej wystąpić o zgodę na leczenie za granicą. Ponadto zapisali córkę na operację do kliniki paryskiej, co oznacza, że był to zabieg planowany (wpłacili też zaliczkę), a nie nagły, który uzasadniałby udzielenie natychmiastowej pomocy medycznej.

ORZECZNICTWO

Wyrok NSA z 19 kwietnia 2012 r., sygn. akt. II GSK 318/n,
www.serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia

Przemysław Molik
przemyslaw.molik@infor.pl

przedruk: Gazeta Prawna nr 93 z dn. 15.05.2012

Powstanie nowa ewidencja

Dyscyplina zawodowa Dane o pielęgniarkach ukaranych za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej trafią do rejestru

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych musi stworzyć ewidencję ukaranych przedstawicieli obu zawodów. Taki obowiązek nakłada na nią rozporządzenie ministra zdrowia z 2 maja 2012 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia rejestru ukaranych pielęgniarek i położnych oraz sposobu i trybu wykonania prawomocnych orzeczeń sądów pielęgniarek i położnych (czeka na publikację w Dzienniku Ustaw). Ma wejść w życie po 14 dniach od ogłoszenia w Dzienniku Ustaw. Przepisy zostały wydane na podstawie art. 87 ustawy z 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 174, poz. 1038).

Wpis do rejestru będzie zawierał m.in. dane personalne i zawodowe ukaranej, treść orzeczenia, informacje o rodzaju orzeczonej kary, datę jej wykonania oraz ewentualnego zatarcia ukarania. Ma być prowadzony w systemie teleinformatycznym. Będzie wzorowany na rejestrze ukaranych lekarzy i lekarzy dentystów. Ten prowadzi Naczelna Rada Lekarska, a dane w nim zawarte udostępni na żądanie sądom, prokuraturom, organom samorządów lekarskich i zainteresowanym lekarzom. Także rejestr ukaranych pielęgniarek i położnych nie będzie jawny, ma być dostępny jedynie dla osób, które wykażą interes prawny.

Na pielęgniarki i położne za czyny nieetyczne mogą być nałożone przez okręgowy sąd zawodowy min. nagana, czasowy zakaz pełnienia funkcji kierowniczych lub ograniczenie zakresu czynności zawodowych, które dana osoba może wykonywać, zawieszenie prawa wykonywania zawodu do lat pięciu lub całkowite go pozbawienie. Sąd może także orzec karę pieniężną w wysokości od 1 do 10 tys. zł. W rejestrze nie znajdą się dane wszystkich ukaranych przez sądy pielęgniarek i położnych, a jedynie tych, na które nałożono najcięższe kary. Wpis do rejestru będzie dotyczył zatem tych osób, które zostały ukarane ograniczeniem zakresu czynności, do których wykonywania są upoważnione, zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lub całkowitym go pozbawieniem. Natomiast w przypadku pozostałych sankcji odpis orzeczenia zostanie przesłany przez samorząd placówce medycznej, w której jest zatrudniona ukarana osoba. Zostanie on także dołączony do akt osobowych pielęgniarki lub położnej.

Rozporządzenie precyzuje także, w jaki sposób ma być wykonywane orzeczenie sądu pielęgniarek i położnych

w przypadku najcięższej sankcji, tj. całkowitego wykluczenia pielęgniarstwa lub położnictwa z zawodu. W takiej sytuacji okręgowa izba wezwie ukaraną do złożenia prawa wykonywania zawodu. Wykreśli ją także z prowadzonego przez siebie rejestru pielęgniarstwa i położnictwa. Po 10 latach osoba taka może się ubiegać o zatarcie tej kary. Jeżeli sąd zawodowy uzna, że sankcja poskutkowała i pielęgniarstwo lub położnictwo zmieniła swoją postawę etyczną, może być przywrócona do zawodu. Wówczas wzmianka o ukaraniu danej osoby zostanie usunięta z rejestru ukaranych.

Podstawa prawna

Rozporządzenie ministra zdrowia z 2 maja 2012 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia rejestru ukaranych pielęgniarów i położnych oraz sposobu i trybu wykonania prawomocnych orzeczeń sądów pielęgniarów i położnych (czeka na publikację w Dzienniku Ustaw).

Beata Lisowska
beata.lisowska@infor.pl

przedruk: Gazeta Prawna nr 94 z dn. 16.05.2012

17 tys. pielęgniarów podniosło kwalifikacje

Ponad 17,7 tys. pielęgniarów i położnych ukończyło od 2008 r. bezpłatne studia licencjackie współfinansowane przez UE. Beata Cholewka, kierownik projektu unijnego i dyrektor departamentu pielęgniarów i położnych w resorcie zdrowia, powiedziała, że podczas studiów pielęgniarstwo mogły też uzupełnić liczbę przedmiotów zawodowych wymaganych przy podejmowaniu pracy w krajach UE. Dodała, że możliwość podniesienia kwalifikacji od samego początku cieszyła się dużą popularnością, a w związku z tym, że ostatni nabór będzie przeprowadzany w roku akademickim 2013/14 liczba chętnych może jeszcze wzrosnąć. W latach 2008-2011 w realizacji projektu uczestniczyło 68 uczelni posiadających akredytację MZ na realizację kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo.

MT

przedruk: Gazeta Prawna nr 94 z dn. 16.05.2012

Raport o służbie zdrowia katastrofa na zielonej wyspie

Pod względem **jakości usług medycznych** zajmujemy 27 miejsce w Europie na 33 zbadane kraje.

Polski system ochrony zdrowia jest jednym z najgorszych w Europie, w dodatku się pogarsza. W Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI), międzynarodowym

rankingu badającym jakość usług medycznych, w porównaniu z ostatnią edycją z 2009 roku spadliśmy o jedno miejsce. Pierwsze zajęła Holandia.

Autorzy badania analizowali pięć kluczowych dla konsumentów obszarów: prawa pacjenta i dostęp do informacji, czas oczekiwania na leczenie, wyniki leczenia, profilaktyka/zakres i zasięg oferowanych usług oraz dostępność leków. Wyniki opracowywane są na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów i niezależnych badań, prowadzonych przez twórcę rankingu Health Consumer Powerhouse (HCP).

W Niemczech na wszczepienie by-passów czeka się 2 - 3 tygodnie

Co wypada najgorzej? Dostęp do nowoczesnych leków, wysoka umieralność na raka oraz czas oczekiwania na wizytę u lekarza i na zabieg w szpitalu. Średnia oczekiwania na zabieg chirurgiczny to trzy miesiące, w Niemczech - dwa - trzy tygodnie (wszczepienie by-passów). - Te wyniki pokazują, że Polska opieka zdrowotna wymaga głębokich reform - mówi dr Arne Bjoernberg, dyrektor ds. operacyjnych Instytutu Badawczego HCP i przewodniczący zespołu, który od lat prowadzi badania systemów zdrowotnych. I dodaje, że należymy do krajów, które nie czynią postępów, podczas gdy nasi sąsiedzi usprawniają swoje systemy. W ten sposób tracimy pozycję w rankingu.

Są jednak pewne pozytywy. Plusem polskiego systemu jest - zdaniem autorów badania - łatwy dostęp do własnej dokumentacji medycznej, wysoki odsetek szczepień wśród dzieci oraz niska umieralność na zawały serca. Ten ostatni wskaźnik jako jeden z nielicznych pozytywnie wyróżnia nas na tle innych państw.

Jeszcze trzy lata temu, kiedy była publikowana ostatnia edycja rankingu, badający podkreślali, że co prawda Polska nie należy do najlepszych, ale ewidentnie pnie się w górę. Ale zmarnowaliśmy tę szansę i choć relatywnie najmniej odczuliśmy kryzys ekonomiczny, daliśmy się wyprzedzić takim krajom jak Słowacja czy Litwa - Dla rządu pacjenci nie są priorytetem i to jest główny problem. Jeżeli rząd zajmuje się służbą zdrowia, kładzie nacisk na zaspokojenie potrzeb świadczeniodawców, czyli lekarzy czy szpitali. Mniej się liczą potrzeby pacjenta - przyznaje ekspert ochrony zdrowia Adam Kozierekiewicz.

Zdaniem Wojciecha Misińskiego z Centrum im. Adama Smitha to problem braku standardów zarówno procedur medycznych, jak i wyliczania kosztów za nie. A także braku możliwości wyboru ubezpieczyciela. Według niego nowa reforma, którą resort zdrowia wprowadza od stycznia, na pewno nie poprawi naszych notowań w rankingu.

Klara Klinger
klara.klinger@infor.pl

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 neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne

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
9. Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece

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 pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu - zapis kardiokardografii
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 – kurs specjalistyczny
2. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych – kurs specjalistyczny
3. Edukator w cukrzycy – kurs specjalistyczny
4. Kurs 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. ■

**W imieniu organizatorów, Zarządu
Głównego Polskiego Stowarzyszenia
Diabetyków i Centrum Konferencji
i Wystaw Expo-Andre pragniemy
serdecznie zaprosić do udziału w**

XVI OGÓLNOPOLSKIM SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNYM „DIABETICA - EXPO 2012” I X OGÓLNOPOLSKIM FORUM PROFILAKTYKI I LECZENIA OTYŁOŚCI

które odbędą się w dniach 22-23 września 2012 roku w Auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, ul. Gagarina 11 w Toruniu.

Celem SYMPOZJUM DIABETOLOGICZNEGO jest popularyzacja najnowszych osiągnięć diabetologii polskiej i światowej. Pragniemy, aby ta konferencja stała się forum dyskusji i wymiany doświadczeń na temat środków i metod leczenia oraz zapobiegania cukrzycy, zarówno pomiędzy lekarzami jak i ich pacjentami.

Wykłady Sympozjum odbywają się w dwóch salach konferencyjnych, w jednej dla lekarzy i pielęgniarek, w drugiej dla diabetyków. Przewidujemy również podczas Sympozjum jedną sesję wspólną, warsztaty oraz dyskusję okrągłego stołu.

Listę zaproszonych wykładowców wraz ze zgłoszonymi tematami wykładów załączamy do niniejszego zaproszenia.

Program szczegółowy będzie opublikowany na naszej stronie www.expo-andre.pl lub wysłany Państwu na życzenie.

Oplaty konferencyjne wynoszą:

1. Lekarze, - opłata konferencyjna: 180 zł (100zł do dnia 30.06.2012r.; 130zł do dnia 31.07.2012r. 150zł do dnia 31.08.2012r.,)

2. Dietetyczki, Pielęgniarki, Wolontariusze
Studenci AM i Studium Medycznego - opłata konferencyjna: 90 zł (60zł do dnia 30.06.2012r.; 75 zł do dnia 31.07.2012r., 90zł do dnia 31.08.2012r.)

Zgłoszenia prosimy kierować do:

Pani Sandra Dorosińska
Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre
ul. Prosta 19/7, skr. poczt. 290, 87-100 Toruń 1
tel. (0-56) 657 35 04, 621 11 27; fax. (0-56) 657 35 06,
e-mail: biuro@andrehz.neostrada.pl www.expo-andre.pl.

Oplatę prosimy przysyłać na konto:

Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre
ul. Prosta 19/7, skr. poczt. 290, 87-100 Toruń 1
BPH S.A. o /Toruń 35 1060 0076 0000 4016 0000 9154
z dopiskiem: „DIABETICA 2012” ■



**SANATORIUM TATRANSKA KOTLINA, n. o.
SŁOWACKA IZBA PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
SEKCJA PIELĘGNIARSTWA
W GRUŹLICY I CHOROBAH PŁUC
REGIONALNA IZBA PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH WSOKE TATRY
MAŁOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W KRAKOWIE
KATOLICKI UNIWERSYTET
W RUŻOMBERKU, WYDZIAŁ NAUK
O ZDROWIU
POŁUDNIOWOCZESKI UNIWERSYTET
W CZESKICH BUDZIEJOWICACH
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
I PRACY SOCJALNE**

III. MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA BELIANSKIE DNI PIELĘGNIARSTWA

„Pielęgniarstwo ponad granicami”

08 - 09 listopada 2012
SANATORIUM TATRANSKA KOTLINA, n. o.
WYSOKE TATRY

JESIENNE SPOTKANIA PEDIATRYCZNE

Warszawa 28.09.2012r.

PROGRAM SZCZEGÓŁOWY

8.00 - 9.00 REJESTRACJA UCZESTNIKÓW

9.00 „Otwarcie Konferencji” - mgr Grażyna Piegdoń - Naczelna Pielęgniarka IPCZD

9.15 „Bezpieczeństwo zdrowego żywienia w świetle zaleceń” - prof. dr hab. n. med. Janusz Książczyk IPCZD 950 „Zasady kwalifikacji dzieci do żywienia pozajelitowego” - dr Marta Sybilska IPCZD

10.20 „Proces przygotowania dziecka żywionego pozajelitowo i rodziców do opieki domowej”

- mgr Katarzyna Szczuchniak, mgr Dorota Borowska IPCZD

10.45 „ABC diabetologii dla pielęgniarki pediatricznej” - mgr

Alicja Szewczyk, mgr Renata Seredyn, mgr Grażyna Korzeniewska IPCZD

11.20-11.55 PRZERWA

12.00 „Rodzinne przeszczepy wątroby u dzieci” - mgr Jadwiga Piekutowska, mgr Jolanta Jagoda IPCZD

12.30 „Zakażenia odkleszczowe” - dr Alicja Pawińska IPCZD

13.00 Wystąpienia sponsorów

13.30-14.00 OBIAD

14.00 „Przemoc psychiczna jako forma krzywdzenia dzieci. Rola pracowników ochrony zdrowia w rozpoznawaniu czynników ryzyka krzywdzenia dzieci” - mgr Katarzyna Fenik, mgr Joanna Fejter - Szpytko Fundacja Dzieci Niczyje

15.00 Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatricznych - wystąpienie Prezes mgr Elżbiety Drożdż - Kubickiej IPCZD

15.20 Podsumowanie Konferencji, dyskusja

15.45 ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI

Szanowni Państwo

W imieniu organizatorów serdecznie zapraszamy Państwa do udziału w konferencji pod tytułem:

Nagłe stany sercowo-naczyniowe - postępowanie ratunkowe - Z ZAWAŁEM NA TY,

k która odbędzie się w dniach 19-20.10.2012r. w Krakowie. Konferencja skierowana jest do ratowników medycznych, pielęgniarek oraz lekarzy. Mamy nadzieję, że udział w spotkaniu stanie się areną do wymiany poglądów i wzbogaci wiedzę praktyczną postępowania ratunkowego w nagłych stanach sercowo-naczyniowych.

Do zobaczenia w Krakowie,

dr n. med. Tomasz Darocha
dr hab. n. med. Rafał Drwiła
prof. dr hab. n. med. Janusz Andres
prof. dr hab. n. med. Jerzy Sadowski

TEMATY WARSZTATÓW:

- Anatomia drzewa wieńcowego - na co spogląda kardiolog inwazyjny
- Analgosedacja pacjenta niestabilnego hemodynamicznie
- Nowe leki p/płytkowe
- Udar krwotoczny mózgu
- Udar niedokrwienny mózgu
- Zawał ściany dolnej mięśnia sercowego - czas na niespodzianki
- Zawał jelita
- Powikłania mechaniczne zawału mięśnia sercowego

- Diagnostyka różnicowa - może to nie zawał?
- Kontakt z hemodynamiką - jak przygotować się do rozmowy?
- Zawał wtórny do niedokrwienia - zatrucia i nie tylko
- Nagła śmierć sercowa
- Zawał w górach - nie tylko zawał śniegu
- Krytyczne niedokrwienie kończyn
- Zawał płuca
- EKG - ostry zespół wieńcowy
- Hipotermia terapeutyczna po NZK w przebiegu zawału mięśnia sercowego
- Telekonsultacja - co na to prawnik?
- Mechaniczne wspomaganie krążenia - czy jesteśmy gotowi na ECMO?
- Farmakoterapia wstrząsu kardiogenego w przebiegu zawału mięśnia sercowego
- Przeszkórne interwencje wieńcowe
- Zawał mięśnia sercowego - postępowanie zespołu ratownictwa medycznego (pogotowie, SOR).
- Wysiłek fizyczny - ochrona przed niedokrwieniem

Konferencja odbędzie się w:

Centrum Kongresowym Uniwersytetu Rolniczego Al. 29 Listopada 46 (budynek Wydziału Leśnego) 31-425 Kraków
Znajduje się około 4 km od Rynku Głównego i 2,5 km od Dworca PKP i PKS oraz około 15 km od lotniska w Balicach. Położone jest przy skrzyżowaniu dwóch arterii komunikacyjnych wschód-zachód (ul. Opolska) oraz północ-południe (Al. 29 Listopada). Dojazd autobusami linii 105 i 129 z przystanku — "Dworzec Główny Zachód (Galeria)"1 do przystanku "Wileńska" (następny przystanek za stacją BP). Czas dojazdu ok. 7 min.

WSTĘPNY PROGRAM SPOTKANIA 19.10.2012r.

07:00-09:30 Rejestracja

09:30-10:00 Mechaniczne wspomaganie krążenia - czy jesteśmy gotowi na ECMO? - R. Drwiła

10:00-10:30 EKG - ostry zespół wieńcowy - M. Nosal

10:30-11:00 Zawał mięśnia sercowego - postępowanie zespołu ratownictwa medycznego (pogotowie, SOR Machalica

11:00-11:30 Przerwa kawowa

11:30-12:00 Anatomia drzewa wieńcowego - na co spogląda kardiolog inwazyjny T. Pawelec

12:00-12:45 Transport - kontakt z hemodynamiką - jak przygotować się do rozmowy? W. Zajdel

12:45-13:15 Telekonsultacja, teletransmisja - co na to prawnik?

13:15-14:30 Obiad

14:30-15:00 Zawał wtórny do niedokrwienia - zatrucia i nie tylko - B. Guzik

15:00-15:30 Zawał płuca - M. Ziętkiewicz

15:30-16:00 Analgosedacja pacjenta niestabilnego hemodynamicznie - W. Machała

16:00-16:15 Przerwa kawowa

16:15-16:45 Hipotermia terapeutyczna po NZK w przebiegu zawału mięśnia sercowego - A. Zeliaś

16:45-17:15 Zawał w górach. Leczenie hipotermii pierwotnej - S. Kosiński

17:15-17:30 Zawał drzewa - H. Marek, J. Makutynowicz, P. Barczewicz

20:30-??? Impreza integracyjna

20.10.2012r.

10:00-10:30 Filmoteka- ciekawe przypadki kliniczne - T. Darocha

10:30-11:00 Powikłania mechaniczne zawału mięśnia sercowego - J. Piątek

11:00-11:30 Co z Naszym wyszkoleniem - można coś poprawić? - niespodzianka - M. Koszowski

11:30-12:00 Przerwa kawowa

12:00-12:30 Zawał ściany dolnej mięśnia sercowego - czas na niespodzianki - D. Sobczyk

12:30-13:00 Diagnostyka różnicowa - może to nie zawał? - P. Moncznik

13:00-13:30 Krytyczne ostre niedokrwienie kończyn - A. Domanasiewicz

13:30-13:50 Zawał jelita-A. Brzychczy

13:50-14:20 Analgosedacja dzieci w warunkach ratownictwa medycznego - B. Rybojad

14:20-15:30 Obiad

15:30-16:00 Inwazyjne leczenie ostrych udarów niedokrwienych mózgu

16:00-17:00 Postępowanie z pacjentem z udarem niedokrwinnym w warunkach ratownictwa medycznego

17:00-17:30 Wysiłek fizyczny - ochrona przed niedokrwieniem? - R. Szymczak

17:30-17:45 Zakończenie konferencji

Oплата rejestracyjna:

300 PLN

Oплата zawiera: uczestnictwo w obradach, materiały konferencyjne, przerwy kawowe, obiad, impreza integracyjna.

Oплата nie obejmuje kosztów noclegu - każdy uczestnik rezerwuje hotel we własnym zakresie

Oплата dla członków PTPR - 200zł

Oплата dla studentów (ważna legitymacja) - 200zł

Dane konta do opłaty rejestracyjnej:

Polska Rada Resuscytacji ul. Prądnicka 80 31-202 Kraków

Bank PKO BP, I oddział w Krakowie

nr konta: 69 1020 2892 0000 5402 0418 1269

Kod BIC (Swift): BPKO PLPW

Z powodu ograniczonej liczby miejsc, prosimy o jak najszybsze dokonanie wpłaty, o uczestnictwie będzie decydowała data wpłaty.

Formularz rejestracji uczestnika do pobrania na stronie PTPR Kraków, zakwaterowanie we własnym zakresie. ■



UWAGA!

PRZYPOMINAMY O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PROWADZONYM PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Koleżanki i Koledzy!

Przypominamy wszystkim Członkom Samorządu o obowiązku aktualizacji w rejestrze swoich danych osobowych, tj. :

- zmiany nazwiska,
- zmiany adresu zamieszkania,
- zmiany miejsca pracy,
- ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia, itp.),
- informacje o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
- informacje o zniszczeniu lub zagubieniu prawa wykonywania zawodu zgodnie z:

Zmiany stanu faktycznego powinny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Częstochowie zgodnie z:

- art. 19 ust 2 i 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.11.174.1039) pielęgniarka i położna wykonujące zawód w formie:

- umowy o pracę;
- w ramach stosunku służbowego;
- na podstawie umowy cywilnoprawnej;

jest obowiązana w terminie 14 od dnia nawiązania stosunku służbowego, zawarcia umowy lub rozwiązaniu czy wygaśnięciu umowy poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu.

- art. 46 w/w ustawy pielęgniarka i położna wpisana do rejestru jest obowiązana do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

- art. 101 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna wykonująca w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy zawód w formach:

- umowy o pracę;
- w ramach stosunku służbowego;
- na podstawie umowy cywilnoprawnej;

przekazuje dane odnośnie nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Aktualizacji danych możemy dokonać osobiście w siedzibie izby w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu /IV piętro, pokój 405

lub poprzez wypełnienie Arkusza aktualizacyjnego danych osobowych i przesłaniu go na adres:

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE, UL. PUŁASKIEGO 25, 42-200 CZĘSTOCHOWA

W razie wątpliwości prosimy o kontakt z biurem OIPIP pod numerem telefonu 34 324 51 12.

INFORMACJE O PŁACENIU SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Obowiązek opłacania składek w określonej wysokości mają wszystkie pielęgniarki i położne, które posiadają prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Składki członkowskie przekazuje się na konto Okręgowej Izby do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Dopuszcza się opłacanie składek członkowskich „z góry” za okres nie dłuższy niż 3 miesiące.

Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.

2) 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,

3) 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

Wysokość składki członkowskiej od lutego 2012 roku

wynosi 37,70 zł miesięcznie

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- 2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- 3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu.

Składki należy wpłacać na konto:

MILLENIUM BANK 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

ODPOWIEDZI PRAWNIKA

Pragniemy zapowiedzieć nowy dział w naszym biuletynie. Będziemy w nim zamieszczać odpowiedzi na pytania, kierowane do prawnika. Pytania dotycząca wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej prosimy kierować na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie lub na adres poczty elektronicznej sekretariat@oipip.czest.pl

Odpowiedzi będą udzielane wyłącznie na łamach biuletynu.

PODZIĘKOWANIE

W związku ze złożoną dymisją przez Panią Renatę Sówkę Dyrektor ds. Pielęgniarstwa w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie ul. Bialska 104/118 składamy wyrazy wielkiego szacunku i podziękowania za całościową pracę, za jej wielkie zaangażowanie i sumienność na rzecz pielęgniarek i położnych oraz dla dobra całego Szpitala.

Dziękujemy za postawę, życzymy owocnego realizowania się w dalszej pracy zawodowej

Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie
oraz
Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

BETA aktiv Szanowni Państwo,

jesteśmy niemiecką agencją zajmującą się rekrutacją i zatrudnieniem polskich pielęgniarek/pielęgniarzy do pracy w Niemczech.

Nasza firma ma siedzibę w Heidenheim an der Brenz, na południu Niemiec.

Dzięki osobistej obecności na rynku, współpracy z tutejszymi Urzędami Pracy, organizacjami takimi jak: Caritas, Diakonie czy DRK (Niemiecki Czerwony Krzyż) oraz służbami medycznymi jesteśmy w stanie zagwarantować duży wybór ofert pracy.

Nasza usługa dla pracownika jest gratis!!!!

Zwracamy się do Was z serdeczną prośbą o zamieszczenie naszej oferty pracy na Waszej tablicy ogłoszeń oraz prosimy,

w miarę możliwości, o jej rozpropagowanie wśród pielęgniarek i pielęgniarzy zainteresowanych podjęciem legalnej pracy w Niemczech.

W załączniku (patrz str 13) nasza najnowsza oferta pracy, posiadamy również miejsca pracy na terenie innych miejscowości w Niemczech.

Dziękujemy za Waszą pomoc w rozpropagowaniu naszej oferty pracy.

BETA aktiv GbR
Pozdrawiam serdecznie
Anna Bojno

BETA aktiv GbR
Paul-Hartmann-Str. 61
89522 Heidenheim
Tel.: +49 (7321) 315 173
Fax: +49 (7321) 345 832
www.beta-aktiv.de



pielegniarka/pielegniarz

Miejsce pracy: **DOM OPIEKI**

BADENIA WÜRTTEMBERGIA – GAGGENAU

**TO TYLKO JEDNE Z WIELU MIEJSC PRACY JAKIE OFERUJEMY
– PRACODAWCA POSIADA 90 DOMOW OPIEKI NA TERENIE CAŁYCH NIEMIEC**

DO NOSTRYFIKACJI DYPLOMU ZATRUDNIENIE NA STANOWISKU POMOCY PIELEGNIARSKIEJ!!!

Oferujemy:

- Objęcie 50% kosztów kursu języka niemieckiego doprowadzającego do poziomu B2
- umowę o pracę na niemieckich warunkach, bezpośrednio z niemieckim pracodawcą
- ok. 30 dni roboczych urlopu
- dobry klimat w miejscu pracy
- **wynagrodzenie uzależnione od doświadczenia zawodowego oraz znajomości języka:**
- **do nostryfikacji od 1550 euro do 1650 euro brutto + dodatki; po nostryfikacji: 2.100 euro - 2.400 brutto + dodatki**
- polskojęzyczna, osobista obsługa podczas procesów rejestracyjnych i nostryfikacji w Niemczech
- pomoc w przeprowadzeniu procesu uznania dyplomu
- Zatrudnienie na **100% etatu, ok. 170 godzin w miesiącu**
- Zakwaterowanie: przez pierwsze 4 miesiące pokój w domu opieki. Koszt ok. 212 euro/miesiąc

Wymagania:

- wykształcenie kierunkowe: magister/ licencjat pielęgniarstwa, tytuł pielęgniarki dyplomowanej,
- samodzielność i odpowiedzialność związana z wykonywaniem zawodu pielęgniarstwa
- gotowość do wyjazdu zagranicę na minimum rok
- **podstawowa znajomość j. niemieckiego, poziom minimum A2**

Jak z sukcesem i bez ryzyka podjąć się tej pracy

- **Skontaktuj się z naszym przedstawicielem pod numer 505 123 391**
- Po pozytywnym przejściu pierwszej rozmowy kwalifikacyjnej: **wypełnij otrzymany formularz**
- W ciągu 2 dni roboczych **zgłosimy się do Ciebie telefonicznie**
- **Zaprosimy Cię na 2 dni próbnej pracy u Twojego przyszłego pracodawcy**
- Podpiszesz **umowę o pracę bezpośrednio z niemieckim pracodawcą**

Prosimy o przesłanie wstępnej aplikacji wraz z numerem oferty na adres: office@beta-aktiv.de

**Zapraszamy do kontaktu telefonicznego:
na numer 505 123 391 lub bezpośrednio w Niemczech: 0049 7321 315 047**

Paul-Hartmann-Straße 61
89522 Heidenheim
Tel.: +49 (7321) 315 047
Fax: +49 (7321) 345 832
w w w . b e t a - a k t i v . d e



Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem przewlekle chorym

Do 2025 r. ponad 20 proc. Europejczyków będzie miało 65 lat lub więcej, przy czym gwałtownie wzrośnie liczba osób powyżej 80. roku życia

Osoby w podeszłym wieku oczywiście potrzebują innego rodzaju opieki medycznej – wraz ze starzeniem się społeczeństwa systemy zdrowotne muszą zostać dostosowane do potrzeb tej grupy wiekowej i równocześnie muszą zachować stabilność finansową.

Opieka długoterminowa łączy szereg usług medycznych i socjalnych na rzecz osób, które z powodu przewlekłych chorób są upośledzone fizycznie lub umysłowo i zdane na pomoc osób trzecich w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

W Unii Europejskiej odpowiedzialność za planowanie, finansowanie i zarządzanie systemami opieki zdrowotnej i ochrony socjalnej spoczywa na państwach członkowskich.

Wszystkie krajowe systemy opieki zdrowotnej mają obecnie przed sobą nowe wyzwania, związane zwłaszcza ze starzeniem się społeczeństwa oraz z rosnącymi wymaganiami pacjentów. Aby temu sprostać, Unia Europejska proponuje podjęcie wspólnych działań modernizacyjnych.

Wspierając państwa członkowskie w reformie ich systemów, Unia zaleca równoczesną realizację trzech długoterminowych celów:

- zapewnienie dobrego dostępu do usług opieki zdrowotnej i usług socjalnych
- polepszenie jakości opieki długoterminowej
- zapewnienie ciągłości finansowania.

Udzielanie świadczeń w ramach opieki długoterminowej

Świadczenia w ramach opieki długoterminowej realizowane są w warunkach:

- stacjonarnych,
- domowych.

Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

Zakłady opiekuńcze to:

- zakłady opiekuńczo-lecznicze i
- pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

Zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy jest jedną z form długoterminowej opieki stacjonarnej. Placówki te są przeznaczone dla osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych, u których proces diagnostyczny i intensywnego leczenia został zakończony, którzy wymagają przede wszystkim stałej, profesjonalnej opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji, kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego.

Z założenia są to placówki prowadzone przede wszystkim przez pielęgniarki.

Uwarunkowania demograficzne, społeczne, zdrowotne i syste-

nowe powodują, że w Polsce następuje rozwój sektora opieki długoterminowej, w tym rozwój zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych.

Świadczenia są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, który w ocenie skalą poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich, zwaną „skalą opartą na skali Barthel”.

Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

Oceny dokonuje się:

- 1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego
- 2) w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego oraz na koniec każdego miesiąca

2. Świadczenia z zakresu opieki długoterminowej w warunkach domowych

są realizowane przez:

- zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,
- pielęgniarstwo długoterminowe domowe.

Świadczenia dla osób wentylowanych mechanicznie są udzielane świadczeniobiorcy z niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Świadczenia w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej obejmują:

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji,
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
- edukację zdrowotną,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji w domu.

Warunki objęcia pielęgniarstwem długoterminowym domowym:

- nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe,
- nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń w warunkach stacjonarnych,
- nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,
- niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia udzielane są na podstawie:

- skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową.

Oceny dokonuje się:

- w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia opieką
- na koniec każdego miesiąca – pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

Problemy

- Nieadekwatność stopnia oceny do faktycznego stanu potrzeb pacjenta.
- niespójność przepisów.
- Nieadekwatność treści kontraktu do faktycznych potrzeb pacjenta.
- Ograniczanie zadań pielęgniarstwa.
- Kształcenie podyplomowe.
- Brak faktycznej oceny zapotrzebowania pacjenta na opiekę (rozpoznania środowiska)

Nowe zadanie ?

- Problem pacjenta ?
- Problem rodziny ?

Piśmiennictwo:

1. Grajcarek A.: Jak włączyć się w przekształcenia systemowe zachodzące w ochronie zdrowia. Poradnik dla pielęgniarzek i położnych. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 1999.
2. Kilańska D.(red.): Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Tom I. Wyd. Makmed, Lublin 2008.
3. Ksykiewicz-Dorota A.(red.): Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa. Wyd. Czelej, Lublin 2004.
4. Kulik T.B., Latański M.(red.): Zdrowie publiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002 r.
5. www.nfz.gov.pl
6. Akty prawne

Prezes NRPiP

Grażyna Rogala-Pawelczyk

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA GERIATRYCZNEGO

PRZEŻYWALNOŚĆ	100 LAT TEMU	I DZIŚ
Urodzenia żywe	1000 000	1000 000
żywi w wieku 5 lat	736 818	991 350
żywi w wieku 25 lat	684 054	984 230
żywi w wieku 45 lat	502 915	963 960
żywi w wieku 65 lat	309 020	830 990
żywi w wieku 75 lat	161 164	612 740
żywi w wieku 85 lat	38 575	286 950
żywi w wieku 95 lat	2 153	45 450
żywi w wieku 100 lat	223	8 710

Źródło: Tom Kirkwood – Czas naszego życia

Przebieg starzenia się jest zależny od:

- Czynniki genetycznych
- Czynniki biologicznych (procesy fizjologiczne zachodzące w komórkach)

- Czynniki psychologicznych (cechy osobowości i stosunek do życia)

- Czynniki społecznych:

- trybu życia, jaki dana osoba prowadziła w młodości i wieku dojrzałym
- nałogów
- troski o zdrowie
- aktywności ruchowej
- racjonalnego odżywiania
- pracy
- liczby stresów

Cechy procesu starzenia się:

- jest to zjawisko powszechne- dotyczy każdego z nas
- proces postępujący, jednokierunkowy, nieodwracalny
- stopniowo ogranicza fizjologię komórek i narządów, a wraz z tym całego organizmu
- stopniowo zmniejsza się zdolność utrzymania homeostazy organizmu
- zwiększa się prawdopodobieństwo śmierci
- sposób starzenia się jest różny dla każdego (osobniczo zróżnicowany)

RODZAJE STARZENIA SIĘ:

- pomyślne
- zwykłe
- patologiczne

MIERNIKI STAROŚCI

- sylwetka
- chód
- skóra

WIELKIE PROBLEMY GERIATRYCZNE

- wynikają z występowania zaburzeń zarówno fizycznych jak i psychicznych, które doprowadzają do znacznych utrudnień w funkcjonowaniu pacjentów w wieku podeszłym.
- zaburzenia te, są stanami wieloprzyczynowymi i trudnymi do leczenia, prowadzą do stopniowej utraty niezależności przez osobę starszą.

- upadki i zaburzenia mobilności,
- nietrzymanie moczu i stolca,
- upośledzenie wzroku i słuchu,
- zaburzenia otępienne,
- depresje starcze
- geriatryczny zespół jatrogenny
- niedożywienie

Do najważniejszych konsekwencji Wielkich Zespołów Geriatrycznych, które w sposób zdecydowany wpływają na zmniejszenie jakości życia należą:

- ograniczenie przestrzeni życiowej
- ograniczenie mobilności
- ograniczenie kontaktów ze światem zewnętrznym

Geriatryczny zespół jatrogenny - GZJ to:

- nieprawidłowe parametry biochemiczne występujące u osoby chorej w związku z niewłaściwie zaleconym leczeniem.
- Powodem są zbyt duże dawki leków działające toksycznie oraz interakcje między lekami.
- Wielochorobowość, polipragmazja



SŁUCH

- pogarsza się z wiekiem
- dodatkowe przyczyny:
 - hałas środowiskowy
 - awitaminozy (B12)
 - często- czop woskowinowy
 - częste zapalenia ucha środkowego
 - atrofia nerwu słuchowego

Schorzenia narządu wzroku

1. AMD - zwyrodnienie plamki żółtej (małe żółte złogi- druzy na siatkówce) stanowi najczęstszą przyczynę ślepoty pokolenia 50 +. W Polsce występuje u ok. 1,5 mln osób.
2. Zaćma - cataracta - zmętnienie soczewki
3. Jaskra: dotyczy ok. 1 mln Polaków, to postępujący zanik nerwów wzrokowych towarzyszy mu podwyższone ciśnienie śródgałkowe

Następstwa upośledzenia wzroku i słuchu:

- Trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem
- Uczucie lęku związane z upośledzeniem orientacji
- Ryzyko wystąpienia różnego rodzaju reakcji obronnych
- Ryzyko wystąpienia podejrzliwości w stosunku do otoczenia
- Ryzyko upadku
- Występowanie uczucie osamotnienia spowodowane trudnościami w komunikowaniu się z otoczeniem
- Występowanie zmian charakterologicznych

Upadek: to nagła, niezamierzona zmiana pozycji, polegająca na utracie równowagi podczas chodzenia lub innych czynności, wskutek której poszkodowany znajduje się na ziemi, podłodze lub innej nisko położonej powierzchni.

Upadki-dane epidemiologiczne

W populacji osób mieszkających samodzielnie przynajmniej 1x w roku upada

- 33% osób powyżej 65 roku życia,
- 40% po 80 roku życia
- 50% powyżej 90 roku życia

Przynajmniej 1x w roku upada :

- 20% osób hospitalizowanych
- 50-70% pensjonariuszy domów opieki

Ponad połowa osób, które doświadczyły upadku zwykle upada ponownie, a dotyczy to szczególnie kobiet i okresu późnej starości.

PRZYZYNY UPADKÓW

- Zmiany wzorca chodu
- mniejsze kroki,
- różnej długości,
- unoszenie stóp niżej nad podłożem,
- zmniejszenie ruchu rotacji w stawach biodrowych i kolano-wych,
- dłuższa faza obunóżnego podporu,
- spowolnienie chodu,
- zmniejszenie współruchów kończyn górnych.

Czynniki wewnętrzne wynikają z zaburzeń w obrębie organizmu.

Są następstwem:

- inwolucyjnych zmian starczych,
- występujących chorób przewlekłych,
- aktualnych ostrych schorzeń,
- stosowanej farmakoterapii.

Zmiany inwolucyjne usposabiające ludzi starszych do upadku dotyczą układu nerwowego oraz narządów zmysłów - wzroku, słuchu, równowagi, uczucia powierzchownego i głębokiego.

Wśród chorób przewlekłych ryzyko upadku zwiększają schorzenia neurologiczne, sercowo-naczyniowe, metaboliczne, żołądkowo-jelitowe, choroby narządu ruchu i wzroku. Dodatkowo upadkom sprzyjają zaburzenia funkcji psychicznych, wielochorobowość, typowa dla wieku podeszłego.

Zaburzenia neurologiczne

- udar
- przejściowe ataki ischemiczne
- parkinsonizm
- majaczenie
- mielopatia
- padaczka i inne choroby napadowe
- zespół tętnicy podstawnej i tętnic kręgowych
- choroby mózdzku
- nadwrażliwość zatoki szyjnej
- neuropatia obwodowa
- ośpienie

Zaburzenia sercowo-naczyniowe

- niedociśnienie ortostatyczne
- zaburzenia rytmu serca
- Zaburzenia żołądkowo-jelitowe
- biegunka
- omdlenia podefekacyjne
- omdlenia poposiłkowe

Zaburzenia metaboliczne

- niedoczynność tarczycy
- hipoglikemia
- niedokrwistość
- hipokaliemia
- hiponatremia
- odwodnienie

Zaburzenia moczowo-płciowe

- omdlenie pomikcyjne
- nietrzymanie moczu
- nykturia
- Zaburzenia psychiczne
- depresja
- lęk

Choroby narządów ruchu

- zapalenie stawów
- choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa
- miopatia proksymalnych grup mięśniowych
- stany chorobowe stóp

Działania niepożądane leków

- stosowanie więcej niż 4 leków jednocześnie

Grupy leków obciążone szczególnym ryzykiem wystąpienia upadków:

- leki hipotensyjne,
- leki antyarytmiczne,
- leki moczopędne.

Czynniki zewnętrzne, czyli środowiskowe stanowią 30-50% przyczyn upadków. Są wyrazem niedostosowania środowiska do potrzeb starszego człowieka. Do większości upadków dochodzi podczas wykonywania prostych czynności jak wstawanie, chodzenie, zwroty, pochylanie się lub sięganie po wyżej położone przedmioty. Tylko 5% upadków zdarza się

podczas wykonywania czynności potencjalnie niebezpiecznych, jak wchodzenie na drabinę lub uprawianie sportu.

Następstwa upadków

Urazy - blisko połowa upadków prowadzi do jakiegokolwiek urazu.

- Ciężkie urazy - 10-15% upadków (rany, oparzenia, wstrząśnienia mózgu, krwiaki wewnątrzczaszkowe, zgony).
- Złamania - 5-6% upadków.

Unieruchomienie (złamania, potłuczenia) - zagrożenie powikłaniami:

- zakrzepica żył głębokich,
- zatorowość płucna,
- odwodnienie,
- infekcje,
- odleżyny,
- przykurcze w stawach.
- Konieczność hospitalizacji.

- Zespół poupadkowy – lęk przed kolejnym upadkiem, osłabienie wiary w siebie, niepodejmowanie z obawy przed upadkiem niektórych czynności (np. zakupów, sprzątania) i wtórne upośledzenie aktywności fizycznej. Sytuacja taka nakłada większe obowiązki na opiekunów.

- Upadki są przyczyną około 40% przyjęć do domów opieki.

Domowe zagrożenia mogące być przyczyną upadku.

- Oświetlenie
- Niewystarczająco jasne
- Rażące
- Brak wyłączników przy wejściu do pomieszczeń

Podłoga

- Luźno leżące dywaniki
- Dywany podarte lub pozawijane na brzegach
- Śliska powierzchnia
- Progi
- Przewody elektryczne

Schody

- Brak poręczy
- Nierówne stopnie
- Zbyt strome lub za długie

Mebel

- Zbyt słabe, by się na nich wesprzeć
- Fotele i krzesła bez poręczy
- Wysoko umieszczone półki i szafki
- Ustawienie mebli utrudniające przejście

Łazienka

- Niski sedes
- Brak uchwytów
- Śliska wanna, brodzik

Czynniki środowiskowe zwiększające ryzyko upadku, występujące poza domem to:

- wysokie krawężniki,
- nierówne i dziurawe chodniki,
- nieprzystosowane wejścia i schody w budynkach.

Ocena ryzyka upadku

Rozpoznanie przyczyny oraz odtworzenie sytuacji, w których

najczęściej dochodzi do upadków jest sposobem monitorowania zaburzeń sprawności ruchowej i oceny ryzyka upadków, a także podstawą ich zapobiegania.

Prewencja upadków

Celem prewencji jest zapobieganie urazom, zachowanie sprawności i niezależności osób starszych. Działaniami prewencyjnymi należy szczególnie objąć osoby wykazujące największą ilość zdefiniowanych czynników ryzyka. Tylko kompleksowy wpływ na czynniki zewnętrzne, wewnętrzne i poprawę sprawności pacjenta może odnieść skutek w postaci zmniejszenia ryzyka upadków.

W celu zapobiegania upadkom należy:

- zmodyfikować zagrożenia środowiskowe,
- dobrać odpowiednie obuwie,
- udzielić porad dotyczących bezpiecznych zachowań,
- rozpoznać i leczyć ostre i przewlekle choroby, tak aby stan chorego był optymalny,
- dokonać przeglądu i modyfikacji leczenia (jak najmniej leków, w najniższych skutecznych dawkach),
- prowadzić rehabilitację.

Modyfikacja zagrożeń środowiskowych:

- poprawienie bezpieczeństwa na schodach (właściwe oświetlenie, poręcze, stopnie oklejone jaskrawą taśmą),
- funkcjonalne urządzenie mieszkania,
- odpowiednia wysokość stołów, krzeseł, półek, łóżka,
- modernizacja łazienki (prysznic, maty antypoślizgowe, uchwyty w sąsiedztwie prysznica i sedesu, sedes umocowany wyżej),
- wyeliminowanie czynników sprzyjających upadkom (śliska podłoga, przesuwalne dywaniki, wysokie progi),
- uświadomienie pacjenta i jego rodziny o zagrożeniach i możliwościach zapobiegania.
- Korzystanie ze sprzętu pomocniczego, takiego jak laski, trójnogi, balkoniki, ochraniacze na biodra i oprotezowanie wzroku i słuchu.

mgr Danuta Łoniewska

Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa w zakładach opieki długoterminowej

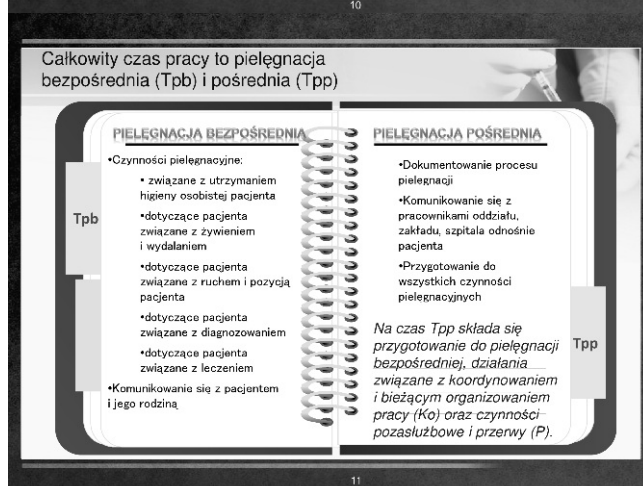
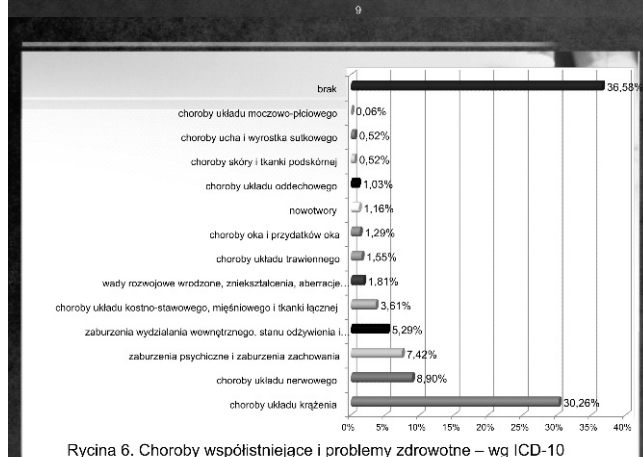
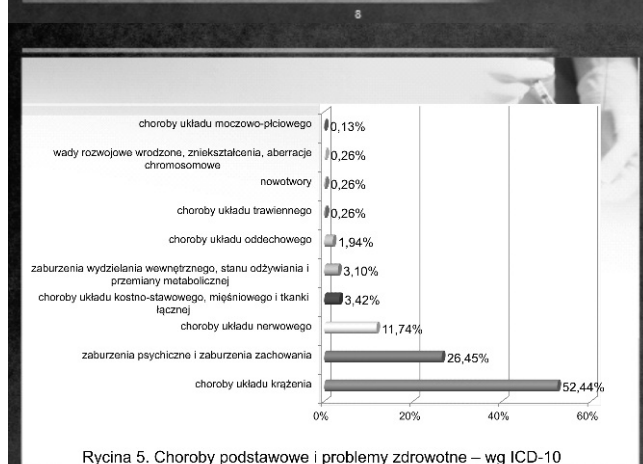
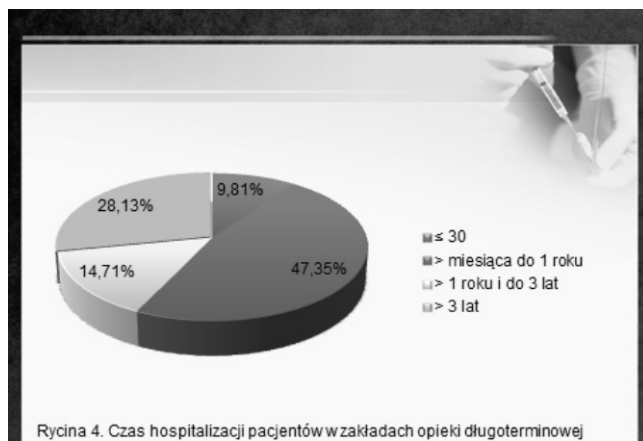
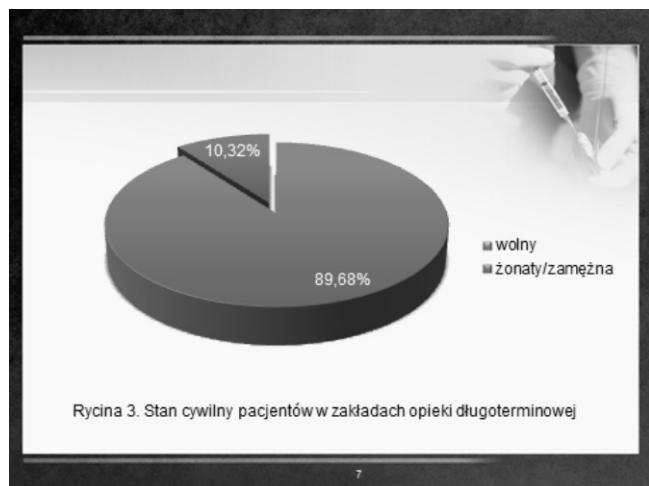
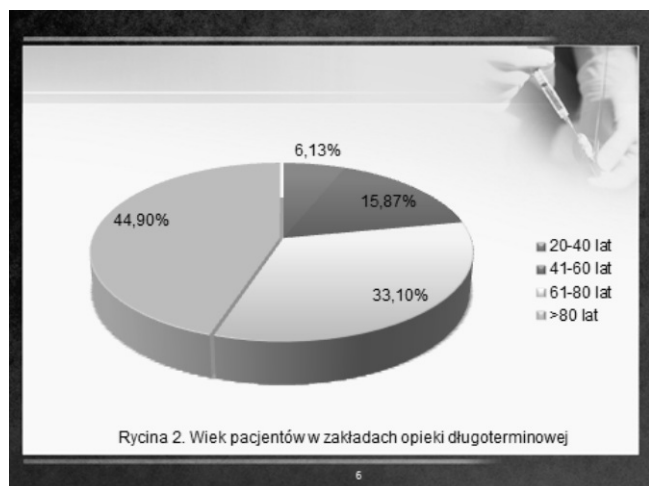
Wstęp

Proces starzenia się społeczeństwa, obserwuje się w wielu krajach świata, niezależnie od stopnia zaawansowania gospodarczego. Wpływa na to zarówno zmiana stylu życia, poprawa warunków materialnych oraz postęp w medycynie. Czynniki te powodują zwiększenie odsetka ludzi przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych. Sytuacja ta wpływa na wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne i opiekuńcze, a w szczególności na usługi medyczne świadczone przez pielęgniarki. Konieczność sprostania potrzebom ludzi starych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych stanowi wyzwanie dla polityki zdrowotnej państwa.

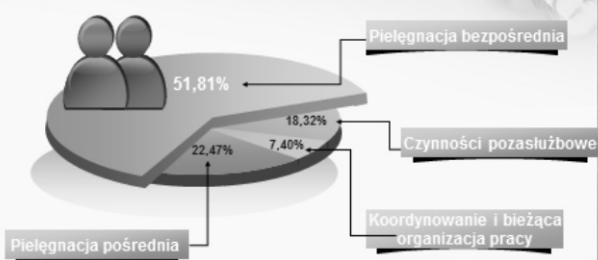
Rozwiązaniem problemu może być organizowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, które mają na celu kontynuowanie opieki nad osobami po okresie

ostrym choroby, oraz przygotowanie ich do samodzielności w zakresie, jaki są w stanie osiągnąć.

W opiece nad przewlekle chorymi szczególną uwagę zajmują pielęgniarki, gdyż stanowią one najliczniejszą grupę zawodową oraz w opiece nad osobami przewlekle chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi odgrywają priorytetową rolę w świadczeniu opieki całonocnej.



Udział poszczególnych frakcji w strukturze czasu pracy na pielęgniarskich stanowiskach pracy w zakładach opieki długoterminowej



12

Subfrakcje w strukturze czasu pracy w zakładach opieki długoterminowej Pielęgnacja bezpośrednia (I)



13

Subfrakcje w strukturze czasu pracy w zakładach opieki długoterminowej Pielęgnacja pośrednia (II)



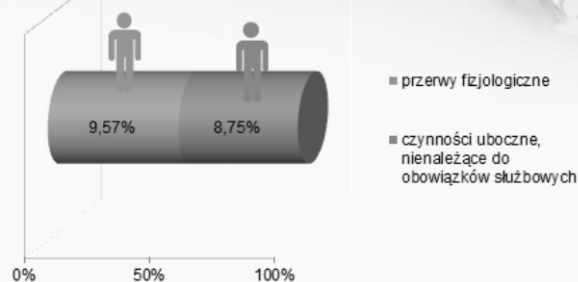
14

Subfrakcje w strukturze czasu pracy w zakładach opieki długoterminowej Koordinowanie i bieżąca organizacja pracy (III)

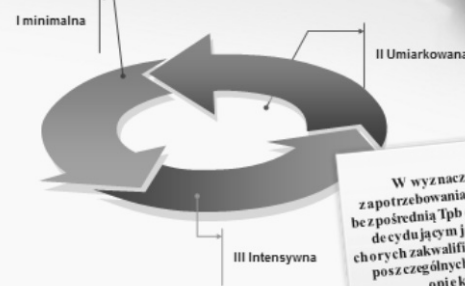


15

Subfrakcje w strukturze czasu pracy w zakładach opieki długoterminowej Czynności pozasłużbowe (IV)

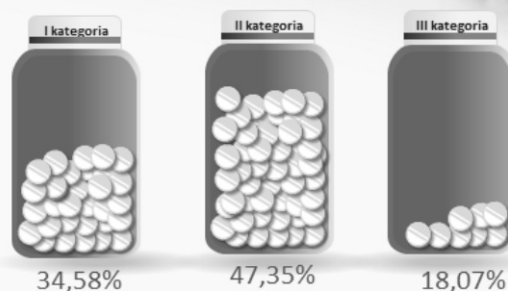


16



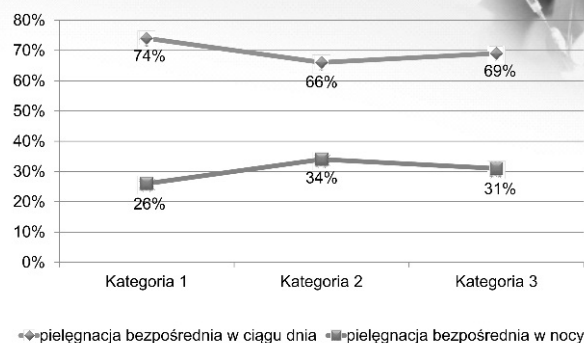
17

Rozkład badanej populacji w poszczególnych kategoriach opieki w zakładach opieki długoterminowej



18

Rozkład czasu poświęconego na pielęgnację bezpośrednią podczas zmiany roboczej



19



Wnioski

Pielęgnacja bezpośrednia (51,8%) w badaniach własnych wprawdzie stanowiła największy odsetek w strukturze czasu pracy pielęgniarek to jednak daleka była od optymalnego.

Jak podaje Ksykiewicz-Dorota według Dautherty pielęgnacja bezpośrednia i pośrednia powinna zajmować od 77–90% ogólnego czasu pracy pielęgniarek. Pozostały czas powinien być wykorzystany na informowanie, komunikowanie się w zespole terapeutycznym oraz przerwy w pracy.

Czas i umiejętności pielęgniarek nie są efektywnie wykorzystywane. Zbyt dużo czasu pielęgniarki poświęcają czynnościom biurowym oraz poza służbowym. Wykonują wiele czynności, które nie przyczyniają się bezpośrednio do opieki nad pacjentem wręcz mogą negatywnie wpływać na wyniki opieki. Pielęgniarki powinny podejmować zadania, które odpowiadają ich wykształceniu, doświadczeniu i umiejętnościom.

Należy najpierw dążyć do takiego zorganizowania pracy, aby czas pozapielęgnacyjny skracać do niezbędnego minimum, na przykład poprzez lepsze zorganizowanie w strukturze zakładu działalności pomocniczej – outsourcing (transportu wewnętrznego, dostarczania wyników badań, sprzętu, bielizny i innych materiałów), a wydłużać czas poświęcony na bezpośrednią opiekę nad chorym. ■

Dr Iwona Markiewicz

Prace autorskie



Starzenie się społeczeństwa - wyzwania dla pracowników służby zdrowia w ramach geriatry i opieki długoterminowej

„Lata szybko przemijają, a dar życia mimo towarzyszących mu trudów i cierpień, jest zbyt piękny i cenny, abyśmy się mogli nim znużyć”

Jan Paweł II

Starzenie się jest procesem nieuniknionym w życiu każdego człowieka. O ile młodzi ludzie rzadko się nad tym zastanawiają, osoby w wieku podeszłym, ze starością muszą się po prostu zmierzyć. Istotą jest tu odnalezienie sposobu na optymalne, zdrowe, radosne i pogodne życie. Sposobu, który pozwoli przeżyć ostatnie lata w poczuciu godności i spełnienia.

Starość jest na ogół trudnym i dla wielu mało przyjemnym okresem życia, stąd często pojawiający się problem jakości życia. Chociaż należy patrzeć na starość pozytywnie i dążyć do pełnego wykorzystania jej potencjału, nie można pomijać ani ukrywać trudów ludzkiego życia i jego nieuniknionego końca. Pozostaje prawdą, że trzeci wiek to okres w życiu człowieka, w którym człowiek jest szczególnie bezbronny i podlega ludzkiej ułomności. Bardzo często chroniczne choroby stają się u ludzi starszych przyczyną inwalidztwa i nieuchronnie przypominają o kresie życia. W takich szczególnych sytuacjach cierpienia i uzależnienia od innych ludzie starsi potrzebują nie tylko tego, aby leczyć ich za pomocą środków udostępnionych przez

naukę i technikę, ale także by opiekować się nimi umiejętnie i z miłością. Tak aby nie czuli się ciężarem, lub co gorsza, nie zaczęli pragnąć i domagać się śmierci.

Nasza cywilizacja musi zapewnić ludziom starszym opiekę nacechowaną głębokim człowieczeństwem i przenikniętą prawdziwymi wartościami. Do realizacji tego celu w istotny sposób może się przyczynić rozwój opieki długoterminowej, medycyny paliatywnej, współpraca wolontariuszy, zaangażowanie rodzin – którym należy pomagać w wypełnianiu ich powinności – oraz humanizacja instytucji opieki socjalnej i ochrony zdrowia, które zajmują się ludźmi starszymi.

Seniorzy dość często narzekają i skarżą się na niedo- godności związane ze starzeniem się ich organizmów. Stopniowo pogarszający się ich stan zdrowia w wyniku zmian inwolucyjnych zachodzących w organizmie, osłabienia mechanizmów obronnych ustroju, licznych zmian zwyrodnieniowych zachodzących w wielu narządach, pogarszająca się pamięć oraz gorsze funkcjonowanie narządów zmysłów, problemy związane z poruszaniem się, sprawiają że ludzie w wieku podeszłym czują się niepotrzebni i bezużyteczni. Ludzie starsi coraz częściej szukają pomocy w kręgach rodziny, znajomych jak również pośród personelu medycznego [7].

Bardzo poważnym problemem dla ludzi wieku podeszłym a jednocześnie czynnikiem pogarszającym ich jakość życia, jest choroba. Seniorzy najczęściej nie są w stanie sprostać wyzwaniu jakie niesie pogorszenie stanu zdrowia, niesprawność psychofizyczna, która staje się wynikiem choroby i jednocześnie fizjologicznego procesu starzenia się organizmu. Starsi ludzie wówczas poszukują pomocy. Osoby w wieku podeszłym mające rodzinę, z którą żyją w dobrych stosunkach najczęściej mogą liczyć na pomoc najbliższych członków rodziny. Zdecydowanie gorzej przedstawia się sytuacja ludzi starszych żyjących samotnie, którzy nie mogą liczyć na pomoc i wsparcie ze strony bliskich [6].

Zjawisko starzenia się społeczeństwa i wynikające z tego problemy bio-psycho-społeczne ludzi starszych stanowią poważne wyzwanie, szczególnie dla środowisk medycznych oraz społecznych i rządowych [1].

Najczęściej jednak ludzie starsi zwracają się do pielęgniarek, oczekując wsparcia, pokładając nadzieję na pomoc i opiekę oraz poprawę choćby w niewielkim stopniu jakości swojego życia. Wiedzą doskonale, że nie ma nic cenniejszego od zdrowia fizycznego jak również psychicznego. Pomoc w zachowaniu zdrowia może zapewnić przede wszystkim wyszkolony, kompetentny personel medyczny w którym znaczącą rolę odgrywa personel pielęgniarstwa. Holistyczne podejście do ludzi w starszym wieku, nie rzadko samotnych pozwala na zapewnienie niezbędnej opieki i pomocy, ażeby ostatnie lata swego życia seniorzy mogli spędzić w najlepszym zdrowiu, względnym spokoju, bezpieczeństwie oraz w poczuciu, że są jeszcze potrzebni. Model sprawowania opieki nad osobami w wieku podeszłym powinien obejmować okres przed pojawieniem się choroby, kiedy starszy człowiek traci powoli siły vitalne i ogólny stan zdrowia się znacznie pogarsza, oraz w okresie hospitalizacji, kiedy stan zdrowia uzależnia seniora od pomocy niesionej przez opiekunów, służby medyczne. Podstawowe działania dotyczące sprawowania opieki powinny być kierowane do rodziny chorego, pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej oraz pracowników socjalnych, którzy odwiedzają swoich podopiecznych [2].

Pracownicy służby zdrowia powinni nie tylko zajmować się chorym, opiekować nim i go leczyć, kiedy zachoruje, ale nade wszystko nie dopuścić do wystąpienia choroby oraz interweniować, kiedy stan zdrowia seniora nieznacznie się pogarsza. Powinni zajmować się promocją zdrowia, prowadzić edukację zdrowotną dla ludzi w wieku podeszłym oraz osób z nimi mieszkających w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej [4].

Rola pielęgniarki w profilaktyce starzenia się

Dynamiczny rozwój gerontologii, dyscypliny zajmującej się procesami starzenia, dyktuje działania mające na celu pomoc osobom w wieku podeszłym dla sprostania licznym potrzebom zwiększającej się systematycznie grupy społecznej, którą stanowią seniorzy [3].

Głównym celem opieki nad ludźmi w wieku podeszłym jest nie tylko zachowanie zdrowia i vitalności, ale przede wszystkim uzyskanie poprawy jakości ich życia poprzez udzielanie niezbędnej w tym wieku opieki i pomocy bez jednoczesnego ubezwłasnowolniania ich. Zadaniem opiekunów spośród których pielęgniarka jest jednym z najważniejszych ogniw, jest nauka oraz promowanie u seniorów takich sposobów postępowania, które prowadzą do samowystarczalności oraz zdrowego, aktywnego trybu życia. Procesu starzenia nie można i nie należy utożsamiać z chorobą. Starzenie jest procesem fizjologicznym, który niestety sprzyja występowaniu licznych chorób w związku z postępującymi zmianami inwolucyjnymi w organizmie człowieka starszego. Dlatego właśnie do zadań pielęgniarki należy prowadzenie działań w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób [2]. Jest to przede wszystkim rozpoznawanie i ocena oraz zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym. Istotne jest także rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych, szerzenie edukacji zdrowotnej a także poradnictwa w zakresie prozdrowotnego stylu życia. Ważna jest realizacja programów zdrowotnych kierowanych do ludzi w wieku podeszłym oraz profilaktyka chorób a także organizowanie grup wsparcia, zwłaszcza w ramach działań pielęgniarki rodzinnej, zwanej również pielęgniarką POZ. Zasadniczym celem działań pielęgniarki rodzinnej jest przywracanie i podtrzymywanie codziennej aktywności, co ma ścisły związek z profilaktyką procesu starzenia. Wszystkie działania profilaktyczne nie uchronią seniorów przed fizjologicznym okresem w ich życiu, jakim jest starość, ale znacząco mogą złagodzić skutki procesu starzenia organizmu [8].

W ramach rutynowych działań profilaktycznych, w których pielęgniarka czynnie uczestniczy należy uwzględnić procedury o istotnym znaczeniu w ramach prewencji geriatrycznej pierwotnej oraz prewencji geriatrycznej wtórnej [4]:

- Zapobieganie oraz leczenie nadciśnienia tętniczego;
- Profilaktyka, wykrywanie i leczenie cukrzycy;
- Zapobieganie niedożywieniu i otyłości oraz wykrywanie i leczenie niedożywienia i otyłości;
- Wykrywanie zmian nowotworowych okrężnicy poprzez wykonywanie endoskopii, testów na krew utajoną w stolcu;
- Wczesne wykrywanie raka prostaty poprzez badanie per rectum a także oznaczanie swoistego antygenu gruczołu krokowego PSA;
- Wykrywanie raka piersi poprzez systematyczne badanie piersi, mammografię;
- Stosowanie immunoprofilaktyki poprzez szczepienia przeciw grypie, tężcowi oraz pneumokokowemu zapaleniu płuc;

- Przestrzeganie zaleceń chemioprowfilaktyki, dzięki stosowaniu aspiryny w prewencji wtórnej chorób naczyniowych serca i mózgu, statyny w hipercholesterolemii;
- Zapobieganie osteoporozie poprzez podawanie witaminy D oraz wykrywanie i leczenie osteoporozy;
- Modyfikowanie stylu życia poprzez zaprzestanie palenia tytoniu, stosowanie właściwej diety oraz zachowanie i przestrzeganie systematycznej aktywności ruchowej [4].

Do badań profilaktycznych wykonywanych przez pielęgniarkę na zlecenie lekarza, które powinny być stosowane rutynowo u osób w wieku podeszłym co najmniej raz na rok zaliczamy:

- OB i morfologia krwi obwodowej.
- Wysokość stężenia CRP (Białko C-reaktywne) w surowicy krwi.
- Ocenę poziomu glikemii na czczo oraz glikemii poposiłkowej u osób, które zgłaszają się pierwszy raz na wizytę lekarską.
- Stężenie poziomu TSH (hormonu tyreotropowego).
- Stężenie poziomu kreatyniny oraz elektrolitów (Na, K) w surowicy krwi.
- Analizę moczu.

Ponadto w razie pogorszenia stanu zdrowia powinna być wykonana:

- Ocena wartości albuminy i cholesterolu w sytuacji podejrzenia niedożywienia. Należy pamiętać, że obydwa parametry wzrastają przy podwyższonych wartościach CRP.
- Sprawdzenie wartości HbA1c u osób z rozpoznaną cukrzycą leczoną zarówno dietetycznie jak również farmakologicznie [8].

Bardzo istotnym elementem w pracy każdej pielęgniarki jest kształtowanie przyjaznych i pozytywnych zachowań otoczenia w stosunku do seniorów. Działania te dotyczą postaw wszystkich grup wiekowych wobec starszych ludzi, zarówno dzieci, młodzieży jak również dorosłych, przeciwdziałanie ageizmowi [9].

Wiele celów prozdrowotnych w profilaktyce starzenia pielęgniarka może osiągnąć dzięki edukacji i propagowaniu odpowiednich zachowań zdrowotnych. Zdarza się jednak dość często, że seniorzy i nie tylko wolą być leczeni, niż przestrzegać zasad zdrowego stylu życia. Istotą i wynikiem przejawiania troski o własne zdrowie ludzi w wieku podeszłym jest starzenie pozytywne, które pozwala cieszyć się życiem, pomaga seniorom radzić sobie ze zmiennymi kolei losu i do późnej starości czerpać z życia jak najwięcej [5].

Bibliografia:

1. Biercewicz M. Szewczyk M. Ślusarz R.: Pielęgniarstwo w geriatric. Wydawnictwo medyczne, Borgis, Warszawa 2006
2. Frąckowska A, Kurowska K.: Oczekiwany holistyczny model opieki wobec starszego człowieka. Pielęgniarstwo XXI wieku. Nr 2[19]/2007
3. Grodzicki T. Kocemba J. Skalska A.: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk 2006.
4. Kostka T. Koziarska Rościszewska M.: Choroby wieku podeszłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
5. Mianowany M.E, Maniecka-Baryła I., Drygas W.K.: Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno ekonomiczny. Gerontologia Polska. Nr 12/2004

6. Sobów T.: Praktyczna psychogeriatra. Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym. Wyd. Continuo, Wrocław 2010

7. Susułowska M., (1989): Psychologia starzenia się i starości, PWN, Warszawa. Synak B., (red.) (2000): Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej,

8. Wieczorkowska-Tobis K. Talarska D. (red.): Geriatria i Pielęgniarstwo Geriatryczne. Podręcznik dla Studiów Medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008

9. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Specjalna:Szukaj/Ageizm/> 10.04.2012/

Anna Dygudaj

Znieczulenie pacjentów w wieku podeszłym

Dzięki postępom w opiece zdrowotnej i leczeniu, prognozowany czas życia znacznie się wydłużył: u kobiet wynosi 78 lat, u mężczyzn 72 lata. Ludzie ponad 65-letni stanowią 15% społeczeństwa, w medycynie zabiegowej liczba ich wzrosła do ok. 20%.

Śmiertelność okołoperacyjna pacjentów w starszym wieku wynosi obecnie w przypadku zabiegów planowych ok. 5%, w przypadku operacji ze wskazań nagłych, zależnie od rodzaju operacji i związanych z nią powikłań - ok. 10%. Natomiast śmiertelność spowodowana znieczuleniem wynosi ok. 2% i jest 3 razy wyższa niż w przypadku młodszych pacjentów.

Zmiany spowodowane wiekiem zwiększają ryzyko związane z operacją i znieczuleniem. Przy porównywalnych zabiegach powikłania są gorzej tolerowane przez pacjentów w starszym wieku niż przez osoby młodsze.

Uwarunkowane fizjologicznie zmiany ograniczają zdolności adaptacyjne narządów i ich reakcję na obciążenie (takie jak operacja i znieczulenie). Pogarszają to jeszcze bardziej zmiany patofizjologiczne uwarunkowane chorobą.

Starzenie się jest procesem, polegającym na postępującej zmianie budowy i czynności narządów (niezależnie od procesu chorobowego), który nieuchronnie prowadzi do śmierci. Tradycyjnie do grupy tej zaliczani są ludzie w wieku 65 lat, ale powszechnie uważa się, że wiek kalendarzowy i fizjologiczny nie są identyczne oraz że poszczególne narządy człowieka starzeją się w różnym stopniu.

Wg WHO

- 60 – 75 rok życia – człowiek starszy
- 75 – 90 rok życia – człowiek stary
- powyżej 90 roku życia – człowiek bardzo stary

Zmiany w organizmie dotyczą następujących układów i narządów:

- układu krążenia
- układu oddechowego
- układu nerwowego
- termoregulacji
- nerek i wątroby

Ocena wpływu wieku na zachorowalność i śmiertelność okołoperacyjną należy dokonywać indywidualnie dla każdego

chorego w wieku podeszłym. Istotne znaczenie mogą tu mieć następujące czynniki:

- III i IV stopień ryzyka okołoperacyjnego wg skali ASA (American Society of Anesthesiologists)
- rozległy lub nagły zabieg chirurgiczny
- choroby układu krążenia, układu oddechowego, cukrzyca, niewydolność wątroby i nerek
- zły stan odżywienia, niedokrwistość
- samotność

Przygotowanie przedoperacyjne

1) Ocena przed operacją

a) U pacjenta w wieku podeszłym często współistnieje wiele chorób. Dla anestezjologa mają znaczenie przede wszystkim schorzenia układów oddechowego i krążenia, ponieważ zwiększają one ryzyko związane ze znieczuleniem i operacją. Dzięki odpowiedniemu leczeniu i eliminowaniu medycznych czynników ryzyka można zmniejszyć zachorowalność i umieralność w tej grupie chorych w okresie okołoperacyjnym. Dlatego obok wykonywania rutynowych badań niezbędna jest dokładna diagnostyka i (o ile to możliwe) leczenie tych schorzeń, które zwiększają ryzyko operacji.

b) W trakcie badania przed operacją anestezjolog musi zwrócić szczególną uwagę na:

- ☐ chorobę niedokrwinną serca - może ona przebiegać bez objawów klinicznych, lecz jeśli jest objawowa, predysponuje do wystąpienia zawału mięśnia sercowego i niewydolności serca w okresie okołoperacyjnym.

- ☐ nadciśnienie i niedociśnienie tętnicze,

Nadciśnienie tętnicze (również izolowane skurczowe!) usposabia do wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgowego i niewydolności krążenia. Im ciśnienie tętnicze jest wyższe, tym uszkodzenie narządów większe. U osób starszych częstość akcji i pojemność minutowa serca są mniejsze, a opór obwodowy wyższy w porównaniu z pacjentami młodszy chorującymi na nadciśnienie. Uwarunkowany nadciśnieniem przerost lewej komory występuje u ludzi starszych o wiele częściej niż u młodszych. Dlatego dochodzi do zmian kurczliwości mięśnia sercowego i napełniania lewej komory ze spadkiem pojemności minutowej serca i przepływu nerkowego. Za przyczynę zmniejszonego przepływu nerkowego uważa się zmianę dystrybucji krwi spowodowaną stwardnieniem naczyń nerkowych. Znaczenie praktyczne ma obniżenie objętości śródnaczyniowej przy zwiększonym oporze obwodowym: nawet niewielka utrata objętości krwi może prowadzić do znacznego spadku ciśnienia tętniczego i upośledzenia przepływu obwodowego.

Nieleczone nadciśnienie tętnicze. Czy zabieg operacyjny powinien zostać przesunięty, aby najpierw wdrożyć leczenie u pacjenta w starszym wieku z nadciśnieniem dotychczas nieleczonym? Według Goldmana (1977) średniego stopnia (lezione lub nie) nadciśnienie bez chorób towarzyszących nie zwiększa ryzyka znieczulenia ogólnego i operacji. Prawdopodobnie przesunięcie terminu operacji nie jest u tych pacjentów potrzebne. W cięższych postaciach nadciśnienia tętniczego odsunięcie czasu operacji jest tylko wtedy uzasadnione, kiedy chodzi o zabiegi planowe i dysponuje się odpowiednio długim czasem (ostrożnie u ludzi starszych!) na leczenie nadciśnienia.

Obok bardzo często występującego nadciśnienia w porównywalnie dużym procencie (20-30%) występuje u ludzi

starszych niedociśnienie ortostatyczne, zależne od pozycji ciała. Ważną tego przyczyną jest zmniejszona aktywność baroreceptorów; mogą tu także odgrywać pewną rolę zaburzenia czynności układu autonomicznego oraz cukrzyca. Anestetyki i leki uspokajające mogą nasilać niedociśnienie, co powoduje szczególnie przy zmianach pozycji pacjenta niebezpieczne spadki ciśnienia tętniczego w okresie okołooperacyjnym.

☐ niewydolność krążenia

Częstość występowania niewydolności krążenia wzrasta z wiekiem. Najważniejszymi przyczynami są choroba niedokrwienna serca i nadciśnienie tętnicze. Wzrasta przez to ryzyko znieczulenia ogólnego i operacji. Dlatego przed zabiegiem konieczne jest odpowiednie leczenie internistyczne. Jednak profilaktyczne stosowanie naparstnicy u ludzi starszych bez objawów niewydolności krążenia jest, wg obowiązujących poglądów naukowych, przeciwwskazane. Należy także wspomnieć, że u pacjentów tych dochodzi często do przedawkowania naparstnicy. Jej działanie jest nasilone przez hipokaliemię (leczenie diuretykami!).

☐ zaburzenia rytmu serca,

Częstość występowania zaburzeń rytmu serca pod różnymi postaciami wzrasta z wiekiem. Pojedyncze skurcze dodatkowe nadkomorowe są stwierdzane w holterowskim badaniu EKG u 88% mężczyzn i 78% kobiet w wieku podeszłym. Najczęstszą przyczyną komorowych skurczów dodatkowych jest choroba niedokrwienna serca, ale można je także zaobserwować u pacjentów z prawidłowym wynikiem koronarografii.

☐ choroby układu oddechowego

U chorych w wieku podeszłym niewydolność oddechowa jest drugą co do częstości występowania przyczyną zgonów. Pacjentów z przewlekłymi schorzeniami płuc dotyczy to 4-krotnie częściej niż zdrowych. Znaczącą rolę odgrywają tu przewlekłe obturacyjne schorzenia układu oddechowego (rozedma płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma), które aby zmniejszyć ryzyko, wymagają wcześniejszego leczenia.

c) Konieczny jest także dokładny wywiad dotyczący stosowanych przez pacjenta leków. Do najczęściej używanych należą: naparstnica, leki moczopędne, leki przeciwnadciśnieniowe, nitraty, leki β -adrenolityczne, antagoniści wapnia, leki uspokajające i trójcykliczne przeciwdepresyjne.

Premedykacja

Wielu pacjentów odczuwa lek przed znieczuleniem i zabiegiem operacyjnym. Źródłem lęku jest przede wszystkim ból towarzyszący operacji i ryzyko śmierci. Uczucie silnego lęku znosi odpowiednia premedykacja.

W ramach premedykacji, na 30 ÷ 60 min. przed zabiegiem, podawane są najczęściej:

- benzodiazepiny (midazolam),
- opioidy (petydyna),
- niesteroidowe środki przeciwzapalne (ketonal),
- holinolityki (atropina, skopolamina – obecnie rzadko stosowane),
- agoniści receptora α_2 -adrenergicznego (klonidyna).

Należy pamiętać o tym, że działanie tych leków może być wydłużone ze względu na zmianę farmakokinetyki i farmakodynamiki, np. czas półtrwania midazolamu u ludzi po 65

roku życia wydłuża się do 8,5 godziny, podczas gdy u ludzi poniżej 40 roku życia wynosi 4 godziny

Zarówno opioidy jak i benzodiazepiny łatwo mogą wywołać senność, splątanie a nawet delirium. Dlatego też dawki tych leków u pacjentów w podeszłym wieku należy redukować. U niektórych pacjentów zlecenie premedykacji może być niepotrzebne, a u innych nierozsądne. Chorzy podsypiający, z obniżoną rezerwą fizjologiczną, nie wymagają środków uspokajających. Podanie premedykacji pacjentom z podwyższonym ciśnieniem śródczaszkowym i niestabilnym układem krążenia może być wręcz niebezpieczne

Wybór metody znieczulenia

Wybór znieczulenia zależy od lokalizacji i rodzaju choroby, rodzaju i rozległości zabiegu operacyjnego, stanu ogólnego pacjenta i chorób współistniejących, sprawności zespołu operującego, umiejętności i możliwości anestezjologicznych. Należy wybrać takie metody znieczulenia, które zapewniłyby:

- odpowiednie warunki chirurgiczne,
- odpowiednią analgezję i amnezję,
- minimalne uboczne skutki dla układu krążenia i oddychania,
- przetrwanie częściowej analgezji na okres pooperacyjny,
- minimalne występowanie objawów ubocznych, takich jak nudności, wymioty i zawroty głowy.

U pacjentów w podeszłym wieku mogą być stosowane następujące metody znieczulenia:

- znieczulenie miejscowe regionalne (powierzchniowe, nasiąkowe),
- znieczulenie przewodowe obwodowe (blokady splotów i nerwów obwodowych),
- ośrodkowe znieczulenie przewodowe (podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, podpajęczynówkowe połączone z zewnątrzoponowym ciągłym: CSE),
- znieczulenie ogólne z intubacją,
- znieczulenie ogólne, połączone ze znieczuleniem zewnątrzoponowym,
- znieczulenie ogólne bez intubacji, przy użyciu maski krtańowej lub twarzowej.

Wprowadzenie do znieczulenia

a) Podczas wprowadzania do znieczulenia trzeba brać pod uwagę pewne odrębności anatomiczne występujące u wielu osób w podeszłym wieku. Mogą one utrudnić czynności anestezjologiczne i doprowadzić do powikłań:

- ☐ Uzębienie jest często niekompletne, zachowane zęby są często ruchome. Przy intubacji istnieje ryzyko ich wyłamania.
- ☐ Pacjentów bez zębów łatwo się intubuje, ale trudno prowadzi się oddech przez maskę, ponieważ trudno ją uszczelnić.

☐ Zwyródnienie kręgosłupa szyjnego ogranicza u niektórych pacjentów ruchomość głowy i szyi, co utrudnia intubację.

☐ Zmiany zwyródnieniowe stawów utrudniają ułożenie chorego na stole operacyjnym, co usposabia do wystąpienia uszkodzeń ciała.

☐ Odruchy obronne górnych dróg oddechowych są u ludzi starszych osłabione, wskutek czego są oni zagrożeni aspiracją.

☐ Każdy pacjent w wieku podeszłym z ostrym schorzeniem brzucha musi być traktowany jako nie będący na czczo.

b) Wprowadzenie do znieczulenia pacjenta w podeszłym wieku jest momentem krytycznym, podczas którego mogą wystąpić następujące powikłania:

□ Gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego lub zapas krążeniowa spowodowane względnym lub bezwzględnym przedawkowaniem lub zbyt szybkim podaniem anestetyku. Sprzyja temu hipowolemia i zmniejszone zdolności kompensacyjne układu autonomicznego. Spadków ciśnienia należy się spodziewać przede wszystkim po podaniu barbituranów i propofolu.

□ U pacjentów w podeszłym wieku podczas wprowadzania do znieczulenia należy powoli wstrzykiwać leki i podać mniejsze ich dawki.

□ Celem wypełnienia przestrzeni śródnaczyniowej poleca się podanie około 500-700 ml płynu elektrolitowego przed wprowadzeniem do znieczulenia.

□ Nadmierny wzrost ciśnienia tętniczego i zaburzenia rytmu serca podczas laryngoskopii i intubacji na skutek niewystarczającego zahamowania odruchów ze strony układu krążenia.

□ Ponowny spadek ciśnienia tętniczego przed rozpoczęciem operacji po ustąpieniu bodźca wywołanego intubacją.

c) Anestetyki służące do wprowadzenia do znieczulenia u ludzi starszych powinny być stosowane w niższych dawkach niż u młodszych. Zależnie od wieku (i stanu chorego) dawkę ich należy zredukować o 55-60%.

d) Barbiturany i propofol wydają się mniej przydatne przy wprowadzaniu do znieczulenia niż etomidat, który nie upośledza czynności układu krążenia. Nie znosi on jednak odpowiedzi układu krążenia na laryngoskopię i intubację. Konieczne jest dlatego podanie dodatkowo anestetyku wziewnego. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

e) U pacjentów ze zwiększonym ryzykiem korzystne jest także wprowadzenie z użyciem benzodiazepiny, np. midazolamu (Dormicum) w dawce 0,3 mg/kg, a następnie podanie fentanylu

Podtrzymanie znieczulenia

f) Podtrzymanie znieczulenia jest u ludzi starszych często trudniejsze niż u młodych. Dotyczy to szczególnie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, u których występują znaczne i szybko zmieniające się wahania ciśnienia.

g) Leki stosowane do podtrzymania znieczulenia muszą być, podobnie jak stosowane do wprowadzenia, podawane w zmniejszonych dawkach: opioidy o ok. 40-50%, anestetyki wziewne o ok. 25% (w połączeniu z podtlenkiem azotu o ok. 50%). Najważniejszą przyczyną zmniejszonego zapotrzebowania na leki obu tych grup jest prawdopodobnie przede wszystkim zmiana ich farmakokinetyki. Nie można jednak stosować sztywnego schematu dawkowania, a raczej, podobnie jak u ludzi młodych, kierować się działaniem i objawami niepożądanymi.

h) Podając płyny podczas operacji trzeba brać pod uwagę ograniczone zdolności regulacyjne w zakresie gospodarki wodno-elektrolitowej, a także wydolność nerek i układu krążenia: ilość i skład stosowanych roztworów ma tu większe znaczenie niż u ludzi młodych. Niedobory wody i elektrolitów istniejące przed operacją powinny, o ile to możliwe, być uzupełnione przed operacją.

Monitorowanie w czasie zabiegu obejmuje

- częstość tętna,
- EKG z analizą odcinka ST,

- pomiar ciśnienia tętniczego metodą nieinwazyjną, a przy dużych zabiegach – metodą bezpośrednią,
- wysycenie hemoglobiny tlenem (saturacja),
- końcowo-wydechowe stężenie (EtCO₂),
- temperaturę,
- stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej,
- mechanikę oddychania: częstość oddechu, wentylację minutową, ciśnienie szczytowe w drogach oddechowych, średnie ciśnienie w drogach oddechowych, ciśnienie fazy wdechu,
- monitorowanie przewodnictwa nerwowo-mięśniowego,
- monitorowanie, przy dużych zabiegach, OCŻ i wydalania moczu,
- u pacjentów ze stwierdzoną niewydolnością lewej komory przydatne jest założenie cewnika Swana-Ganza,
- pomiar czynnościowej aktywności mózgu BIS (bispectral index).

Sala budzeń

We wczesnym okresie pooperacyjnym u ludzi starszych wzrasta ryzyko wystąpienia niewydolności oddechowej. Dlatego obserwacja w sali budzeń powinna być szczególnie wnikliwa. Niewydolnością oddechową zagrożeni są szczególnie pacjenci, u których prowadzono znieczulenie z zastosowaniem fentanylu lub innego opioidu; u niektórych pacjentów trzeba się liczyć z opóźnionym powrotem świadomości, przedłużoną sennością i depresją oddechową, szczególnie wtedy, gdy stosowano u nich duże dawki benzodiazepin. Depresja oddechowa, jeśli odwracano ją naloksonem, może pojawić się po pewnym czasie ponownie. Oprócz zaburzeń oddechowych w okresie pooperacyjnym mogą wystąpić liczne zaburzenia ze strony układu krążenia, przede wszystkim nadciśnienie tętnicze.

Postępowanie pooperacyjne

Z uwagi na możliwość wystąpienia wielu powikłań pooperacyjnych konieczne jest objęcie nadzorem i monitorowaniem chorych wieku podeszłego w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.

Nadzór pooperacyjny powinien obejmować ocenę:

- a) zaburzeń funkcji układu oddechowego,
- b) zaburzeń funkcji układu krążenia,
- c) zaburzeń funkcji układu pokarmowego,
- d) pooperacyjnych zaburzeń świadomości,
- e) zaburzeń termoregulacji,
- f) regulacji gospodarki płynowej i funkcji nerek,
- g) profilaktyki powikłań zatorowo-zakrzepowych,
- h) metod walki z bólem.

Piśmiennictwo

1. Akle A, Jones RM: Wiek podeszły. Przegląd Nowości w Anestezji i Intensywnej Opiece; tłum. M. Karlikowski; 1994
2. Shapiro MB, West MA: Przedoperacyjna ocena chorego w podeszłym wieku; tłum. M. Mrozek; Medycyna Praktyczna – Chirurgia 2007
3. Duda K: Zmiany fizjologiczne, towarzyszące starzeniu i zaburzenia u chorych w wieku podeszłym a znieczulenie; Kraków 2002
4. Kruszyna T: Ocena ryzyka operacyjnego u osób starszych i znacznie nim obciążonych; Medycyna Praktyczna – Chirurgia 2005
5. Wołowicka L, Dyk D: Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo

Iwona Adamik



„Gdy umiera ktoś bliski, często żalujemy, że nie zdążyliśmy mu czegoś powiedzieć,
że nie byliśmy dla niego lepsi.”

*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
Czasami brak łez by wypłakać żal...*

Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

Pani Monice Juchnik

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim.

Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Ojca

Pani Małgorzacie Myśliwiec

składają Pielęgniarki i Położne SP ZOZ-u Miejskiego Szpitala
Zespolonego w Częstochowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

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	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
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.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰



**Egzamin końcowy kursu
specjalistycznego dla pielęgniarek
„Leczenie ran Nr 11/07”
Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie
dnia 22 maja 2012 roku.**



**Egzamin wewnętrzny szkolenia
specjalizacyjnego dla pielęgniarek
w dziedzinie
„Pielęgniarstwa
anestezjologicznego
i intensywnej opieki”
Spółdzielnia Pracy „Oświata”
Dnia 19 maja 2012 roku.**





wystarczy sięgnąć

kredyt z premią roczną do 750 zł

Zapraszamy do placówek eurobanku:

- Częstochowa:
 - Al. Najświętszej Marii Panny 2
 - Al. Najświętszej Marii Panny 52
 - Al. Pokoju 2
 - C.H. M1, ul. Kisielewskiego 8/16
- Nowa Wieś k./Częstochowy, C.H. Auchan, ul. Krakowska 10

zadzwoń

19 000 www.eurobank.pl

Koszt połączenia wg stawki operatora.

RRSO dla przykładu reprezentatywnego na dzień 18.12.2011 r. przy całkowitej kwocie kredytu 7 900 zł dla 37 miesięcy spłat z prowizją i opłatą przygotowawczą (łącznie 395 zł), z oprocentowaniem 16,5%, z uwzględnieniem zwrotu części pobranych odsetek w wysokości 150 zł, wynosi 32,49%. RRSO uwzględnia pełny pakiet ubezpieczeń kredytu (łączny koszt – 1 081,51 zł). Rata miesięczna kredytu wynosi 273,85 zł a całkowita kwota do zapłaty – 10 132,27 zł. Warunkiem wypłaty premii rocznej jest terminowa spłata 12 kolejnych rat kredytu zgodnie z harmonogramem kredytu. Szczegóły oferty, w tym opłaty i prowizje jak również zakres ubezpieczeń oraz ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności towarzystw ubezpieczeniowych są dostępne na www.eurobank.pl i w placówkach banku.