

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Walentynki
14 LUTEGO

Dzień Kobiet
8 MARCA

Luty 2013r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki”

Spółdzielnia Pracy „Oświata”
Dnia 4 lutego 2013 roku.



W NUMERZE:

Okręgowy Zjazd	1
Uchwały Prezydium	1
Kalendarium	2
Naczelna Izba PiP	2
Ministerstwo Zdrowia	3
Opinie prawne	5
Prace dyplomowe	8
Informacje	17

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.

**Szanowny Delegacie**

w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie zapraszam na

III Okręgowy Zjazd

Pielęgniarek i Położnych VI kadencji,
który odbędzie się w dniu **28 marca 2013 roku**
o godzinie **9.00** w sali sesyjnej Urzędu Miasta
Częstochowy ul. Śląska 11/13.

Informacja dla Delegata**na III Okręgowy Zjazd****Pielęgniarek i Położnych**

w Częstochowie dnia **28 marca 2013 roku**

III Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
zwołany jest Uchwałą

Nr 1/VI/2012 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 11 grudnia 2012 roku

na dzień 28 marca 2013 roku na godz. 9:00.

Miejscem obrad III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i
Położnych będzie sala sesyjna Urzędu Miasta Częstochowy
ul. Śląska 11/13 w Częstochowie.

Na podst. § 1 Uchwały Nr 8/VI/2012 II Okręgowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VI kadencji z dnia
30 marca 2012 r. uprzejmie informuję:

1. Delegata na Zjazd obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniu Zjazdu.
2. Delegat na Zjazd może być członkiem tylko jednej komisji zjazdowej.
3. Wiarygodne usprawiedliwienie nieobecności na Zjeździe Delegat składa pisemnie w biurze Okręgowej Izby w ustawowym terminie przed obradami zjazdu.
4. Delegaci na Zjazd i uczestnicy Zjazdu potwierdzają obecność na Okręgowym Zjeździe podpisami na listach obecności sporządzonych oddzielnie dla Delegatów każdego rejonu wyborczego.
5. Po podpisaniu listy obecności Delegaci na Zjazd otrzymują mandaty, którymi poprzez podniesienie oddają głos w głosowaniu jawnym.
6. Za nieusprawiedliwioną nieobecność lub niezasadnione wcześniejsze opuszczenie obrad Delegat na Zjazd może być obciążony proporcjonalną częścią kosztów. ■

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie VI kadencji

Projekt

Regulamin obrad

**III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie
VI kadencji w dniu 28 marca 2013 roku**

1. Warunkiem zabrania głosu będzie uprzednio pisemne zgłoszenie wystąpienia do sekretarza okręgowego zjazdu z podaniem imienia, nazwiska oraz tematu na jaki delegat chce zabrać głos.

2. Czas trwania wypowiedzi delegata 3 minuty.
3. Zabierając głos, delegat winien zbliżyć się do mikrofonu wg kolejności zgłoszeń podać numer mandatu oraz imię i nazwisko.
4. Przewodniczący zjazdu odbierze przemawiającemu głos w przypadku przekroczenia limitu czasu.
5. Uczestnik zjazdu nie może zabierać głosu w dyskusji nad tą samą sprawą więcej niż dwa razy, chyba że do kolejnego zabrania głosu wezwie go przewodniczący.
6. Zgłoszenie wniosków do rozpatrzenia przez zjazd należy przygotować w zwięzłej formie kierując pisemnie wniosek do komisji uchwał i wniosków.
7. Przewodniczący zjazdu może zwrócić uwagę zabierającemu głos, który w swoim wystąpieniu odbiega od przedmiotu obrad określonego w porządku obrad, a po dwukrotnym zwróceniu uwagi może odebrać przemawiającemu głos.
8. Przewodniczący zjazdu udziela głosu delegatowi poza porządkiem obrad i poza kolejnością jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania. Wystąpienie nie może trwać dłużej niż 1 minutę.
9. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o:
 - 1/ przerwanie, odroczenie lub zamknięcie posiedzenia,
 - 2/ uchwalenie tajności posiedzenia,
 - 3/ zamknięcie listy mówców,
 - 4/ zamknięcie dyskusji,
 - 5/ odesłanie do komisji celem rozpatrzenia i opracowania,
 - 6/ głosowanie bez dyskusji,
 - 7/ zmianę porządku obrad,
 - 8/ przeprowadzenie głosowania,
 - 9/ głosowanie imienne,
 - 10/ ograniczenie czasu przemówienia,
 - 11/ sprawdzenie quorum,
 - 12/ reasumpcję głosowania,
 - 13/ uchwalenie tajności głosowania,
 - 14/ zamknięcie listy kandydatów.

Zjazd rozstrzyga o wniosku formalnym po wysłuchaniu wnioskodawcy i ewentualnie po przeprowadzeniu nad nim dyskusji. Głosowanie jawne odbywa się przez podniesienie ręki z mandatem. ■

Przewodnicząca/y III Okręgowego
Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie VI kadencji

Uchwały Prezydium

**Uchwały podjęte podczas posiedzeniu
Prezydium Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
w dniu 30 stycznia 2013 roku**

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 480 zł dla jednej pielęgniarki za kurs specjalistyczny „Endoskopia dla pielęgniarek”
 - 289,52 zł dla jednej pielęgniarki za kurs specjalistyczny „Eduktor w cukrzycy”



- 1 384.00 zł dla dwóch pielęgniarek za specjalizację „Pielęgniarstwo neonatologiczne”,
 - 700.00 zł dla jednej pielęgniarki za specjalizację „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej”,
 - 700.00 zł dla jednej pielęgniarki za specjalizację „Pielęgniarstwo psychiatryczne”.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
 - Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
 - Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dziewięć pielęgniarek.
 - W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla trzech pielęgniarek i dwóch położnych.
 - Stwierdzono jednej pielęgniarsce i jednemu pielęgniarszowi posiadanie kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej. ■



Kalendarium

KALENDARIUM - styczeń-luty 2013 rok

14.01.2013r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie na zaproszenie Prezydenta Miasta Częstochowy Krzysztofa Matyjaszczyka uczestniczyła w tradycyjnym spotkaniu noworocznym, które odbyło się w Filharmonii Częstochowskiej.

16.01.2013r. Przewodnicząca OR uczestniczyła w nadzwyczajnym posiedzeniu NRPiP w Warszawie. Posiedzenie dotyczyło nowego rozporządzenia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia.

17.01.2013r. W siedzibie OIPIp odbyło się spotkanie z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Pielęgniarkami i Położnymi uczelniami i Przełożonymi Lecznictwa stacjonarnego.

25.01.2013r. Na zaproszenie Komitetu Naukowego i Organizacyjnego Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w XVII Jasnogórskiej konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych.

28.01.2013r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

30.01.2013r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

31.01.2013r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w XXXI obradach zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

04.02.2013r. W siedzibie OIPIp w Częstochowie Firma Family Service "PELARGOS" przeprowadziła dla pielęgniarek i położnych wykłady nt: „Nowoczesne rozwiązania dla skóry wrażliwej, suchej i atopowej”. W szkoleniu udział wzięło 39 osób.

04.02.2013r. W siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki”.

07.02.2013r. W siedzibie OIPIp odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIp w Częstochowie.

20.02.2013r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

20.02.2013r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

21.02.2013r. W siedzibie Spółdzielni Pracy „Oświata” odbył się egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa rodzinnego”.

28.02.2013r. W Urzędzie Miasta Częstochowy odbędzie się spotkanie komitetu organizacyjnego obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala Chirurgicznego im. L. Rydygiera w Częstochowie. ■



Naczelna Izba PiP

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2013 r w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W spotkaniu udział wzięli ze strony Ministerstwa Zdrowia:

Bartosz Arłukowicz - Minister Zdrowia

Aleksander Sopliński Podsekretarz Stanu w MZ

Beata Cholewka - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Jolanta Skolimowska Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Naczelną Radę Pielęgniarek Położnych reprezentowali:

Grażyna Rogala-Pawelczyk - Prezes NRPiP

Maria Kaleta - Wiceprezes NRPiP

Tadeusz Wadas - Wiceprezes NRPiP

Hanna Gutowska - Skarbnik NRPiP

Joanna Walewander - Sekretarz NRPiP

Członkowie Prezydium NRPiP

Agnieszka Kałużna, Mariola Głowacka, Emilia Kin, Mariola

Łodzińska, Barbara Błażejowska-Kopiczak

Zofia Małas - członek NRPiP

Podczas spotkania przedstawiciele NRPiP przedstawili Ministrowi Zdrowia stanowisko w sprawie pilnej nowelizacji w/w rozporządzenia.

Strona samorządowa w dalszym ciągu podtrzymuje, iż należy bezwzględnie przywrócić zapisy dotyczące:

- 1) Obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innej jednostce organizacyjnej na dyżurze powinna być ustalona zgodnie z faktycznym zapotrzebowaniem pacjenta na opiekę pielęgniarską lub położniczą z uwzględnieniem czasów wypracowanych przez zespół ds. norm.
- 2) Wprowadzenia obowiązywania norm we wszystkich podmiotach leczniczych,
- 3) Minimalne normy zatrudnienia w bloku operacyjnym-dwie pielęgniarki lub położne na jednego operowanego pacjenta (instrumentariuszka i asystująca).
- 4) W rozporządzeniu powinien się znaleźć zapis o treści „jedna położna na jedną rodzącą u której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu”.

Ustalono że będą trwały prace zmierzające do rozwiązania spornych kwestii objętych w/w rozporządzeniem. ■

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

**NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60
Warszawa, 24 stycznia 2013 r.

Pani
mgr Izabela Kaptacz
Komitet Organizacyjny i Naukowy
XVII Jasnogórskiej Konferencji
Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych

Szanowna Pani,
Opieka paliatywna jako odrębna dziedzina systemu ochrony zdrowia jest w naszym kraju obszarem stosunkowo nowym. Rozwija się jednak intensywnie, a znaczenia jej działań skierowanych do osób wymagających opieki paliatywnej i hospicyjnej nie da się przecenić. Dużym osiągnięciem jest powstanie instytucji i struktur, świadczących tym chorym opiekę na wysokim poziomie. Dzięki temu hasło częstochowskiej konferencji: „Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze” nabiera konkretnego charakteru, a czas, gdy medycyna naprawcza nie może już wiele pomóc, przestaje być dla pacjentów wyłącznie trudnym do zniesienia cierpieniem. Jako reprezentanci służby zdrowia nie rozkładamy bezradnie rąk wobec nieuleczalnie chorych. Wiemy, że cierpieniu można i trzeba ulżyć, można i trzeba poprawić jakość życia umierających. Takie podejście umożliwia ludziom przeżycie ostatniego okresu życia z godnością, bez strachu i bólu. A my coraz lepiej uczymy się robić to, co należy w takiej sytuacji robić. Szczególne słowa uznania kieruję do Pani Konsultant za działalność na rzecz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Z okazji Jubileuszu XX-lecia Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej proszę przyjąć serdeczne gratulacje i życzenia pomyślności. Mam pełną świadomość, że w stworzeniu podwalin systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej wielką rolę odegrały – i odgrywają nadal pielęgniarki. Zaczęły od upomnienia się o tych chorych i o ich prawo do godności, godnej śmierci. Zamierzając poświęcić się pracy z pacjentami w okresie paliatywnym zdobywały specjalistyczną wiedzę, gromadziły doświadczenia. Zakłady opieki paliatywnej i hospicja to tego rodzaju placówki, gdzie pielęgniarki, pielęgniarze jako samodzielni i odpowiedzialni profesjonalści oraz członkowie zespołu interdyscyplinarnego mogą w pełni rozwinąć swoją autonomię zawodową. Nie muszą nikogo przekonywać, jak niezbędna i odpowiedzialna jest ich praca. Serdecznie dziękuję za zaproszenie do udziału w XVII Jasnogórskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych. Bardzo żałuję, że nie mogę dzisiaj być z Państwem. W moim imieniu słowa podziękowań i uznania przekaże Pani Halina Synakiewicz, której osiągnięcia i dokonania na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wysoko cenię. Życzę Państwu ciekawych obrad, interesujących wykładów i wiedzy, która pozwoli lepiej służyć pacjentom. ■

Z wyrazami szacunku
Prezes dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Ministerstwo Zdrowia



Dz.U.2012.1106

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 26 września 2012 r.

w sprawie składu komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych

(Dz. U. z dnia 8 października 2012 r.)

Na podstawie art. 27 ust. 10 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707) zarządza się, co następuje:

§1. O wszczęciu postępowania na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanej dalej "ustawą", w sprawie podjęcia uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo uchwały o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu, okręgowa rada pielęgniarek i położnych zawiadamia pielęgniarkę lub położną, której dotyczy postępowanie.

§2. 1. Komisja lekarska do oceny niezdolności pielęgniarki lub położnej do wykonywania zawodu, powołana na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy, zwana dalej "komisją", orzeka w składzie trzech lekarzy specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny.

2. Jeżeli podstawą wszczęcia postępowania jest uzasadnione podejrzenie niezdolności pielęgniarki lub położnej do wykonywania zawodu spowodowanej zaburzeniami psychicznymi, chorobą psychiczną, narkomanią lub alkoholizmem, w skład komisji wchodzi co najmniej dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii.

3. Członkiem komisji nie może być lekarz, który:

- 1) został zawieszony w prawie wykonywania zawodu;
- 2) został ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych;
- 3) został ukarany przez sąd prawomocnym orzeczeniem o zastosowaniu środka karnego w postaci zakazu zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej;
- 4) jest małżonkiem lub krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie;
- 5) pozostaje wobec pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności.

4. Członkowie komisji wybierają spośród siebie przewodniczącego komisji.

5. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych zawiadamia niezwłocznie o powołaniu komisji pielęgniarkę lub położną, której dotyczy postępowanie.

6. Członek komisji podlega wyłączeniu od udziału w postępowaniu z urzędu lub na wniosek pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie, jeżeli w trakcie tego postępowania zaszła co najmniej jedna z okoliczności, o których mowa w ust. 3.

7. Wyłączenia dokonuje okręgowa rada pielęgniarek i położnych.

8. W przypadku uznania wniosku za zasadny w terminie 7 dni od dnia wyłączenia dotychczasowego członka komisji powołuje się na jego miejsce nowego członka.

§3. 1. Pielęgniarka lub położna, której dotyczy postępowanie, może wskazać pielęgniarkę, położną lub lekarza jako swojego męża zaufania.

2. Mąż zaufania, nie będąc członkiem komisji, ma prawo uczestniczyć we wszystkich jej czynnościach, z wyjątkiem głosowania.

§4. 1. Komisja wydaje orzeczenie o zdolności albo niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na

podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego i zgromadzonej w toku postępowania dokumentacji medycznej.

2. Komisja może wystąpić o wydanie opinii lekarza specjalisty odpowiedniej dziedziny medycyny.

3. Termin wykonywania badania lekarskiego wyznacza przewodniczący komisji.

4. W razie usprawiedliwionego niestawiennictwa pielęgniarki lub położnej przewodniczący komisji wyznacza ponowny termin wykonania badania lekarskiego.

5. Usprawiedliwienie niestawiennictwa pielęgniarki lub położnej z powodu choroby wymaga przedstawienia zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niemożność stawienia się na badanie lekarskie w terminie 7 dni od dnia wystawienia zaświadczenia.

6. W przypadku innych okoliczności niestawiennictwa pielęgniarki lub położnej pielęgniarka lub położna informuje komisję o przyczynach usprawiedliwiających niestawiennictwo, uprawdopodobniając je pisemnie w terminie 7 dni od dnia ich zaistnienia.

7. Jeżeli pielęgniarka lub położna odmawia wykonania badania lekarskiego lub nie stawiała się na ponowny termin jego wykonania, przewodniczący komisji powiadamia o tym niezwłocznie okręgową radę pielęgniarek i położnych.

8. Komisja powinna wydać orzeczenie nie później niż w terminie dwóch miesięcy od dnia jej powołania.

9. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada pielęgniarek i położnych może przedłużyć termin wydania orzeczenia.

§5. Jeżeli czynności prowadzone przez komisję wskazują, że dalsze wykonywanie zawodu lub ściśle określonych czynności zawodowych ze względu na stan zdrowia pielęgniarki lub położnej nie jest możliwe, komisja powiadamia o tym niezwłocznie okręgową radę pielęgniarek i położnych.

§6. 1. Komisja z dokonanych czynności sporządza protokół, który zawiera:

- 1) oznaczenie daty i miejsca posiedzenia komisji;
- 2) imiona, nazwiska i tytuły zawodowe członków komisji oraz wskazanie dziedzin medycyny, w których posiadają oni specjalizację;
- 3) imię i nazwisko badanej pielęgniarki lub położnej oraz określenie dokumentu stwierdzającego jej tożsamość;
- 4) imię i nazwisko męża zaufania, jeżeli został wyznaczony;
- 5) okoliczności, które spowodowały przeprowadzenie badania lekarskiego, oraz okoliczności, które spowodowały konieczność zasięgnięcia opinii, o której mowa w § 4 ust. 2;
- 6) podpisy członków komisji i męża zaufania albo informację o odmowie podpisania protokołu przez męża zaufania.

2. Do protokołu dołącza się orzeczenie komisji wraz z uzasadnieniem.

3. Orzeczenia komisji zapadają większością głosów. Członek komisji, który ma odrębne zdanie, może je złożyć na piśmie wraz z uzasadnieniem, które dołącza się do protokołu.

4. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem i ze zgromadzoną w toku postępowania dokumentacją medyczną oraz z protokołem prowadzonego postępowania komisja niezwłocznie przekazuje okręgowej radzie pielęgniarek i położnych.

5. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych doręcza niezwłocznie odpis orzeczenia komisji pielęgniarsce lub położnej, której dotyczy postępowanie, i jej mężowi zaufania, jeżeli został wyznaczony.

§7. 1. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada pielęgniarek i położnych może zwrócić się do komisji o uzupełnienie orzeczenia:

- 1) z urzędu - w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia komisji;
- 2) na wniosek pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie - w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego wniosku.

2. Wniosek o uzupełnienie orzeczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, pielęgniarka lub położna, której dotyczy postępowanie, może złożyć do okręgowej rady pielęgniarek i położnych w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia komisji.

§8. Jeżeli orzeczenie komisji nie daje podstaw do zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych, okręgowa rada pielęgniarek i położnych podejmuje uchwałę o umorzeniu postępowania.

§9. 1. Uchwała o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo uchwała o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu powinny zawierać:

- 1) oznaczenie okręgowej rady pielęgniarek i położnych;
- 2) datę podjęcia;
- 3) imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania pielęgniarki lub położnej;
- 4) podstawę prawną;
- 5) rozstrzygnięcie, z określeniem okresu zawieszenia albo ograniczenia prawa wykonywania zawodu;
- 6) uzasadnienie faktyczne i prawne;
- 7) termin ponownego badania lekarskiego przez komisję;
- 8) pouczenie o trybie i terminie odwołania;
- 9) podpisy osób, o których mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038).

2. Uchwała okręgowej rady pielęgniarek i położnych o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu stanowi podstawę do zwrócenia przez pielęgniarkę lub położną dokumentu prawa wykonywania zawodu do okręgowej rady pielęgniarek i położnych, w terminie 14 dni od dnia otrzymania uchwały, na adres wskazany w uchwale.

§10. Przepisy § 9 stosuje się odpowiednio do uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu i do uchwały o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu, jeżeli uchwały te dotyczą pielęgniarki lub położnej, która odmówiła poddania się badaniom przez komisję, z tym że zawieszenie prawa wykonywania zawodu albo ograniczenie wykonywania określonych czynności zawodowych następuje do dnia stawienia się na badanie lekarskie.

§11. 1. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych przesyła niezwłocznie odwołanie wraz z aktami sprawy do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych może powołać komisję dla dokonania oceny niezdolności pielęgniarki lub położnej do wykonywania zawodu albo w sprawie niezdolności do wykonywania określonych czynności zawodowych. Przepisy § 2-6 stosuje się odpowiednio.

3. W wyniku przeprowadzonego postępowania odwoławczego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych:

- 1) utrzymuje w mocy uchwałę okręgowej rady pielęgniarek i położnych;
- 2) zmienia w całości albo w części uchwałę okręgowej rady pielęgniarek i położnych;



3) uchyla w całości albo w części uchwałę okręgowej rady pielęgniarek i położnych i przekazuje sprawę do ponownego rozpatrzenia;

4) umarza postępowanie z przyczyn określonych w § 8.

4. Do uchwał Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjętych w wyniku złożenia odwołania przepisy § 9 ust. 1 stosuje się odpowiednio.

§12. 1. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych o podjętej uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo uchwałę o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu powiadamia podmiot, w którym pielęgniarka lub położna wykonuje zawód.

2. Jeżeli pielęgniarka lub położna wykonuje indywidualną praktykę, indywidualną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną specjalistyczną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub grupową praktykę na obszarze innej niż okręgowa rada pielęgniarek i położnych, która podjęła uchwałę określoną w ust. 1, o podjętej uchwałę należy powiadomić właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych.

3. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych niezwłocznie powiadamia podmioty określone w ust. 1 i 2 o podjęciu uchwały, o której mowa w § 11 ust. 3.

§13. Do postępowań w sprawie orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, podjęcia uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo uchwały o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu wszczętych a niezakończonych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§14. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾ ■

Opinie prawne



Kancelaria Prawa Międzynarodowego i Gospodarczego

radca prawny Artur Zubkiewicz
ul. Kilińskiego 16 lok. 3, 42-202 Częstochowa
tel./fax: 34-389-61-62
tel./fax: 34-389-61-26, tel./fax: 32-494-82-69
tel./fax: 32-494-82-79 - tel./fax: 22-256-86-34
tel./fax: 22-256-86-39

e-mail: sekretariat@kpmig.com.pl; http://www.kpmig.com.pl

Częstochowa, 21 grudnia 2012 r.

Opinia prawna

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, w jakiej wysokości powinna opłacać składkę członkowską pielęgniarka lub/i położna, która wykonuje zawód u dwóch różnych pracodawców, przy czym u jednego z nich na podsta-

wie umowy o pracę, a u drugiego na podstawie umowy zlecenia.

Stan prawny

Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz. 1038 – dalej: ustawa o samorządzie) członkowie samorządu są obowiązani regularnie opłacać składkę członkowską.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy o samorządzie członkami samorządu są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę. Pielęgniarka i położna stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru, o którym mowa w ust. 1 (tak: art. 5 ust. 2 ustawy o samorządzie).

Zgodnie z art. 20 pkt 11 ustawy o samorządzie Krajowy Zjazd określa wysokość i częstotliwość wpłat składki członkowskiej oraz zasady jej podziału.

Obecnie wysokości składki członkowskiej oraz inne kwestie jej dotyczące reguluje Uchwała nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału. Zasady określone ww. uchwałą obowiązują od dnia 1 stycznia 2012 r.

Zgodnie z § 1 ust. 1 ww. uchwały (dalej: uchwała w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału) składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4. Zgodnie z § 1 ust. 2 ww. uchwały składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

Zgodnie z § 2 ust. 1 uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału miesięczna składka członkowska wynosi:

- 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, ogłoszanego 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.

Zgodnie z § 2 ust. 2 uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału w przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, tego z którego wysokość składki jest wyższa. Zgodnie natomiast z § 2 ust. 3 uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału w przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie z działalności gospodarczej – prowadzenia indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej oraz z innego źródła, o którym mowa w ust. 1 pkt 1

i 2, składka członkowska powinna być naliczana na podstawie ust. 1 pkt 3, chyba że składka członkowska obliczona z innego źródła byłaby wyższa.

Zgodnie z § 2 ust. 4 uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału w sytuacji, gdy dana osoba jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę u więcej niż jednego pracodawcy, wysokość składki członkowskiej obliczana jest od najwyższego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

Rozważania

Pielęgniarka lub położna wykonująca zawód na podstawie umowy o pracę zobowiązana jest do opłacania składki w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego (§ 2 ust. 1 pkt 1 ww. uchwały).

Pielęgniarka lub położna wykonująca zawód na podstawie umowy zlecenia zobowiązana jest do opłacania składki w wysokości określonej w § 2 ust. 1 pkt 3 ww. uchwały, tj. aktualnie 38,75 zł (§ 2 ust. 1 pkt 3 ww. uchwały).

Normy kolizyjne zawarte w § 2 ust. 2, 3 oraz 4 dotyczą wyłącznie przypadków:

- 1) jednoczesnego uzyskiwania dochodów z:
 - a) umowy o pracę lub na podstawie stosunku służbowego oraz
 - b) emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
- 2) jednoczesnego uzyskiwania dochodów z:
 - a) działalności gospodarczej w postaci indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej oraz z
 - b) umowy o pracę lub na podstawie stosunku służbowego lub emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
- 3) jednoczesnego uzyskiwania dochodów na podstawie dwóch lub więcej umów o pracę.

Omawiana uchwała nie rozstrzyga jednak wprost sytuacji przedstawionej w pytaniu postawionym na wstępie niniejszej opinii, w związku z czym odpowiedź na ww. pytanie winna być wywiedziona w drodze wykładni.

Nie może budzić wątpliwości, iż intencją Delegatów na VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych było, aby w przypadku, gdy dana pielęgniarka lub/i położna osiąga dochody na podstawie różnych tytułów składka była pobrana wyłącznie jeden raz, tj. od dochodów osiągniętych z jednego źródła, a nadto iż pobrana winna być składka z tego źródła, z którego jest ona największa. Wynika to wprost z przepisów § 2 ust. 2, 3 oraz 4 in fine.

Zatem przyjąć należy, iż w przypadku sytuacji określonej w pytaniu postawionym na wstępie niniejszej opinii należy stosować odpowiednio § 2 ust. 3 ww. uchwały, tj. w przypadku członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 1-2 ww. uchwały, tj. m. in. osób wykonujących zawód pielęgniarki lub/i położnej na podstawie umowy zlecenia, które jednocześnie osiągają dochód z innego źródła, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczana na podstawie ust. 1 pkt 3, chyba że składka członkowska obliczona z innego źródła byłaby wyższa.

Wnioski

Reasumując, pielęgniarka lub/i położna, która wykonuje zawód u dwóch różnych pracodawców, przy czym u jednego z nich na podstawie umowy o pracę, a u drugiego na podstawie umowy zlecenia winna opłacać składkę wyłącznie z jednej z ww. umów.

Jeżeli przysługujące jej z umowy o pracę wynagrodzenie zasadnicze jest niższe niż 3 875,35 zł brutto, to wówczas winna ona opłacać składkę z tytułu umowy zlecenia (w wysokości 38,75 zł), bowiem składka od umowy zlecenia będzie wówczas wyższa.

Jeżeli natomiast jej zasadnicze wynagrodzenie miesięczne przekracza kwotę 3 875,35 zł, wówczas winna ona opłacać składkę od dochodów osiągniętych na podstawie umowy o pracę, ponieważ składka naliczona od umowy o pracę będzie wyższa.

Powyższe zasady obliczania i odprowadzania składki obowiązują od dnia 1 stycznia 2012 r. i od tej daty winny być stosowane.

**Wysokość składki z tytułu umowy zlecenia
lub działalności gospodarczej w roku 2012
wynosiła 37,70 zł miesięcznie.
Wysokość składki z tytułu umowy zlecenia lub
działalności gospodarczej w roku 2013 wynosi
38,75 zł miesięcznie. ■**

Przedruk Gazeta Prawna 12 grudnia 2012 nr 241

Mniej pielęgniarek, więcej błędów

Dyrektorzy publicznych placówek medycznych chcą sami decydować o poziomie zatrudnienia personelu niezbędnym do tego, by zapewnić pacjentom właściwą opiekę

Dziś kierownictwo resortu zdrowia zdecyduje o wymogach kadrowych dla pielęgniarek. Będzie musiało pogodzić racje pracodawców i samorządowców oraz niezadowolonych z obecnych warunków pracy pracowników. Podczas konferencji uzgodnieniowej, która odbyła się w ubiegłym tygodniu, nie udało się uzgodnić ostatecznej wersji rozporządzenia w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Rozmowy zerwał samorząd reprezentujący te grupy pracowników oraz ich związek zawodowy.

Strony te domagają się, aby w rozporządzeniu znalazł się zapis, zgodnie z którym na konkretnej zmianie na każdym szpitalnym oddziale dyżurowałoby co najmniej dwie pielęgniarki. Argumentują to dobrem chorych.

- Jedna pracownica na dyżurze przypadająca np. na 40 pacjentów nie gwarantuje ich bezpieczeństwa – podkreśla Zofia Małas, przewodnicząca Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Dodaje, że zmniejszenie liczebności personelu na oddziałach przyniesie szpitalom tylko pozorne oszczędności, ponieważ będzie skutkowało większą liczbą tzw. zdarzeń niepożądanych, a w efekcie roszczeń pacjentów.

Kategorycznie sprzeciwiają się temu dyrektorzy szpitali i powiaty. Podkreślają, że wprowadzenie sztywnych zapisów dotyczących wymogów kadrowych doprowadzi do zwiększenia kosztów placówek. Mogą one wzrosnąć nawet do 30 proc.

- Skutek może być tylko jeden, że szpitale przestaną się bilansować i będą powiększać swoje zadłużenie – uważa Marek Wójcik, ekspert ds. ochrony zdrowia w Związku Powiatów Polskich.



Dyrektorzy zakładów chcą, żeby to do nich należał decydujący głos w sprawie norm obsady. Jak podkreśla Janusz Atłachowicz ze Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, zapotrzebowanie na pracę pielęgniarek jest inne na oddziały, gdzie jest 10 łóżek, a wszyscy pacjenci samodzielni, a inne tam, gdzie jest 20 chorych, którzy nie chodzą i wymagają opieki.

– Ustalenie jednej normy dla wszystkich spowoduje, że potencjał personelu w niektórych oddziałach nie będzie wykorzystywany – podkreśla Janusz Atłachowicz.

Dlatego, jak udało się ustalić DGP, resort zdrowia najprawdopodobniej wycofa się z kontrowersyjnego zapisu o dwóch pielęgniarkach dyżurujących na każdej zmianie.

Rozporządzenie w sprawie minimalnych norm zatrudnienia musi wejść w życie do końca grudnia. Jego wydanie przewiduje art. 50 ustawy z 15 kwietnia o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654).

Odgórne normy zatrudnienia spowodują wzrost wydatków SP ZOZ

Beata Lisowska

Przedruk Gazeta Prawna 25 września 2012 nr 186

Staż dla pielęgniarek z zagranicy będzie obowiązkowy i płatny

Cudzoziemiec, który chce wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej w Polsce, musi sam sobie sfinansować roczne szkolenie w szpitalu.

Zgodnie z ustawą z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 174, poz. 1039), która obowiązuje od stycznia, obcokrajowcy, którzy ubiegają się o prawo wykonywania jednej z tych profesji w Polsce, muszą odbyć obowiązkowy roczny staż adaptacyjny. Bez jego zaliczenia nie będą mogli pracować w rodzimych szpitalach i przychodniach. Zasady, na jakich obcokrajowiec odbywa i ma zaliczane takie szkolenie, określa rozporządzenie ministra zdrowia z 24 sierpnia 2012 r. w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Dz.U. poz. 1003). Weszło ono 25 września br. w życie.

Cudzoziemiec musi odbyć staż w szpitalu uprawnionym do szkolenia pielęgniarek i położnych pod okiem opiekuna posiadającego co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe. Zagraniczny kandydat do zawodu może odbyć go w formie wolontariatu lub na podstawie umowy o pracę, albo cywilnoprawnej zawartej z placówką. Słabością nowych przepisów jest to, że nie wskazują źródła finansowania stażu, w tym pokrycia ewentualnego wynagrodzenia opiekuna stażysty. Takiego obowiązku nie będzie mieć placówka, która przyjmie obcokrajowca na przeszkolenie.

– W praktyce oznacza to, że cudzoziemiec te koszty musi pokryć we własnym zakresie – mówi Joanna Walewander, sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Beata Lisowska

Przedruk Gazeta Prawna 24 stycznia 2013 nr 17

Szpital rywalizują ze sobą o pielęgniarki

Ochrona zdrowia

Placówki medyczne, broniąc się przed konkurencją, chcą mieć na wyłączność już nie tylko lekarzy, lecz także pielęgniarki.

Zakaz konkurencji dla lekarzy nie jest w szpitalu niczym nowym. Wprowadziły go m.in. Szpital Uniwersytecki im. Jurasza w Bydgoszczy oraz niektóre lubelskie placówki. Kolejne lecznice rozszerzają go jednak także na pielęgniarki. Dzieje się tak dlatego, że zaczynają coraz bardziej odczuwać ich brak. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 w Sosnowcu od nowego roku objął zakazem konkurencji 230 lekarzy i aż 620 pielęgniarek zatrudnionych na etatach. Nie będą mogli podejmować pracy w innych placówkach, które mają kontrakty z NFZ, a świadczą usługi konkurencyjne wobec oferty szpitala.

Do wprowadzenia tego rozwiązania zmusiła publiczną placówkę rosnąca konkurencja na rynku medycznym.

Maria Brzezińska, zastępca dyrektora WSS nr 5 w Sosnowcu podkreśla, że NFZ kontraktując usługi wymaga od szpitali, aby zatrudniały nie tylko odpowiednio wykwalifikowaną kadrę lekarską, ale także pielęgniarską.

– Przez brak specjalistek z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego niektóre placówki utraciły kontrakt na okulistykę – podkreśla Maria Brzezińska.

Szpital chce uniknąć odpływu specjalistów do prywatnych placówek, ale nie zabrania im całkowicie dorabiania. Pielęgniarki będą mogły za zgodą dyrekcji podjąć dodatkową pracę w placówkach medycznych, które nie stanowią dla niego konkurencji, np. oferujących opiekę hospicyjną lub długoterminową.

W ślady szpitala z Sosnowca idą kolejne. Zakaz konkurencji nie tylko dla lekarzy, ale także pozostałego personelu wprowadza właśnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM w Łodzi.

Iwona Borchulska, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, podkreśla, że zakaz konkurencji w przypadku tej grupy zawodowej jest wyjątkowo dotkliwy ze względu na niskie zarobki średniego personelu medycznego.

– Wiemy, że niektóre pielęgniarki mają nawet sześciu pracodawców i jest to niebezpieczne dla nich i dla pacjentów. Jeśli jednak mają pracować w jednym miejscu, powinny być gdzieś wynagradzane – podkreśla.

Zakaz nie rozwiąże także rosnących problemów kadrowych tej grupy zawodowej. Z danych samorządu pielęgniarstwa wynika, że liczba wchodzących do systemu specjalistek nie zapewnia wymiany pokoleniowej w zawodzie.

Pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo jest 239,2 tys. Rocznie zgłasza się po prawo wykonywania zawodu około 1,8 tys. osób. Do 2020 r. ponad 80 tys. specjalistek odejdzie na emeryturę.

Beata Lisowska

Przedruk Gazeta Prawna 29 stycznia 2013 nr 20

Pielęgniarki łatwiej podejmą pracę w zawodzie w innym państwie Wspólnoty

Kształcenie

Za dwa lata pielęgniarki po liceum medycznym nie będą musiały uzupełniać umiejętności na studiach pomostowych.

Jest szansa, że kwalifikacje polskich pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne, będą automatycznie uznawane w Unii Europejskiej. Korzystny dla nich projekt zmiany dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji zawodowych 2005/36/WE przyjęła komisja rynku wewnętrznego i ochrony konsumentów Parlamentu Europejskiego.

– Dotychczas, chcąc podjąć pracę w zawodzie w krajach członkowskich UE, musiały ukończyć studia pomostowe. Po zmianie nie będą musiały tego robić – podkreśla Małgorzata Handzlik, europosłanka.

Nad zmianą unijnej dyrektywy dotyczącej uznawania kwalifikacji zawodowych Parlament Europejski ma głosować na sesji plenarnej w marcu.

Jeśli nowelizacja zostanie przyjęta, będzie obowiązywała od 2015 r. Polskie starania o zmianę zasad uznawania kwalifikacji pielęgniarek trwały od kilku lat. Jednym z głównych argumentów było to, że dyrektywa dyskryminowała absolwentki liceów medycznych. Wymóg uzupełniania kształcenia nie obowiązywał np. w Bułgarii czy Rumunii, które później niż Polska wchodziły do UE.

Absolwentki liceów medycznych stanowią aż 70 proc. kobiet wykonujących zawód pielęgniarki w Polsce. Zmiana dyrektywy może więc dotyczyć nawet 160 tys. osób. Chcąc pracować w polskich szpitalach, nie muszą uzupełniać kształcenia. Jednak ze względów prestiżowych, a także z myślą o pracy za granicą, na podniesienie swoich umiejętności zdecydowało się około 24 tys. z nich.

– Wartością dodaną jest to, że ten system umożliwia im podwyższenie statusu zawodowego, bo stają się pracownikami z wyższym wykształceniem – podkreśla Beata Cholewka, dyrektor w Ministerstwie Zdrowia. Studia pomostowe ukończyło już ok. 18 tys. pielęgniarek. ■

Beata Lisowska



Prace dyplomowe

SCHIZOFRENIA

Schizofrenia, choroba Bleulera, (dawna nazwa otępienie wczesne), grupa psychoz opisana przez szwajcarskiego psychiatrę E. Bleulera (1857-1939), najczęściej występująca choroba psychiczna spotykana u 1% populacji.

Osiowymi objawami schizofrenii (tzn. objawami wspólnymi różnych postaci choroby) są: autyzm, rozszczepienie osobo-

wości, ambiwalencja. Występowanie stępienia uczuciowego oraz defektu psychicznego, jako podstawowych objawów, jest coraz częściej negowane (były często wynikiem niewłaściwego leczenia i choroby szpitalnej). Z innych objawów wymienić należy m.in.: urojenia, zwłaszcza prześladowcze, rzadziej wielkościowe i posłannicze, omamy i iluzje, lęk, natłok myśli. Wyróżnia się 4 podstawowe typy schizofrenii:

- 1) schizofrenia prosta charakteryzująca się wolnym, mało uchwytnym przebiegiem, bez wyraźniejszych objawów urojeń. Chory stopniowo zrywa związki z otoczeniem, przestaje dbać o wygląd zewnętrzny, zaniedbuje się w pracy i nauce, traci inicjatywę i zainteresowania. Najnowsze badania wskazują, iż postać ta jest o wiele rzadsza, niż przyjmowano do tej pory.
- 2) schizofrenia hebefreniczna występująca najwcześniej ze wszystkich postaci schizofrenii, zwykle w wieku pokwitania, chory jest w podwyższonym nastroju, zachowuje się dziwnie, bezceremonialnie. Forma bardzo rzadka.
- 3) schizofrenia katatoniczna, zwykle rozpoczynająca się ostro z zaburzeniami ruchowymi. W postaci hipokinetycznej chory jest zahamowany, wykazuje objawy negatywizmu, nie przyjmuje pokarmów, czasem występują objawy tzw. giętkości woskowatej. W postaci hiperkinetycznej chory jest podniecony, pobudzony psychoruchowo, czasem agresywny. Forma rzadka, zazwyczaj o lepszym rokowaniu niż inne postaci schizofrenii.
- 4) schizofrenia paranoidalna, urojeniowa, występująca najpóźniej, ok. 30. roku życia, najczęściej spotykana. Wśród objawów na pierwszy plan wysuwają się urojenia, zwykle nieusystematyzowane, czasem jednak przybierające formę całych systemów urojeniowych.

Niekiedy występują również omamy i iluzje, rozkojarzenie i ambiwalencja. Z innych form wyróżnić należy schizofrenię pseudonerwicową, w której przez dłuższy czas widoczne są objawy nerwicowe, oraz schizofrenię o przebiegu okresowym, zwaną też psychozą schizoafektywną (przeważnie daje lepsze rokowania niż inne postaci schizofrenii).

Mniej więcej u 1/3 chorych następuje całkowita remisja, u połowy - znaczna poprawa umożliwiająca podjęcie nauki lub pracy. U pozostałych stwierdza się przebieg chroniczny, powodujący inwalidztwo. Zdarzają się również postaci schizofrenii, w których występują zmiany pozytywne, ujawnienie się talentów, np. plastycznych, postaw altruistycznych.

Każdy w pewnym momencie swojego życia może zachorować na schizofrenię – nie ma znaczenia status społeczny, narodowość, pochodzenie etniczne, płeć czy kolor skóry. Schizofrenia występuje we wszystkich kulturach. Jest chorobą dość częstą – szacunkowo choruje jedna na sto osób. W Polsce liczba chorych wynosi około 300000 dla populacji powyżej 18 roku życia. Rocznie rozpoznaje się około 15000 nowych zachorowań. Istnieje też tak zwana schizofrenia ukryta – część osób chorych nigdy nie zgłasza się do lekarza i nie ma postawionego rozpoznania, ani właściwego leczenia. Osoby te i ich bliscy sami zmagają się z uciążliwościami choroby. Przyczyną może być brak poczucia choroby, lęk przed kontaktem z psychiatrą czy strach przed stygmatyzacją społeczną.

Pierwsze objawy schizofrenii mogą pojawić się w zasadzie w każdym wieku. W dzieciństwie występują czasem niektóre symptomy jak autyzm, dziwaczne zachowania, zaburzenia mowy, ataki lęku czy omamy, ale nie tworzą one pełnego obrazu choroby. Choroba rzadko całkowicie ujawnia się przed okresem dojrzewania.

Wiek zachorowania przypada najczęściej na okres wczesnej dorosłości, między 15. a 35 rokiem życia dlatego, uważa się, że schizofrenia jest chorobą ludzi młodych. Odsetek chorych,

którzy zapadają na schizofrenię po 45 roku życia, jest stosunkowo niewielki. Gdy psychoza pojawia się w okresie pełnej dojrzałości lub w wieku podeszłym, zazwyczaj okazuje się być nawrotem wcześniej nierozpoznanej choroby. Przebieg w młodości epizod schizofreniczny może przemianą niepostrzeżenie i dopiero po upływie kilku, kilkunastu lat dochodzi do nawrotu. Czasem choroba tli się przez lata w niewielkim stopniu zaburzając funkcjonowanie pacjenta, aż w którymś momencie objawy nasilają się do tego stopnia, że zaczynają przeszkadzać w normalnym życiu. Wówczas dochodzi zazwyczaj do pierwszej hospitalizacji, postawienia rozpoznania i leczenia.

Kobiety i mężczyźni równie często zapadają na schizofrenię. Różnice między płciami dotyczą początku zachorowania i przebiegu choroby, ze względu na odmienną gospodarkę hormonalną organizmu. U kobiet choroba występuje najczęściej pomiędzy 25 a 34 rokiem życia, a mężczyźni zaczynają chorować zazwyczaj w wieku 17-26 lat.

Jakie są przyczyny schizofrenii

Już dawno temu zauważono, że zaburzenia psychiczne mają tendencję do rodzinnego występowania. Dotyczy to także schizofrenii. Ryzyko zachorowania w populacji wynosi około 1%, w przypadku, gdy jeden z rodziców jest chory wzrasta dziewięciokrotnie i wynosi 9%. Ryzyko to jest podwyższone także wtedy, gdy dziecko chorego rodzica zostało adoptowane przez rodzinę, w której nie występują zaburzenia psychiczne. Nie należy jednak odnosić wrażenia, że jest to choroba dziedziczna.

Zauważono, że ryzyko wystąpienia schizofrenii jest nieznacznie podwyższone u ludzi urodzonych zimą albo wiosną. Ciekawą obserwacją potwierdzoną badaniami naukowymi jest mniejsze ryzyko wystąpienia reumatoidalnego zapalenia stawów. Sugeruje to współdziałanie infekcji wirusowych i zaburzeń układu odpornościowego w powstawaniu tej choroby. Są to jednak ciągle hipotezy, brak jest pewnych ustaleń.

Zaburzenia neuroprzekąźnictwa

Neuroprzekąźniki są to substancje, przy pomocy których neurony komunikują się ze sobą. Sygnały z jednych części mózgu przekazywane są przy ich pomocy do innych. Zauważono, że leki stosowane w tej chorobie blokują jeden z receptorów dla dopaminy, tym samym hamując przekazywanie sygnałów przy pomocy dopaminy. Zagadnienie to nie jest jednak takie proste, w tak zwanym szlaku mezolimbicznym zauważono zbyt silną transmisję sygnałów (co powoduje objawy pozytywne). W szlaku meзокortykalnym (łącającym śródmózgowie z korą mózgową) natomiast występuje niedobór tego neuroprzekąźnika, co powoduje wystąpienie zaburzeń negatywnych. W płynie mózgowo-rdzeniowym niektórych chorych podwyższone jest stężenie metabolitów dopaminy. W powstawaniu objawów choroby zaangażowane są także inne neuroprzekąźniki, takie jak serotonina czy kwas glutaminowy. Potwierdzają to pośmiertne badania mózgow osób cierpiących na schizofrenię jak również fakt, że niektóre substancje chemiczne wpływające na transmisję sygnałów przy pomocy tych neuroprzekąźników wywołują objawy podobne do tych występujących w chorobie. Wydaje się, że za powstanie tej choroby odpowiedzialny nie jest jeden neuroprzekąźnik, ale raczej zaburzenia równowagi pomiędzy nimi. Nadal nie wiemy co jest tego pierwotną przyczyną.

Większość krewnych chorego nigdy nie zachoruje. Nawet w przypadku bliźniąt jednojajowych (a więc posiadających identyczny zestaw genów) ryzyko to nie przekracza 50%. Sugeruje to nie tyle brak jednego "genu schizofrenii", ale raczej

występowanie wielu genów, które w pewnych kombinacjach i przy udziale odpowiednich czynników wyzwalających, mogą sprzyjać zachorowaniu.

Przyczyny większości zaburzeń nie są w pełni poznane. Schizofrenia jest chorobą o złożonych interakcji między wieloma czynnikami. Otoczenie, w którym się wychowaliśmy, jak i to, w którym żyjemy, na co dzień kształtuje nas oraz nasze teraźniejsze i przyszłe życie. Na rozwój i zdrowie psychiczne człowieka wpływają doświadczenia, które niesie życie, ale też przeżycia wewnętrzne z nimi związane. Nie ma reguły kto zachoruje, a kto nie znajdując się w określonych warunkach. Schizofrenia nie jest też chorobą dziedziczną. Obecność choroby psychicznej w rodzinie może zwiększyć jedynie prawdopodobieństwo zachorowania któregoś z jej członków w przyszłości. Jednak sam mechanizm dziedziczenia chorób psychicznych nie jest we współczesnej nauce jeszcze całkowicie wyjaśniony. Matki chore na schizofrenię rodzą w większości przypadków zdrowe dzieci, u których nie rozwija się choroba. Z kolei rodzice chorych dzieci to w przeważającej części zdrowe osoby.

Schizofrenia jest chorobą o indywidualnym przebiegu. Osoba chora odbiera świat na swój sposób przez to często pozostaje niezrozumiała przez otoczenie. Żyjąc w swoim świecie osoba z zaburzeniami schizofrenicznymi ma inne doświadczenia niż osoby zdrowe:

- może inaczej postrzegać rzeczywistość. Słyszy lub czuje to, co nie istnieje i to, czego nie postrzegają inni. Szczególnie trudne są urojenia paranoidalne polegające na fałszywych przekonaniach, błędnych sądach, opornych na wszelką argumentację. Podtrzymywane są mimo obecności dowodów wskazujących na ich nieprawdziwość.
- może mieć przekonanie, że jest śledzona, że ludzie chcą ją zniszczyć, wszyscy mówią dziwne rzeczy, ośmieszają ją lub spiskują przeciwko niej,
- może mieć fałszywe wrażenie zaburzenia porządku świata – przyczynowego, czasowego i przestrzennego,
- objawom często towarzyszy poczucie lęku i zagrożenia ze świata zewnętrznego. Osoba czuje się nie adekwatnie do sytuacji, jest zagubiona jakby niedopasowana. Znaczący jest brak zaufania do wszystkich. Odczuwanie subiektywnego zagrożenia, zmniejsza chęć więzi i kontaktu nawet z najbliższymi, co prowadzi do wycofania i zamknięcia we własnym świecie,
- przeżywany lęk wiąże się z występowaniem mocnych doznań niekiedy jaskrawych, wyrazistych i przerażających,
- brak kontaktu z otoczeniem wypełniany jest bogactwem wewnętrznych treści i przeżyć. Osoba ciężko chora żyje w swoim urojonym świecie targana własnymi fałszywymi przekonaniem,
- zdarza się, że osoba chora czuje się niezwyciężona i nie do pokonania. Ma wrażenie posiadania wewnętrznej mocy, która pomaga jej w pełnieniu rozmaitych misji, np. zbawianiu świata,
- może czuć się osamotniona, ponieważ nie potrafi jasno wyrazić swoich doznań ani sprecyzować swoich uczuć. Czuje się niezrozumiana. Często polega ocenie na podstawie dziwacznych zachowań,
- może wyrażać chęć bycia w bliskim kontakcie z innymi i jednocześnie unika głębszych więzi interpersonalnych,
- często pojawia się rozbieżność pomiędzy własną koncepcją siebie, roli w życiu społecznym, a oczekiwaniami społeczeństwa.

Ocena normalności i prawidłowości zachowania człowieka zawsze była i jest trudna. Nie istnieje wyraźnie zaznaczona jednoznacznie zdefiniowana granica normy. Taka sytuacja

powoduje, że w odniesieniu do choroby zmieniającej ludzkie zachowanie i psychikę wciąż nie dysponujemy jednoznacznie obiektywnym narzędziem diagnostycznym. Medyczna wiedza o schizofrenii jest jednak nieustannie doskonałona i rozwijana, dając szanse na coraz lepsze zrozumienie dolegliwości i uczuć ludzi dotkniętych tą chorobą.

Przebieg schizofrenii.

Kliniczny początek choroby i jej dalszy przebieg

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą o przebiegu nawrotnym. Przebieg choroby jest bardzo różny. Część osób choruje wyraźnie epizodycznie, a między okresami choroby objawy ustępują całkowicie lub w znacznym stopniu. U innych choroba przebiega w sposób bardziej przewlekły i postępujący, z okresowymi zaostrzeniami.

Czas trwania poszczególnych faz choroby może być bardzo różny. Wynika to zapewne z indywidualnego przebiegu samej choroby, ale jest też związane z leczeniem, postawą samego pacjenta wobec terapii, obecnością lub brakiem wsparcia rodziny i innych osób bliskich.

W wieloletnich badaniach stwierdzono, że pierwsze 5 lat choroby ma, u większości chorych, przebieg bardziej burzliwy i w konsekwencji związane są z nimi największe trudności i straty społeczne. Później stan zdrowia ulega pewnej stabilizacji. W drugiej i trzeciej dekadzie trwania choroby nierzadkie jest złagodzenie jej przebiegu, dotyczy ono ok. 1/4 chorych.

Przebieg schizofrenii

Faza przed chorobowa

Nie ma żadnej typowej dla schizofrenii „osobowości przed chorobowej”. U istotnej części przyszłych chorych (11-25%), występują jednak w okresie przed chorobowym cechy i zachowania, które mogą być uważane za nieprawidłowe. Są one różnego rodzaju, niespecyficzne, mogą wystąpić też u osób, które na schizofrenię nigdy nie zachorują.

Do cech i zachowań okresu przed chorobowego mogą należeć np. trudności w kontaktowaniu się z innymi ludźmi, izolowanie się, pewien chłód emocjonalny, ekscentryczność, nadmierna wrażliwość, nieufność, nadmierne zaprzątnięcie swoimi wewnętrznymi przeżyciami i myślami. Przyszli chorzy częściej też odznaczają się niższą inteligencją, mogą wykazywać deficyty poznawcze (uwagi, pamięci) i koordynacji wzrokowo-ruchowej, gorzej się uczą, a ich zachowanie częściej sprawia kłopoty rodzicom.

Objawy prodromalne czyli zwiastuny choroby

Za objawy zwiastunowe uważa się występujące niejednokrotnie wyraźne już zmiany zachowania, myślenia i percepcji, które albo nie są jednak jeszcze objawami choroby psychicznej w sensie ścisłym albo mają formę bardzo krótkich i całkowicie wycofujących się epizodów psychotycznych.

Objawami zwiastunowymi mogą być:

- objawy natrętne (obsesyjno-kompulsyjne) albo mało swoiste objawy bólowe, osłabienie i zaburzenia żołądkowo-jelitowe
- obniżenie lub labilność nastroju, drażliwość
- zaburzenia snu
- zwiewne nastawienia ksobne i prześladowcze, podejrzliwość, zniekształcenia postrzegania
- odczucia typu depersonalizacji i derealizacji
- czasem objawy lękowe podobne do nerwicowych
- niezwykle dla tej osoby zachowania, dziwaczne lub niezgodne z obyczajowymi albo społecznymi normami

- nowe absorbujące zainteresowania zagadnieniami filozoficznymi, religią, abstrakcyjnymi ideami, okultyzmem
- dziwaczna treść wypowiedzi, dziwaczne pomysły i idee, nietypowe doznania percepcyjne

Można ogólnie powiedzieć, że objawy zwiastunowe są połączeniem reakcji na stres z bardzo wczesnymi zaburzeniami postrzegania świata (percepcji). Jednak, jak widać choćby z powyższego zestawienia, tego rodzaju zwiastuny choroby trudno jest opisać, a tym bardziej rozpoznać. Zazwyczaj dopiero po wystąpieniu jawnej choroby można wnioskować, co było jej zapowiedzią. Trzeba ponadto mocno podkreślić, że tego rodzaju albo bardzo podobne zmiany zachowania mogą być np. objawami nerwicowymi, które nigdy nie przejdą w żadną poważniejszą chorobę albo wręcz zachowaniami występującymi w okresie dorastania i wczesnej dorosłości mieszczącymi się zasadniczo w zdrowotnej normie.

W ostatnich latach przedmiotem dyskusji ekspertów jest to, czy nie należałoby zacząć leczenia (także farmakologicznego) choroby schizofrenicznej już w jej stadium przed objawowym. Jednak, choć istnieją poważne przesłanki do zasadności takiego sposobu postępowania, jak dotąd nie uważa się tego za możliwe i właściwe. Nierozwiązanym problemem jest wyodrębnienie na tak wczesnym etapie tych osób, u których rzeczywiście rozwinię się poważna choroba. Objawy zwiastunowe są bowiem zazwyczaj niejednoznaczne a ponadto istnieje znaczna możliwość samoistnych remisji tego rodzaju objawów.

Leczenie

Od momentu pojawienia się objawów choroby można wyodrębnić 4 fazy chorobowe: fazę ostrego epizodu, remisji, nawrotu (kolejnego epizodu) i fazę późnej stabilizacji.

a) faza ostrego epizodu

60-70% zachorowań następuje przed 30 r.ż. Objawy narastać mogą szybko (przez kilka, kilkanaście dni) albo miesiącami a nawet latami. Jednak u 2/3 chorych od momentu ujawniania się pierwszych objawów do ich pełnego rozwinięcia upływa nie więcej niż pół roku. Rozwijanie się objawów może być trudne do dostrzeżenia dla chorego i jego rodziny. Obliczono, że średni czas, jaki upływa do podjęcia leczenia, to dwa lata. Może on oczywiście bardzo się indywidualnie różnić. Rola rodziny i otoczenia chorego bywa tu ogromna. Objawy występujące w czasie ostrego epizodu, to halucynacje (omamy), urojenia, lęk, zaburzenia formalne myślenia, dezorganizacja działania, pobudzenie motoryczne lub osłupienie, objawy deficytowe jak apatia, osłabienie woli, utrata wigoru i inicjatywy,

b) remisja

Za remisję uważa się stan zdecydowanej poprawy stanu zdrowia, w którym objawy choroby są nieobecne albo ujawniają się w łagodniejszym stopniu, tak że nie wpływają znacząco na funkcjonowanie chorego. Mimo rzeczywistej lub względnej nieobecności choroby mogą występować w tej fazie problemy z pełnieniem ról społecznych, problemy psychologiczne związane z faktem zachorowania i reakcjami otoczenia. Inne utrudnienia mogą wiązać się z występowaniem objawów ubocznych przewlekłej farmakoterapii.

c) nawrót

U większości osób dochodzi do nawrotu choroby. Za dość typową sytuację można uważać pojawianie się kolejnych epizodów psychotycznych w odstępach 2-4 lata. Przebieg choroby może



być jednak bardzo różny. Możliwe, że w około 5–15 proc. przypadków nie dochodzi do nawrotu choroby, bywa też tak, że po pierwszym rzucie psychozy następuje kilkunasto- albo kilkudziesięcioletnia dobra remisja. Objawy choroby w kolejnych rzutach często są podobne jak w okresie pierwszego epizodu, mogą się różnić siłą i długością trwania. Może też być jednak i tak, że w okresie nawrotu choroby ujawnią się inne, nie występujące wcześniej objawy.

d) faza późnej stabilizacji

Co najmniej część badań wskazuje, że u wielu osób przebieg choroby schizofrenicznej łagodnieje w okresie po 50 r. ż.

W sytuacji, gdy ktoś choruje psychicznie, niezbędne jest rozpoczęcie odpowiedniej terapii. Powrót do zdrowia wymaga farmakoterapii, psychoterapii oraz rozważnego wsparcia ze strony rodziny.

Jedną z podstawowych metod terapii w chorobach psychicznych jest leczenie farmakologiczne. Wynika to z faktu, że większość objawów psychotycznych schizofrenii (m.in. omamy, urojenia, lęk, zaburzenia myślenia i nastroju) powodowana jest przez nieprawidłowości w funkcjonowaniu mózgu: na stykach komórek nerwowych dochodzi do zaburzeń biochemicznych takich substancji, jak dopamina czy serotonina. Te nieprawidłowości można "korygować" przy pomocy leków – modyfikują i normalizują one chemiczne przekazywanie sygnałów nerwowych, czyli komunikowanie się komórek nerwowych (neuronów) między sobą. To pozwala na usuwanie objawów chorobowych i zapobieganie nawrotom.

W leczeniu osób chorych na schizofrenię psychoterapia jest równie ważna, jak leczenie farmakologiczne, jest metodą komplementarną. Celem psychoterapii jest niesienie ulgi w cierpieniu, lepsze rozumienie siebie i otaczającej rzeczywistości, poprawa jakości życia. W psychoterapii osób chorych na schizofrenię szczególnie ważne jest zapobieganie nawrotom choroby, wsparcie oraz wzmocnienie potrzeby więzi z innymi.

Stosowanie farmakoterapii, psychoterapii, terapii rodziny, oddziaływań społecznych – czyli leczenie zintegrowane, daje większą szansę na uzyskanie długotrwałej poprawy.

Trwają prace nad tworzeniem hodowli komórek nerwowych in vitro w celu lepszego poznania mechanizmów choroby i jej leczenia. W 2011 roku opublikowano badania w których udało się uzyskać neurony z komórek skóry (bezpośrednio lub cofając komórki do poziomu komórek macierzystych) od osób chorych na schizofrenię).

Rokowanie

Rokowanie w przebiegu schizofrenii jest ostrożne, choć znacznie lepsze niż kilkanaście lat temu. Zależy ono od podatności chorego na określone działania terapeutyczne, leczeniu regularnym i stałym, często do końca życia chorego. Zazwyczaj dobre wyniki leczenia obserwuje się, gdy

- początek choroby jest nagły (ostry),
- wiek zachorowania jest późny (po 30. roku życia),
- nie występowały wcześniej problemy ze zdrowiem psychicznym chorego (ogólnie dobre funkcjonowanie społeczne przed chorobą),
- dominują objawy wytwórcze nad objawami osiowymi,
- obecność objawów afektywnych,
- chory chce się leczyć i dobrze współpracuje z lekarzem leczącym,
- w proces leczenia włącza się otoczenie chorego, szczególnie najbliższa rodzina,
- są dostępne różne formy oddziaływania terapeutycznego (leczenie biologiczne, psychoterapia),
- pacjent jest kobietą.

Niekorzystnie rokują takie przypadki, gdy:

- na plan pierwszy wysuwają się objawy osiowe (negatywne; dominuje uczucie pustki i brak objawów wytwórczych oraz lękowych),
- jest wczesny wiek zachorowania,
- leczenie nie przebiega optymalnie (niesystematycznie, niezbyt odpowiednie leki i ich dawki, brak oddziaływania psychoterapeutycznego i socjoterapeutycznego),
- są niezgodnione z lekarzem przerwy w leczeniu (szczególnie nieprzyjmowanie leków lub samowolne zmniejszanie ich dawek przez chorego),
- nakładają się inne problemy chorego (toksykomania, niewłaściwe relacje z najbliższą rodziną).

Problem stygmatyzacji społecznej.

W powszechnej świadomości schizofrenia oznacza niestety bliżej nieokreślone szaleństwo. Zazwyczaj z chorobą psychiczną chcemy mieć jak najmniej do czynienia – unikamy osób z problemami psychicznymi, nie mówimy o problemie w rodzinie, a gdy ktoś sam jest chory ukrywa się w samotności w obawie przed odrzuceniem czy agresją otoczenia. Sama nazwa choroby budzi już wyraźny niepokój. Wynika to z niewiedzy oraz niezrozumienia specyfiki i przebiegu tej choroby. Kontaktem z chorym często towarzyszy lęk, zakłopotanie, poczucie bezradności, niechęć. Sprzyja to dyskryminacji i odrzuceniu chorych. Pokutuje nieprawdziwe przekonanie iż choroba psychiczna musi prowadzić do długotrwałej izolacji w zamkniętych szpitalach, od czego w nowoczesnej psychiatrii się odchodzi. Osoby z zaburzeniami psychicznymi z powodu niesłusznego wykluczenia społecznego częściej niż inni zagrożeni są ubóstwem. Mogą mieć trudności w samodzielnym funkcjonowaniu społecznym, przez co bywają niesprawiedliwie traktowani i spychani na margines życia społecznego. Większość chorych utrzymuje się głównie z renty socjalnej. Zaledwie dwa procent pracuje w pełnym wymiarze godzin, podczas gdy praca jest ważną dostępną aktywnością która wpływa na poprawę stanu psychicznego – zmniejsza nasilenie apatii, społecznego wycofania i ubóstwa językowego oraz stanowi jedno z podstawowych kryteriów adaptacji do życia w społeczeństwie. Prawo do pracy jest podstawowym prawem człowieka. Pacjent w remisji może podjąć pracę zgodną ze swoim wykształceniem oraz umiejętnościami i być pełnowartościowym pracownikiem. Może również kontynuować przerwana naukę i być sprawnym uczniem czy studentem. Ludzie cierpiący na schizofrenię pracują, zakładają rodziny i kiedy wychodzą z najcięższych stanów chorobowych, uczestniczą w życiu społecznym tak jak inni. Chorzy na schizofrenię mają prawo żyć godnie i funkcjonować w społeczeństwie. Zmiana społecznych wyobrażeń na temat schizofrenii i chorych na nią osób wymaga działań długotrwałych i szeroko zakrojonych. Program taki zainicjowano również w naszym kraju. W trakcie powstał zestaw 10 tez które odpowiadają współczesnej wiedzy, starają się przeciwstawić pokutującym stereotypom i związanym z nimi niechcianymi postawami społecznymi.

- 1. Schizofrenia jest chorobą** – nie jest jakimkolwiek wykroczeniem, nikt nie ponosi za nią winy, wiąże się z cierpieniem i imperatywem pomocy.
- 2. Schizofrenia jest chorobą o wielu wymiarach** - nie tylko neurobiologicznym, lecz także osobowym, społecznym i duchowym.
- 3. Schizofrenia jest nie tylko chorobą**, lecz także indywidualnym i społecznym doświadczeniem człowieka.
- 4. Schizofrenia nie jest chorobą dziedziczną** - czynniki genetyczne wywierają wpływ, lecz nie determinują zachowania.

wania w sposób jednoznaczny, bez udziału czynników niegenetycznych.

5. **Schizofrenia nie jest chorobą nieuleczalną** - rokowanie jest poważne lecz nie zawsze niepomyślne, a niemal zawsze można w istotnym stopniu chorym pomóc.
6. **Jest schizofrenia - nie ma schizofreników** – choroba nie określa chorego, zawsze zachowuje on podmiotowość i znaczne obszary zdrowego funkcjonowania.
7. **Chory na schizofrenie nie zagrażają innym bardziej niż osoby zdrowe** - agresja stanowi problem u zdecydowanej mniejszości chorych, a leczenie umożliwia jej kontrolę.
8. **Chory na schizofrenie pozostaje człowiekiem, osobą, obywatelem** - jak każdy z nas, choroba nie odbiera człowieczeństwa, godności ani praw obywatelskich.
9. **Chorzy na schizofrenię oczekują szacunku, zrozumienia i pomocy** - należy przeciwdziałać stygmatyzacji, niezrozumieniu i dyskryminacji.
10. **Schizofrenia rzuca światło na pytania egzystencjalne wspólne chorym i zdrowym** – chorzy mają wiele do powiedzenia, trzeba ich tylko uważnie słuchać.

Jakie powinny być wzajemne relacje pielęgniarki z pacjentem?

- pacjent powinien być szanowany: aby wiedział, że jest ważny i czuł się indywidualnie, a nie jak kolejny przypadek chorobowy, któremu wystarczy jedynie przepisać lekarstwa. Osoba z zaburzeniami psychicznymi powinna być traktowana przez pielęgniarkę po partnersku, a nie przedmiotowo, jedynie przez pryzmat choroby. Potrzebuje od pielęgniarki dużo uwagi i troski, nawet jeżeli sam okazuje brak zainteresowania,
- pułapka może być rutyna oraz zastępowanie zindywidualizowanego spojrzenia i podejścia do pacjenta, schematem i kalką poprzednich pacjentów,
- pacjent musi być rozumiany: aby czuł, że to, co mówi i to, co odczuwa, ma dla pielęgniarki znaczenie, nawet jeśli różnią się w ocenie sytuacji. Ważne jest uwrażliwienie na perspektywę pacjenta – to, jak sam przeżywa siebie i jakie ma podejście do życia,
- pacjent musi być wysłuchany: aby czuł, że pielęgniarka jest zaangażowana – nie spieszy się i ważne jest dla niej to, żeby pacjenta poznać, zrozumieć. Pielęgniarka musi być dobrym słuchaczem, co pozornie wydaje się łatwe. Osobiste uczucia i postawy pielęgniarki nie powinny zakłócać procesu słuchania,
- pielęgniarka musi być cierpliwa tak aby czekała, aż osoba z zaburzeniami psychicznymi będzie gotowa do kontaktu. Celem pielęgniarki jest dołożenie wszelkich starań, aby zainicjować kontakt z pacjentem, ale nie służy temu pośpiech,
- pielęgniarka musi być życzliwie zaciekawiona, to znaczy podchodzi życzliwie i otwarcie do pacjenta, w celu nawiązania z nim trwałej relacji opartej na akceptacji i tolerancji,
- związek interpersonalny między pielęgniarką i pacjentem jest lepszy, gdy pacjent czuje, że pielęgniarka szczerze interesuje się nim i jego codziennymi problemami.

Co przeszkadza w dobrym kontakcie terapeutycznym z pacjentem?

- oceniająca i osądzająca postawa wobec tego, co pacjent komunikuje i jak się zachowuje,
- nieumiejętność słuchania ze zrozumieniem,
- własne przekonania, które mogą przesłaniać realny obraz pacjenta,

- nadkompetencja (przekonanie, że pielęgniarka wszystko wie lepiej od pacjenta),
- brak czasu, pośpiech i powierzchowność w kontakcie z pacjentem,
- potrzeba dominacji,
- zamykanie się przed pacjentem, niedostępność.

Cechy, które pacjenci cenią u pielęgniarek to:

- wyrozumiałość,
- wzbudzanie zaufania,
- gotowość do kontaktów oraz bezpośredniość,
- spokój, dobroć,
- ciepło,
- serdeczność i siła psychiczna.

Niełatwo jest zmienić zakorzenione uprzedzenia i nacechowane lekkiem postawy społeczne wobec choroby psychicznej i osób nią dotkniętych. Pomaga w tym zmiana perspektywy w miarę poznawania choroby, jej objawów, przebiegu i rokowania. Można się z nią oswojać i zrozumieć i poprzez to zmienić swoje nastawienie. Lęk należy zastąpić chęcią poznania, niezależnie od tego czy choroba dotyka nas samych, naszych bliskich czy po prostu o niej nic nie wiemy. Warto zdawać sobie sprawę, że mimo toczącego się procesu chorobowego człowiek zachowuje swoją część zdrowia, ma pasje zainteresowania, talenty i umiejętności zawodowe – choroba niszczy wszystkiego. Choroba na pewien czas przesłania pełen obraz człowieka, często niesłusznie uważanego już tylko za chorego i przegranego. Musimy pamiętać, że każda osoba chora psychicznie zasługuje na szacunek i wsparcie. ■

Kobus Ewa

Bibliografia u autora

Martwicze zapalenie jelit (NEC)

Martwicze zapalenie jelit (nekrotyczne zapalenie jelit, **NEC** - necrotizing enterocolitis) to stan zapalny powodujący uszkodzenie śluzówki jelita. Najczęściej zajmuje końcowy odcinek jelita cienkiego i początkowy odcinek jelita grubego (kątnicy), choć zmiany chorobowe mogą wystąpić w każdym innym odcinku jelita. W ciężkich przypadkach może spowodować perforację (przerwanie jelita). Martwiczemu zapaleniu jelit towarzyszy czasami stan zapalny układu pokarmowego lub krążenia, powodując poważne zagrożenie dla życia dziecka. NEC jest częstym, nagłym problemem neonatologicznym, dotyczącym głównie noworodków urodzonych przedwcześnie. Związane jest ze zwiększoną umieralnością noworodków. Dotyczy około 12% wcześniaków z masą urodzeniową poniżej 1500 gram. Ocenia się, że NEC jest trzecią co do częstotliwości występowania przyczyną śmierci noworodków, a częstość ta zwiększa się wraz ze wzrastaniem przeżywających wcześniaków. Umiera od 10 do 50% noworodków chorujących na tę chorobę. Im dziecko jest młodsze, tym większe ryzyko wystąpienia NEC, tak jak w przypadku wielu innych problemów związanych z wcześniactwem.

W 90% choroba ta dotyczy noworodków przedwcześnie urodzonych, a zaledwie w 10% noworodków donoszonych. NEC może wystąpić w 3. dobie po urodzeniu, także w 2, 3, a nawet w 4. tygodniu życia wcześniaka.

Im wcześniej rodzi się dziecko, tym dłuższy jest okres zagrożenia martwiczym zapaleniem jelit. Podczas gdy u dziecka urodzonego w 34 tygodniu ciąży lub później rozpoznanie NEC



jest możliwe w ciągu około 6 dni po porodzie, okres ten przedłuża się do 20 dni u dzieci urodzonych w 30 tygodniu, a w przypadku młodszych wcześniaków jest jeszcze dłuższy. Może się pojawić zupełnie nagle, szczególnie jeśli wcześniak po trudnościach pierwszego tygodnia je, rośnie i wydaje się być zupełnie zdrowy.

U niektórych dzieci konieczne jest wykonanie zabiegu operacyjnego w okresie noworodkowym z powodu niedrożności jelit, inne leczone są zachowawczo, ale ryzyko późniejszych zwężeń pozapalnych występuje w obu grupach. Dlatego bardzo ważne jest informowanie rodziców o objawach tych powikłań i konieczności sygnalizowania ich lekarzowi.

Przyczyna choroby nie jest ostatecznie znana. Prawdopodobnie wiele jest nakładających się mechanizmów predisponujących do wystąpienia NEC. Należą do nich:

- wcześniactwo,
- niska masa urodzeniowa,
- niedotlenienie wewnątrzmaciczne,
- niedotlenienie okołoporodowe,
- siniczne wady serca,
- przetrwały przewód tętniczy,
- zakażenie lub posocznica,
- ciężkie krwawienie dokomorowe (IVH),
- niedojrzałość funkcjonalna enzymów jelitowych,
- „niedojrzałość” jelitowej regulacji hormonalnej,
- zwiększenie przepuszczalności błony śluzowej jelit,
- osłabienie (w stosunku do noworodków donoszonych) motoryki jelit,
- niedojrzałość immunologiczna, na którą składają się m.in. osłabienie (w stosunku do noworodków donoszonych) obrona komórkowa (limfocyty, makrofagi, komórki żerne), jednak przede wszystkim – zmniejszona aktywność obrony humoralnej (zwłaszcza niedobór wydzielniczej IgA),
- niedokrwienie jelit (upośledzenie jelitowej regulacji krążenia przy zwiększonym podstawowym zapotrzebowaniu na tlen),
- żywienie enteralne – 90% dzieci z NEC co najmniej raz było karmione doustnie,
- karmienie mieszankami modyfikowanymi.

Mechanizm wiążący NEC z żywieniem enteralnym nie jest do końca wyjaśniony. Żywienie to powoduje szybszą bakteryjną kolonizację światła jelit, a tym samym w warunkach niedostatecznego ukrwienia – wytwarzanie endotoksyn bakteryjnych.

Nieprawidłowy przepływ krwi w jelitach może być spowodowany:

- niezamkniętym przewodem tętniczym,
- trudnym porodem,
- zespołem zaburzeń oddychania,
- częstymi bezdechami,
- bradykardią.

Choroba charakteryzuje się występowaniem zmian martwiczych ogniskowych lub rozlanych błony śluzowej jelita, które mogą rozszerzać się lub drażyć w głąb ściany jelita, doprowadzając do jego perforacji. Zmiany takie mogą dotyczyć jelita cienkiego i grubego.

Martwicze zapalenie jelit rozwija się stopniowo i może być trudne do zdiagnozowania. Jego wczesne objawy mogą być łagodne i bardzo zróżnicowane. Jednak stan dzieci, u których występuje NEC może się szybko pogorszyć. Zaawansowane martwicze zapalenie jelit może się również ujawnić nagle, bez żadnych wcześniejszych symptomów. Rozpoznawalne jest zwykle w ciągu pierwszego tygodnia od rozpoczęcia karmienia doustnego. Klasyfikacja objawów klinicznych ułatwia rozpoznanie NEC i wdrożenie odpowiedniego dla stadium choroby leczenia.

Objawy zależą od nasilenia i rozległości zmian martwiczych. Do objawów ze strony przewodu pokarmowego i uogólnionego stanu zapalnego należą:

- wzdęcia brzucha,
- zaleganie treści pokarmowej w żołądku,
- wymioty,
- biegunka,
- krwawienie z przewodu pokarmowego z powodu wrzodu stresowego lub innych przyczyn,
- nietolerancja pokarmowa,
- obecność utajonej krwi w stolcu (występuje często u wcześniaków z założonym cewnikiem nosowo-żołądkowym) wykryta przy pomocy testu guaiakowego,
- brak perystaltyki,
- tkliwość brzucha,
- wyczuwalne przez powłoki rozdęte pętle jelit,
- opór w prawym dolnym kwadracie brzucha,
- wodobrzusze,
- rumień i/lub zasinienie powłok brzusznych,
- bradykardia,
- apatia,
- częste bezdechy,
- senność,
- niestabilność temperatury,
- zmiany stężenia glukozy,
- kwasica metaboliczna i oddechowa,
- zaburzenia krzepnięcia,
- objawy wstrząsu (zaburzenia perfuzji obwodowej, spadek ciśnienia, skąpomocz)
- perforacja jelita .

Leczenie zależne jest od stopnia zaawansowania choroby.

W przypadku podejrzenia NEC należy:

- wstrzymać karmienie doustne,
- założyć zgłębnik dożołądkowy w celu usunięcia nadmiaru zgromadzonych gazów i wydzielin, należy pamiętać aby cewnik był otwarty,
- regularnie opróżniać żołądek z zalegającej treści (zwykle przez minimum 3 dni z każdorazową oceną otrzymanej treści pod kątem zawartości krwi),
- stabilizacja stanu ogólnego,
- całkowite żywienie parenteralne,
- co kilka, kilkanaście godzin wykonywać badanie RTG brzucha w pozycji leżącej,
- przed wdrożeniem antybiotykoterapii wykonać badanie bakteriologiczne krwi, moczu, płwociny na posiew i posiew płynu mózgowo-rdzeniowego w celu wykrycia infekcji,
- intensywnie monitorować wszystkie funkcje życiowe dziecka,
- wykonywać częste pomiary obwodu brzucha, które pośrednio dowodzą zwiększania się lub zmniejszania objętości gazów w jelitach,
- dożylna intensywna antybiotykoterapia o szerokim spektrum działania przez okres 10-14 dni w celu powstrzymania rozwoju choroby i wyleczenia infekcji,
- oceniać podawanie i diurezę płynów,
- kontrolować morfologię krwi, liczbę płytek krwi, gazometrię i zawartość elektrolitów, zwłaszcza potasu,
- prowadzenie pełnego żywienia parenteralnego,
- żywienie enteralne rozpocząć dopiero w 7-10 dobie po radiologicznie potwierdzonej poprawie stanu odmy śródściennej,
- konsultacja chirurgiczna i ewentualne leczenie operacyjne przy perforacji lub martwicy ściany jelita,
- drenaż jamy otrzewnej (u wcześniaków o masie ciała poniżej 1000 gram).

Mechaniczną wentylację stosuje się w zależności od wskazań gazometrii i oceny stanu klinicznego w celu wyrównania kwasicy. Należy oceniać ciśnienie krwi i rozpocząć jego ewentualne wsparcie (dopamina, dobutamina).

Leczenie chirurgiczne martwiczego zapalenia jelit jest konieczne w przypadku narastania objawów otrzewnowych, przy zagrożeniu perforacją jelita (nawet w przypadku braku radiologicznego potwierdzenia) lub gdy perforacja już się dokonała. Polega ono na natychmiastowej laparotomii (chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej), a następnie w zależności od warunków śródoperacyjnych oraz stanu ogólnego dziecka:

- zszyciu miejsca perforacji,
- wycięciu zmienionych martwiczo pętli, wyczyszczenie miejscowych źródeł infekcji i ponownym zespoleniu pozostałych końców lub wyłonieniu jelita (enterostomii).

Enterostomia daje większe szanse przeżycia stanu septycznego oraz możliwość zespolenia jelita po wygojeniu zmian martwiczych błony śluzowej.

Większe i bardziej stabilne dzieci są kwalifikowane od razu do laparotomii, ponieważ usunięcie martwiczo zmienionego fragmentu jelita zapobiega rozwojowi posocznicy (uogólnionej reakcji organizmu na zakażenie, które może prowadzić do niewydolności wielu narządów i śmierci).

W przypadku dzieci w bardzo ciężkim stanie uogólnionym lub z bardzo małą masą ciała (poniżej 1000 gram) zaleca się drenaż otrzewnowy, dający odbarczenie jamy otrzewnej z zakażonej treści i gazów. Drenaż otrzewnowy zapewnia możliwość ewakuacji wydzieliny i stabilizację stanu ogólnego pacjenta do czasu wykonania laparotomii.

Po wyleczeniu martwiczego zapalenia jelita, najczęściej nie pojawiają się nawroty. Jednak czasami, po procesie gojenia, pozostają blizny w jelitach. Wynikiem zbliźniaczenia może być zwężenie odcinków jelita. Jeśli jest małe, nie wywołuje objawów ubocznych, jeżeli natomiast zwężenie jest większe, może powodować skurcze, wymioty, rozdęcia brzucha, zaparcia, albo krwawienia. Najpoważniejszym zagrożeniem dla dziecka po NEC-ku jest całkowita niedrożność jelita, która może być przyczyną poważnej infekcji lub perforacji jelita. Do zdiagnozowania tego problemu służy badanie RTG ze środkiem cieniującym podanym doustnie lub doodbytniczo. Badanie takie pozwala na określenie przebiegu jelita i odcinków jego nieprawidłowej budowy (poszerzenie lub zwężenie).

Kolejną poważną, długoterminową konsekwencją martwiczego zapalenia jelit może być zespół krótkiego jelita. Powikłanie to występuje bardzo rzadko, tylko wtedy, gdy istnieje konieczność usunięcia znacznego odcinka nadmiernie uszkodzonych części jelita. Brak dużej części jelita jest powodem utraty zdolności trawiennych, złego przyswajania składników odżywczych, niedożywienia oraz częstych infekcji. Dzieci cierpiące na zespół krótkiego jelita wymagają uzupełniania żywienia doustnego żywnością pozajelitową. Często trwa to wiele lat, powodując zahamowanie wzrostu i rozwoju. Jeśli dziecko z zespołem krótkiego jelita po pewnym czasie urośnie, pozostały odcinek jelita może się również rozciągnąć i zaadaptować umożliwiając wielu z tych dzieci przejście z żywienia pozajelitowego na karmienie doustne.

Wnikliwa obserwacja dziecka pod kątem możliwości wystąpienia objawów NEC oraz wprowadzenie stosownych zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych pozwala na wczesną interwencję, może zapobiec perforacji, umożliwić wykluczenie zabiegu chirurgicznego i zwiększyć szansę wyleczenia. ■

Aleksandra Światała

Piśmiennictwo u autora

ZESPÓŁ ALKOHOLOWY - FAS

Alkoholowy zespół płodowy (Fetal Alcohol Syndrome - FAS) i inne zaburzenia poalkoholowe zaliczane są do grupy fizycznych i umysłowych zaburzeń wrodzonych spowodowanych piciem alkoholu przez kobietę w ciąży.

Alkohol jest teratogenem, który ma wpływ na rozwijający się płód. Z łatwością przenika przez łożysko. To, czy dziecko będzie miało cechy charakterystyczne dla zespołu FAS, zależy od ilości wypijanego alkoholu. Mózg rozwija się przez cały okres ciąży i narażenie go na działanie alkoholu w jakimkolwiek momencie ciąży, może zaburzyć jego prawidłowy rozwój.

FAS nie jest wynikiem uzależnienia płodu od alkoholu, nie pojawia się w trakcie porodu, ani też wkrótce po nim. Jest skutkiem przyjmowania alkoholu przez kobietę będącą w ciąży i efektem działania alkoholu na płód. W trakcie całej ciąży może dojść do różnorodnych uszkodzeń, jednak najbardziej narażony jest układ nerwowy, który powstaje na samym początku i rozwija się przez całą ciążę.

Badania nad FAS

O syndromie FAS i innych zaburzeniach u potomstwa matek spożywających alkohol w okresie ciąży wiadomo na świecie od dawna.

Europejski dorobek badaczy w tym temacie jest imponujący, żal tylko, że publikowane wyniki badań nie są przyjmowane z należytą uwagą, na jaką zasługują.

W 1968 roku w Nantes (Francja) rezultaty pierwszych badań nad FAS opublikował Lemoine. Prowadził on swoje badania przez blisko 30 lat. Obserwował losy dzieci matek pijących, towarzysząc im niemal od sali porodowej. Wyniki badań były szokujące:

- spośród 50 pacjentów z pełnoobjawowym syndromem FAS 5 zmarło w dzieciństwie z powodu zaburzeń pracy serca i oddychania;
- spośród 28 osób z umiarkowanym FAS 2 popełniły samobójstwo w wieku dorosłym, a 5 innych podejmowało próby samobójcze.

Po przebadaniu 99 pacjentów z FAS Lemoine doszedł do wniosku, że problemy umysłowe (opóźnienia umysłowe i zaburzenia zachowania) najbardziej nasilały się u nich w wieku dorosłym.

Lemoine wraz ze swoim synem lekarzem w 1992 roku wyciągnęli wniosek, że istnieją poważne przesłanki psychologiczne związane z FAS, które wskazują na potrzebę długotrwałej, profesjonalnej pomocy, nawet wtedy, gdy brak jest cech dysmorficznych.

W 1975 roku w rosyjskim periodyku pediatricznym swoje badania opublikował Szurygin. Porównywał on 19 dzieci kobiet alkoholiczek, które urodziły się, zanim ich matki stały się alkoholikami, z grupą 23 dzieci urodzonych, gdy ich matki już nałogowo spożywały alkohol.

U dzieci z pierwszej grupy, które były w wieku 9-10 lat, występowały objawy nerwicowe, emocjonalne i behawioralne.

Dzieci matek pijących alkohol podczas ciąży wykazywały głębokie zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, co manifestowało się już w niemowlęctwie. Czternaścioro z 23 dzieci miało opóźnienia rozwojowe.

W Stanach Zjednoczonych problem FAS jest znany od 1973r., a w 1976r. został opisany i wciągnięty na listę Światowej Organizacji Zdrowia.

Na świat przychodzi więcej dzieci z FAS niż z Zespołem Downa. W USA co roku rodzi się ich ponad 5000, a dziesięć razy więcej z efektem alkoholowym (FAE) - większość przypadków pozostaje niezdiagnozowana lub zdiagnozowana niewłaściwie.



Diagnostyka syndromu FAS w Polsce dopiero rozwija się. Wiedza na temat uszkodzeń mózgu wywołanych alkoholem jest niewystarczająca i zbyt słabo upowszechniana w środowisku medycznym. Również psychologowie i pedagodzy nie dysponują narzędziami diagnostycznymi umożliwiającymi rozpoznanie FAS.

FAE (Fetal Alcohol Effects)

Dzieci, u których nie stwierdza się wszystkich fizjologicznych objawów, mogą być zdiagnozowane jako mające Fetal Alcohol Effects (FAE)

FAE (Fetal Alcohol Effects - Alkoholowy Efekt Płodowy) jest terminem używanym w literaturze przedmiotu na określenie:

pFAS - Partial Fetal Alcohol Syndrome - częściowy FAS
ARIMD- Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder- zaburzenia neurologiczne związane z alkoholem

ARBD - Alcohol Related Birth Defects - wady wrodzone związane z alkoholem

Cechy morfologiczne mogą nie być widoczne zaraz po urodzeniu lub w okresie dorosłości, jak między 2 a 10 rokiem życia.

Pełnoobjawowy FAS spełnia cztery kryteria diagnostyczne:

- opóźniony wzrost zarówno przed, jak i po urodzeniu;
- uszkodzenie mózgu, którego skutkiem są zaburzenia neurologiczne, opóźniony rozwój, niedorozwój umysłowy, zaburzenia zachowania, trudności w uczeniu się;
- charakterystyczne rysy twarzy: małe oczodoły, krótki nos, płaska twarzoczaszka, wąska górna warga, mała szczęka, brak rynienki podnosowej;
- potwierdzone wywiadem spożywanie alkoholu przez matkę w czasie ciąży.

Diagnoza alkoholowego zespołu płodowego FAS opiera się na następujących kryteriach:

- Wywiad potwierdzający narażenie na działanie alkoholu w życiu płodowym,
- Anomalie rozwojowe twarzy,
- Mała waga urodzeniowa, opóźnienie wzrostu,
- Zaburzenia neurorozwojowe (dysfunkcja OUN),
- Niewyjaśnione zaburzenia zachowania,
- Wady wrodzone.
- Cechy morfologiczne (nie zawsze występują wszystkie);
- Czaszka uszkodzona jest w charakterystyczny sposób:
 - mikrocefalia (mały obwód głowy);
 - fałda w kąci oka (nad powieką);
 - małe, szeroko rozstawione oczy;
 - nisko i nierówno osadzone uszy, duże i odstające, małżowina powykreczana;
 - płaska środkowa część twarzy;
 - krótki nos, brak rynienki podnosowej;
 - cienka warga górna,
 - mała szczęka (małożuchowie) Morfologia twarzy

Większość dzieci z FAS ma Id mieszczący się w normie albo uważany za przeciętny. Objawy, które mogą wystąpić w zespole FAS:

- nadwrażliwość na bodźce, zaburzenia czucia (ciepło, zimno, uderzenie, dotyk - nie „rozumieją” swojego ciała);
- brak pamięci krótkotrwałej,
- wzmożone napięcie mięśniowe (hypotomia);
- małe napięcie mięśniowe (hypotonla);
- deficyt uwagi (problemy z koncentracją);
- deficyt pamięci;
- zwiększona aktywność;
- trudności w uczeniu się;
- opóźniony rozwój mowy;
- słaby rozwój motoryki małej i dużej;

- trudności w rozumieniu pojęć abstrakcyjnych (matematyka, czas, pieniądze), tylko konkrety;
- trudności w uczeniu się na błędach;
- nieumiejętność rozwiązywania problemów;
- słaba ocena sytuacji;
- niedojrzałe zachowania;
- słaba kontrola impulsów

Leczenie FAS

FAS jest zaburzeniem trwałym i nieuleczalnym, ale można zapobiec zaburzeniom wtórnym takim jak:

- zmęczenie, napady złego humoru;
- drażliwość, ciągłe poirytowanie, frustracja, gniew, agresja;
- unikanie, strach;
- wycofanie się, zamknięcie się w sobie, kłamstwo, ucieczki z domu;
- kłopoty w domu i w szkole;
- kłopoty z prawem, alkoholem, narkotykami;
- problemy ze zdrowiem psychicznym.

Ze względu na fakt, że chorobie jaką jest FAS można całkowicie zapobiegać wysunięte zostały trzy postulaty dotyczące FAS/FAE:

1. Należy rozpropagować wiedzę o FAS/E. Być może świadomość istnienia FAS/E ostrzeże matki przed konsumpcją nawet niewielkiej ilości alkoholu w czasie trwania ciąży.
2. Należy zorganizować system wsparcia oraz jeżeli wymaga tego sytuacja terapię przeciwalkoholową dla kobiet będących w ciąży, a spożywających alkohol. Przerwanie picia, w każdym okresie ciąży, zmniejsza skutki teratogennego wpływu alkoholu na płód.
3. Objąć wsparciem i terapią dzieci z FAS/E oraz ich rodziny, co pozwoli zminimalizować ryzyko zagrożenia wykluczeniem społecznym. ■

poł. Grażyna Kocela

Opieka długoterminowa domowa

Temat długoterminowej domowej opieki pielęgniarstwa w Polsce dotyczy kilkuset tysięcy osób przewlekle chorych. Temat ten dotyczy osób starszych, po urazach czaszkowo-mózgowych, udarach, innych zaburzeniach czynności mózgu, śpiączkach, po amputacjach kończyn itp.

Opieka długoterminowa to tego rodzaju profesjonalna działalność medyczna, która nie przynosi pozytywnych efektów w postaci wyzdrowienia, a świadczone usługi mają ułatwiać pacjentowi przeżycie kolejnego dnia, tygodnia oraz miesiąca. Dużą satysfakcją jest fakt ograniczenia pacjentowi cierpienia oraz bólu, jak również zapobiegania lub zmniejszenia już występujących powikłań wynikających z faktu długotrwałego unieruchomienia w łóżku. Świadczenia te nie prowadzą do wyleczenia, ale wpływają na jakość życia pacjenta.

Wg najnowszych analiz demograficznych wynika, że w 2020r. liczba osób w wieku 65-90 lat zwiększy się z 16% do 21% całkowitej populacji Unii Europejskiej.

Z prognoz demograficznych dla Polski wynika, że w 2025r. co czwarty Polak osiągnie wiek starczy. W obecnych czasach w Polsce 60 rok życia przekroczyło już 15% populacji, z czego 35% to osoby niepełnosprawne. W obecnych czasach można zaobserwować znaczny wzrost populacji osób starszych oraz

wydłużenie życia ludzi przy jednoczesnym deficycie przyrostu naturalnego. W dodatku bardzo duża liczba ludzi młodych w celach zarobkowych wyjeżdża poza granice Polski i pozostawia swoich najbliższych często w podeszłym wieku oraz schorowanych zdanych przede wszystkim na siebie. A to właśnie ci ludzie w podeszłym wieku najczęściej są narażeni na choroby przewlekłe, które doprowadzają bardzo często do utraty sprawności. Pacjenci ci nie są do końca świadomi lub są niedoinformowani o możliwości skorzystania z takiej formy pomocy jak domowa opieka długoterminowa. Sama pracując w firmie świadczącej usługi pielęgniarskiej opieki długoterminowej i wielokrotnie spotkałam się z niewiedzą potencjalnych pacjentów oraz ich rodzin lub opiekunów o możliwości skorzystania z takich usług. Z reguły to współmałżonkowie lub najbliższe rodziny same zapewniamy pacjentom nieprofesjonalną opiekę, a przecież wizyta i pomoc pielęgniarki opieki długoterminowej jest bardzo ważna i wskazana. Ze statystyk wynika, że ponad 80% osób w podeszłym wieku pozostaje pod opieką swoich najbliższych, którzy często przez wiele miesięcy lub nawet lat opiekują się takimi chorymi pomagając lub wykonując czynności higieniczne, pielęgnacyjne, osobiste itp.

Zmiany funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce oraz restrukturyzacja wielu oddziałów przyjmujących chorych przewlekłe doprowadziły do sytuacji, że wielu pacjentów przewlekłe chorych, a nie kwalifikujących się do szpitala potrzebuje wzmożonej opieki pielęgniarskiej domowej.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r (Dz. U. Nr 210 poz.2135) w art.15 określiła, iż świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.", a jednocześnie wskazała „prawo do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w tym prawo do opieki paliatywno - hospicyjnej”.

Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa jest to spacyalistyczna forma świadczenia zdrowotnego skierowana do obłożnie i przewlekłe chorych w ich środowisku domowym. Opiekę taką mogą sprawować pielęgniarki, które ukończyły kurs pielęgniarstwa rodzinnego, geriatrycznego lub opieki długoterminowej.

Pielęgniarki domowej opieki długoterminowej wykonują zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne skierowane do pacjentów ocenionych w skali Barthel od 0-40 pkt.

Długoterminowa pielęgniarska opieka domowa ma na celu zapewnienie opieki nad pacjentem przewlekłe chorym, który nie wymaga leczenia szpitalnego, nie został zakwalifikowany do stacjonarnego zakładu opieki długoterminowej lub nie wyraził zgody na pobyt w stacjonarnym zakładzie opieki długoterminowej albo jest w trakcie oczekiwania na przyjęcie do takiego zakładu (średni czas oczekiwania na przyjęcie to kilka miesięcy).

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej pacjenci mogą być zgłaszani przez lekarzy, pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, pracowników opieki społecznej, rodziny lub mogą zgłaszać się sami. Zgłoszenie takie musi być poparte skierowaniem do objęcia domową opieką długoterminową wypisanym przez lekarza rodzinnego oraz oceną wg skali Barthel.

Domową opieką długoterminową nie mogą być objęci pacjenci, którzy:

- są objęci opieką przez hospicjum domowe,

- są objęci opieką przez inną firmę świadcząca usługi pielęgniarskiej opieki długoterminowej,
- są objęci przez zespół długoterminowej opieki pielęgniarskiej domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,
- są w ostrej fazie choroby psychicznej.

Do kompetencji pielęgniarki opieki długoterminowej należy zebranie wywiadu i ustalenie diagnozy pielęgniarskiej, opracowanie planu pielęgnacji oraz wykonywanie czynności pielęgnacyjno-higienicznych zgodnie z tym planem. Pielęgniarka wykonuje również czynności pielęgnacyjno-lecznicze, diagnostyczne, rehabilitacyjne, edukacji zdrowotnej oraz dokumentowania procesu pielęgnowania. Pielęgniarka opieki długoterminowej współpracuje z lekarzem rodzinnym, lekarzami specjalistami, pielęgniarką rodzinną, pracownikiem socjalnym i opieką społeczną.

Czas objęcia opieką zależy od stanu zdrowia pacjenta, w przypadku uzyskania przez pacjenta powyżej 40 pkt w skali Barthel pacjent wypisywany jest z domowej opieki długoterminowej.

Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest zapewnienie pacjentowi przewlekłe lub obłożnie choremu świadczeń pielęgniarskich w warunkach domowych oraz przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji.

W pracy pielęgniarki opieki długoterminowej jednym i bardzo ważnym, a może najważniejszym czynnikiem jest współpraca z rodziną. Rodzina jest bardzo ważnym ogniwem łączącym pielęgniarkę i pacjenta.

Z moich obserwacji wynika, że rodzina oraz pacjent bardzo przyzwyczajają się do pielęgniarki. Z czasem powstaje obopólne zaufanie. Pielęgniarka jest osobą, która potrafi pokierować pacjenta lub rodzinę, aby załatwić np. dofinansowanie lub sprzęt ortopedyczny. Pacjent sam jest niekiedy zagubiony w gąszczu przepisów i instytucji, dlatego taki pacjent nie zapomni się o swoje prawa, a jego najbliżsi są niekiedy bezradni i osamotnieni w zmaganiu się z problemem opieki nad członkiem rodziny. Zaradniejsi starają się co jakiś czas umieścić chorego w szpitalu chociaż na kilkanaście dni, podejmują wysiłki, aby przekazać go do zakładu opiekuńczo-pielęgnacyjnego lub opiekuńczo-leczniczego – co jest dużą sztuką, bo oczekiwanie na miejsce trwa 6, 8 miesięcy. Nie zawsze chory doczeka tej chwili, umiera – i problem znika. Czy tak powinno być? Czy współczesne społeczeństwo nie powinno zapewnić swoim członkom godnego umierania? Każdy z nas może znaleźć się w takiej sytuacji bez względu na wiek! Średnio żyjemy coraz dłużej i na ogół podupadamy na zdrowiu, a poza tym – może się nam zdarzyć nieszczęście.

Nie ma systemowego rozwiązania problemu opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, zależnymi od innych i od przyjaznego otoczenia. Wprawdzie rząd w roku 2009 przyjął priorytety zdrowotne, wśród których umieszczono rozwój opieki długoterminowej, poprawę jakości i skuteczności opieki geriatrycznej i ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków. Jednak w praktyce los ludzi o ograniczonej sprawności staje się coraz bardziej dramatyczny. ■

Agnieszka Polackiewicz
Pielęgniarka dyplomowana
Specjalista opieki długoterminowej

Bibliografia u autora

Warszawa, 17 stycznia 2013 r.

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Szanowna Pani,

Podczas debaty pt. „Aby Polska nie była cukrzycowym dinozaurem Europy” (Warszawa, 9 stycznia br.) lekarze, politycy i przedstawiciele pacjentów z prezydentem Lechem Wałęsą na czele przedstawili sytuację chorych z cukrzycą w Polsce, apelując o nadrobienie zaległości w kwestii metod leczenia tej choroby. Podpisali również dokument pt. Postulaty działań na rzecz poprawy dostępu polskich pacjentów do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. Jako reprezentantka środowiska pielęgniarek diabetologicznych chciałabym dodać uzupełnienie do relacji na temat debaty, które ukazały się w portalach internetowych.

Nowoczesna terapia i edukacja

W relacjach internetowych z debaty pt. „Aby Polska nie była cukrzycowym dinozaurem Europy” (Warszawa, 9 stycznia br.) przytaczane są wypowiedzi niektórych uczestników oraz kluczowe zdaniem organizatorów wnioski. Są one następujące:

- niezbędne jest zapewnienie dostępu do leczenia na poziomie europejskim chorym na cukrzycę typu 2, u których dotychczasowe leczenie nie jest wystarczająco skuteczne i bezpieczne;
- we wszystkich krajach Unii Europejskiej, nawet uboższych niż Polska, leki z grupy inhibitorów DPP-4 (inkretyny) są refundowane (choć w różnym stopniu);
- według szacunków farmakoekonomicznych refundacja nowoczesnej terapii doustnej dla chorych na cukrzycę typu 2 wyniosłaby jedynie 3-4% kwoty zaoszczędzonej w 2012r. w rezultacie wprowadzenia ustawy refundacyjnej.

Debata była bezpośrednią reakcją środowiska związanego z diabetologią (reprezentowanego przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne) na brak inkretyn w najnowszym wykazie leków refundowanych. Zaprezentowano argumentację i podpisano postulaty, które koncentrowały się na nowoczesnej farmakoterapii cukrzycy. W naszym kraju nadal nie jest ona refundowana, a więc dostęp do niej mają jedynie pacjenci, którym na nią stać. Nie ma wątpliwości, że środowiska diabetologiczne powinny domagać się udostępnienia nowoczesnych terapii wszystkim potrzebującym ich pacjentom.

Chcę przy tej okazji poczynić pewną obserwację: lekarze, politycy i przedstawiciele pacjentów z prezydentem Lechem Wałęsą, omawiając różne aspekty sytuacji chorych, podkreślali istotność edukacji terapeutycznej w cukrzycy. Z satysfakcją zauważam, że wątek edukacji diabetologicznej, mającej na celu podniesienie świadomości pacjenta, coraz silniej brzmi w debatach o leczeniu cukrzycy.

Wydaje mi się to tak znamienne, że powinno zostać zasygnalizowane w doniesieniach na temat debaty.

O znaczeniu edukacji diabetologicznej wspominało kilku uczestników debaty, m.in. prezydent Lech Wałęsa, prezes PTD prof. Leszek Czupryniak i prezes PSD Andrzej Bauman. Jako przedstawicielka pielęgniarek diabetologicznych i edukatorów ds. cukrzycy ja również zostałam poproszona o wypowiedź.

Powiedziałam m.in.:
Cukrzycę od innych chorób przewlekłych odróżnia możliwość

wpływania na jej przebieg poprzez działania własne pacjenta wchodzące w zakres samoopieki i samokontroli. Skutecznej samoopieki i samokontroli (czyli radzenia sobie z chorobą i jej akceptacji) pacjent musi się nauczyć. Nie jest to łatwe, ponieważ wymaga wiedzy medycznej, konsekwencji i dużej dyscypliny. Pacjentowi jest więc potrzebna edukacja terapeutyczna. Nauczycielem pacjenta jest przede wszystkim pielęgniarka edukatorka. Dodajmy, że już 40 lat temu uznano edukację terapeutyczną w cukrzycy za równoprawny składnik całościowego leczenia tej choroby i element podstawowego schematu terapii.

Szeroki dostęp do niezbędnej w terapii cukrzycy edukacji da pacjentom wprowadzenie do polskiego systemu ochrony zdrowia stanowiska edukatora ds. diabetologii; to posunięcie przyczyni się do poprawy zdrowia i jakości życia pacjentów diabetologicznych, do redukcji powikłań cukrzycy, a także przyniesie duże oszczędności. Aby tak się stało, edukacja terapeutyczna w cukrzycy powinna być odrębnym świadczeniem kontraktowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zaś edukator ds. diabetologii – profesjonalistą zatrudnianym obligatoryjnie w placówkach medycznych określonego typu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (z 20 lipca 2011 r.) wprowadza stanowisko edukatora do spraw diabetologii. Kwalifikacje wymagane od pracowników na stanowisku edukatora ds. diabetologii wymienione są w załączniku do rozporządzenia (tabela) na pozycji 113. Na tym stanowisku będą zatrudniane m.in. pielęgniarki i położne po ukończeniu kursu specjalistycznego pt. „Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych”. Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia zatwierdził w lutym 2011 r. ramowy program kursu specjalistycznego dla edukatorów diabetologicznych. Jego celem jest przygotowanie pielęgniarek i położnych do prowadzenia i koordynacji działań związanych z edukacją terapeutyczną.

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii w grudniu 2011 r. przyjęła Deklarację w sprawie miejsca i roli edukatora w opiece nad pacjentem z cukrzycą, zaś w grudniu 2012 r. zostało podpisane Stanowisko PFED w sprawie zatrudniania edukatorów ds. diabetologii zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r.

Stanowisko to zawiera następujące postulaty:

1. Zatrudnianie w placówkach medycznych (zarówno lecznictwa szpitalnego, jak i w opiece środowiskowej) pielęgniarek/położnych na stanowisku edukator do spraw diabetologii, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r.
2. Finansowanie usługi edukacyjnej jako odrębnego świadczenia kontraktowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Debata „Aby Polska nie była cukrzycowym dinozaurem Europy” pokazała, że zdaniem profesjonalistów i pacjentów wprowadzenie nowoczesnej terapii lekami inkretynowymi nie zwalnia środowisk medycznych od prowadzenia kompleksowej i systematycznej edukacji pacjenta z cukrzycą. ■

Łączę pozdrowienia
Alicja Szewczyk
przewodnicząca

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii



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

SKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

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

KURSY KWALIFIKACYJNE

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

KURSY SPECJALISTYCZNE

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

SKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

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

SKOLENIA JEDNODNIOWE

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

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

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

Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa.

Uwaga! Jedna odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia
w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

U osób starszych początek działania leku jest:

- A. opóźniony, a działanie wydłużone,
- B. przyspieszony, a działanie krótkotrwałe,
- C. opóźniony i działanie krótkotrwałe,
- D. zależne od rodzaju podawanego leku.

Zadanie 2.

Przeciwwskazaniem do wykonania badania rezonansu magnetycznego NIE jest:

- A. choroba demielinizacyjna,
- B. klaustrofobia,
- C. proteza oczna, ciała obce w gałce ocznej,
- D. obecność klipsów naczyniowych lub innych elementów pooperacyjnych.

Zadanie 3.

Pierwszoplanowym postępowaniem bez względu na postać wstrząsu jest:

- A. zastosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania,
- B. właściwa terapia płynowa, która ma na celu przywrócenie objętości śródnaczyniowej i prawidłowej perfuzji tkankowej,
- C. zastosowanie intubacji dotchawiczej,
- D. oznaczenie poziomu elektrolitów, glukozy, mocznika, kreatyniny we krwi.

Zadanie 4.

Następstwa wstrząsu to:

- A. zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC),
- B. niewydolność oddechowa (ARDS),
- C. martwica cewek nerkowych,
- D. wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

Zadanie 5.

U osób starszych, po zabiegach operacyjnych leczenie usprawniające należy podejmować :

- A. później niż u innych pacjentów,
- B. możliwie jak najszybciej,
- C. w trzeciej dobie po zabiegu,
- D. w czwartej dobie po zabiegu.

Zadanie 6.

Groźnym czynnikiem ryzyka rozwoju zakażenia w obrębie cewnika naczyniowego są:

- A. heparynizację,
- B. stosowanie koreczków jednorazowego użycia,
- C. stosowanie tradycyjnych opatrunków,
- D. częste, zbędne manipulacje.

Zadanie 7.

W jakim czasie po badaniu gastroskopii pacjent może otrzymać posiłek ?

- A. 3 godziny po badaniu,
- B. gdy powróci odruch połknięcia,
- C. bezpośrednio po badaniu,
- D. 15 minut po zabiegu.

Zadanie 8.

Rozpoznanie niedrożności górnych dróg oddechowych odbywa się na podstawie obserwacji :

- A. ruchów oddechowych klatki piersiowej i nadbrzusza oraz wysłuchiwanie i wyczuwanie na policzku ratownika przepływu powietrza przez nos i usta poszkodowanego,
- B. zawartości jamy ustnej oraz wysłuchiwanie i wyczuwanie na policzku ratownika przepływu powietrza przez nos i usta poszkodowanego,
- C. ruchów oddechowych klatki piersiowej i nadbrzusza oraz ułożenia ratowanego na boku z głową umieszczoną tak aby możliwy był odpływ treści z jamy ustnej,
- D. ruchów paradoksalnych klatki piersiowej i uruchomienia dodatkowych mięśni oddechowych.

Zadanie 9.

W czasie badań endoskopowych jest możliwość zakażenia następującymi wirusami:

- A. HBV, HCV, HIV,
- B. HIV,
- C. HAV, HEV oraz HIV,
- D. HBV, HCV oraz HIV.

Zadanie 10.

Złożony rozrusznik serca stanowi przeciwwskazanie do wykonania:

- A. oklepywania klatki piersiowej,
- B. masażu pleców i pośladków,
- C. gimnastyki oddechowej,
- D. ćwiczeń biernych.

UWAGA!**SKŁADKA CZŁONKOWSKA**

Wysokość składki z tytułu umowy zlecenia lub działalności gospodarczej w roku 2013 wynosi

38,75 zł miesięcznie.

Składki należy wpłacać na konto :

MILLENIUM BANK
82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

lub w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie ul. Pułaskiego 25

Jam mi pomóc w walce o to bym żył jak moi sprawni rówieśnicy?

PIT-28 / PIT-36 / PIT-36L / PIT-37 / PIT-38 / PIT-39

Punkt 126: 5360, darowizna na rzecz Michała Gabriela Zuba

Punkt 124: 0000037904

Punkt 125: Kwota 1% podatku, np. 50, 00 zł.



Z góry dziękuję Państwu za przekazanie 1% podatku. Naprawdę bardzo mi tym Państwo pomożecie w moim codziennym funkcjonowaniu. Szczerze dziękuję...

Nie wyrzucajcie Państwo proszę tej ulotki...
Przeznaczcie ją proszę dalej
swojej rodzinie i znajomym...

BiRaKo[®]
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

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

NOWOŚĆ!!!
PAPIER DO DRUKAREK
W FORMACIE RECEPT LEKARSKICH
- CZYSTY

OFERUJEMY REKUSY* DO DRUKAREK LASEROWYCH
(CZyste i z nadrukiem) i DO DRUKAREK IGŁOWYCH

*(WZÓR OBOWIĄZUJĄCY OD STYCZNIA 2013)



Małgorzata i Robert Mokras

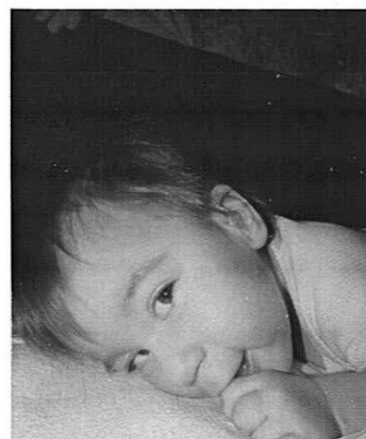
adres: ul. Herberta 3 m 45

42-224 Częstochowa

email: mmokras@interia.pl

numery tel.: **Małgorzata** 600 751 133

Robert 604 327 315



PROSZĘ O POMOC!

Mam na imię Patrycja i mam 20 miesięcy. Urodziłam się 14 kwietnia 2011 roku, w 26 tygodniu ciąży, z wagą 800 gram. Byłam niedotleniona, wyziębiona i nie umiałam oddychać, podłączono mnie do respiratora. W 4 dniu na tym świecie znowu było źle, miałam wylewy krwi do mózgu 3 i 4 stopnia. Pomimo tych i wielu innych trudności, starałam się jak mogłam i w końcu, po 3 miesiącach mama i tata zabrali mnie do domu. Ważyłam wtedy zaledwie 2 kilogramy. Można powiedzieć, że jestem rehabilitowana od urodzenia. Niestety od początku wszystko się nie układało tak, jak powinno. Gdy miałam 7 miesięcy zdiagnozowano u mnie padaczkę lekooporną - znowu trafiłam do szpitala, gdzie spędziłam kolejne 6 miesięcy. Rezonans magnetyczny wykazał niedorozwój mózdzku i pnia mózgu, mam niedorozwój nerwu wzrokowego oraz niedosłuch 80 dB, dlatego noszę aparaciki słuchowe. Nie umiem trzymać główki i nie wiem, do czego służą rączki, a moim marzeniem jest samodzielne siedzenie. Mama mówi, że NFZ (cokolwiek to oznacza ;)) nie refunduje całej rehabilitacji i muszę jeździć na nią prywatnie, a koszt to 70 zł za godzinę. Moje oczy i uszy muszą mieć odrębną rehabilitację.

Proszę Was, pomóżcie mi widzieć i słyszeć mamę i tatę, a jak usiądę sama, to naprawdę będę z siebie dumna. Każda złotówka to dla mnie szansa na normalność. Dziękuję z całego serduszka!!!

Patrycja Mokras wraz z rodzicami

Wpłaty darowizny:

*Fundacja Dzieciom "Zdążyć z Pomocą" ul. Łomiańska 5 01-685 Warszawa
Bank BPH S.A.*

15 1060 0076 0000 3310 0018 2615

z dopiskiem: 17733 – Mokras Patrycja – darowizna na pomoc i ochronę zdrowia

1% podatku



Numer KRS: 0000037904

W rubryce PIT „Informacje uzupełniające”

cel szczegółowy 1%: należy wpisać: **17733 Mokras Patrycja**

**Stowarzyszenie
Opieki Hospicyjnej
Ziemi Częstochowskiej
KRS0000056401**

**Pomóż Dzieciom
Z Domowego Hospicjum
Przekaż 1%**

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej jest zespołem ludzi świadczącym opiekę paliatywną, działającym na terenie Częstochowy i jej okolic od 18 lat. Obejmuje opieką nieuleczalnie chore dzieci w miejscu ich zamieszkania, gdy dziecko, rodzice i lekarze podjęli decyzję o zakończeniu leczenia w szpitalu. Celem opieki jest zmniejszenie cierpienia i poprawa jakości życia chorego dziecka. Hospicjum wspiera rodziców i umożliwia prowadzenie opieki medycznej w domu.

**KAŻDY MOŻE POMÓC
I TY PRZEKAŻ 1%**

Aby przekazać 1% podatku dochodowego za rok 2010 należy w formularzu PIT wypełnić zamieszczony w nim "Wniosek o przekazaniu 1% podatku należnego na rzecz organizacji pożytku publicznego (OPP)". W rubryce "Nazwa OPP" należy wpisać :

**STOWARZYSZENIE OPIEKI HOSPICYJNEJ
ZIEMI CZĘSTOCHOWSKIEJ
KRS 0000056401**

**STOWARZYSZENIE OPIEKI HOSPICYJNEJ
ZIEMI CZĘSTOCHOWSKIEJ**
42-200 Częstochowa, ul. Krakowska 45a
tel. 34 360-54-91, 360-55-37
e-mail: hospicjum.czestochowa@wp.pl
www.hospicjum-czestochowa.pl

dobrowolne wpłaty :
Bank PKO S.A oddział w Częstochowie
15 1240 1213 1111 0000 2379 4368

Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia

ul. Kilińska 2, 87-800 Włocławek, www.fundacja-almach.org.pl

Podarujmy 1% podatku na Dom Seniora Pielęgniarki

Zarząd Fundacji Pracy i Ochrony Zdrowia z wiarą w dobro i wielkie serce Pielęgniarek, Położnych, Pielęgniarzy oraz Pracowników Ochrony Zdrowia, jak również ich rodzin, znajomych i wszystkich ludzi dobrej woli ośmiela się prosić o wsparcie i przekazanie 1% podatku dochodowego wypełniając zeznanie podatkowe w okresie 1.01-30.04.2013 r.

Wypełniając odpowiednią rubrykę w rocznym zeznaniu podatkowym (PIT-36, PIT-36C, PIT-28, PIT-38) wpisujemy Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia Almach i KRS 0000154303.

Każda wpłacona złotówka z podatku o raz dar Waszych serc przybliży uruchomienie Domu Seniora Pielęgniarki, da radość i bezpieczeństwo potrzebującym pomocy.



Medical Prestige Club

dla personelu medycznego

Medical Prestige Club Sp.z o.o.

40-851 Katowice, ul. Żelazna 1, tel / fax 32 733 76 81, 668 145 373

Szanowni Państwo.

Medical Prestige Club jest Klubem zrzeszającym pielęgniarki i położne na terenie całego kraju.

Naszym celem jest poprawa życia zawodowego i prywatnego personelu medycznego. Dlatego przynależność do naszego Klubu daje pielęgniarkom i położnym wymierne korzyści w postaci: Specjalnych Pakietów:

I. Pakiet Ochrony Prawnej

UBEZPIECZENIE OCHRONY PRAWNEJ :

- ubezpieczenie przed dochodzeniem odszkodowań skierowanych przeciwko osobie wykonującej zawód medyczny,
- ochronę prawną w sprawach karnych w życiu zawodowym,
- telefoniczną asystę prawną.

II. Pakiet Ochrony Ubezpieczeniowej

UBEZPIECZENIE DOBROWOLNE OC - zapewnienia ochronę przed skutkami:

1. Szkód w mieniu
2. Szkodami, wyrządzonymi bez związku z udzielaniem świadczeń medycznych
3. Szkód z tytułu posiadania mienia
4. Szkód wyrządzonych w związku z zawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o pracę
5. Szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych HIV i WZW

Dodatkowo, Pakiet zawiera ubezpieczenia na kursy doszkadzające na terenie RP.

III. Pakiet Zdrowotny

Pakiet Zdrowotny zawiera:

- badania genetyczne wirusa HPV z konsultacją lekarską
- badania USG piersi z konsultacją lekarską
- badania mammografii piersi z konsultacją lekarską
- profil alergologiczny (27 alergenów).

IV. Program Pomocy Prawnej :

- bezpłatne konsultacje w sprawach zawodowych (także pomoc w sprawach kontraktów)
- zniżki na wszystkie porady prawne – tylko 75zł za poradę
- 30% zniżki na usługi notarialne

V. Każdy członek Medical Prestige Club otrzymuje także Kartę Klubu, która upoważnia go do otrzymania rabatów i zniżek na :

- badania laboratoryjne dla całej rodziny 20%
- usługi medyczne
- podręczniki szkolne i książki (10%)
- kursy językowe (20%)
- usługi taxi (20%)
- kursy prawa jazdy (5 – 7%)
- pocztę kwiatową (15%)
- telepizję (55%)

oraz

KARTĘ RABATOWĄ BENEFIT (kosmetyka, sport, rekreacja, rehabilitacja, gastronomia, zdrowie, sklepy internetowe) – 2000 punktów handlowo –usługowych na terenie całego kraju

Składka członkowska w Medical Prestige Club wynosi tylko 150zł. Jest to opłata jednorazowa na cały rok, co w przeliczeniu na miesiąc wynosi 12,50 zł.

Dodatkowe informacje można otrzymać pod nr tel. 32 733 76 81, lub nr Infolinii 668 145 373

XVII Jasnogórska Konferencja Naukowo – Szkoleniowa

W Częstochowie w Domu Pielgrzyma im. Jana Pawła II w dniach 24-27.01.2013 roku odbyła się **Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych**. W tym roku konferencji przyświecały słowa prekursorki ruchu hospicyjnego Cecyli Saunders - „**Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze**” - **rola interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej**.

Honorowy patronat nad Konferencją objęli: **Arcybiskup Metropolita Częstochowski dr Wacław Depo, Starosta Powiatu Częstochowskiego Andrzej Kwapisz, Prezydenta Miasta Częstochowy Krzysztof Matyjaszczyk, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Maciej Hamankiewicz.**

Przed konferencją dnia 24.01.2013 r. odbyło się **Walne Zebranie Sprawozdawcze Członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej**. PTPOP powstało w 2006 roku podczas X Konferencji zespołów hospicyjnych i opieki paliatywnej w Częstochowie na Jasnej Górze. Obecnie liczy niemal 300 członków zwyczajnych. Obecni na walnym zebraniu przyjęli sprawozdania i plan działania na 2013 rok.

Wszelkie informacje o działalności towarzystwa jak i Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej można znaleźć na stronie internetowej

www.ptpopih@wp.pl

25.01.2013 r.

XVII Jasnogórska Konferencja Naukowo – Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze” Cecyli Saunders - rola interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej. rozpoczęła się Mszą świętą w Kaplicy Cudownego Obrazu na Jasnej Górze.

Konferencję w imieniu Komitetu naukowego i organizacyjnego otworzyła **mgr Izabela Kaptacz**. Referat inauguracyjny „Zobaczyć w chorym człowieka mimo wypalenia i rutyny” wygłosiła **prof. dr n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko** prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Mówiąc o rutynie jako wyniku braku ideowości, postępowaniu według utartych szablonów, uleganiu nawykom oraz wypaleniu jako wyniku nadmiaru ideowości.

Następnie uczestnicy konferencji wraz z zaproszonymi gośćmi uczestniczyli w **Sesji jubileuszowej z okazji 20-lecia działalności Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej**. Inaugurację jubileuszu rozpoczęła prezes i założycielka Stowarzyszenia Hospicjum na ziemi częstochowskiej **mgr Anna Kaptacz**. Prezentując retrospekcyjną podróż ukazała powody powstania Stowarzyszenia, trudy z jakimi przyszło się zmierzyć aż do ukazania efektów podjętych działań – organizacji, która obecnie rocznie obejmuje opieką ponad 1500 chorych i ich rodziny. Charyzmatyczne zaangażowanie zespołu opieki paliatywnej pozwala obok interdyscyplinarnego podejścia realizowanego wobec pacjentów potrzebujących opieki w ostatnim okresie życia (w warunkach domowej, stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej opieki) szerzyć ideę opieki hospicyjnej. Poprzez organizację szeregu akcji takich jak: dni otwarte w hospicjum, konkursy dla dzieci i młodzieży, szkolenia wolontariuszy, marsze nadziei, społeczne kampanie „Pola nadziei”, „Hospicjum to też życie” a także bale charytatywne i między-

narodowe konferencje działalność Stowarzyszenia Hospicjum wpisuje się w historię życia mieszkańców Częstochowy.

Świadectwo sensu działalności Akademii Walki z Rakiem, prowadzonej przez psychologów przy Stowarzyszeniu Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej przedstawiła **pani Ewa Konieczna** dedykując nadpisany na tę okoliczność wiersz.

W imieniu pacjentów **pan Mirosław Militowski** przedstawił swoją historię chorowania i życia w hospicjum, nawiązując do pozytywnych wartości, jakie daje mu udział w Dziennym Oddziale Opieki Paliatywnej.

Świadectwo działalności wolontaryjnej przedstawiła **Monika Kutrzyk** - nauczyciel, wolontariusz Stowarzyszenia Hospicjum. Swoim zaangażowaniem w wolontariat hospicyjny, asystowanie podczas mszy, modlitwę, rozmowy z chorymi, zaraża innych chęcią pomagania chorych cierpiących.

Po sesji jubileuszowej zaproszeni goście, którzy zaszczylicili swoją obecnością, złożyli gratulacje prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej oraz życząc owocnych obrad przekazali słowa uznania organizatorom. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie **mgr Halina Synakiewicz** odczytała skierowany do organizatorów list, przekazany przez Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Grażynę Rogala-Pawelczyk. Jednocześnie w swoim i całej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie przekazała na ręce Pani mgr Anny Kaptacz słowa podziękowania, uznania za pracę i życzenia dalszej tak aktywnej i owocnej pracy na rzecz opieki paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych.

Pierwsza sesja plenarna rozpoczęła się od wystąpienia dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia **mgr Beaty Cholewki** i przedstawienia uwarunkowań prawnych opieki paliatywnej, kto może realizować świadczenia w opiece paliatywnej oraz danych statystycznych poziomu przygotowania specjalistycznego pielęgniarek opieki paliatywnej.

W dalszej części sesji prelegenci zwrócili uwagę na aspekt postępowania u chorych z bólem przewlekłym: **dr n. med. Jarosław Woron** z Uniwersytetu Jagiellońskiego w wymiarze jakości życia pacjenta, **mgr Anna Kaptacz** z perspektywy postępowania pielęgniarki opieki paliatywnej a **dr n. med. Marcin Janecki** z Hospicjum w Gliwicach, przedstawił kliniczne aspekty leczenia bólu przebijającego w przebiegu bólu nowotworowego.

Drugą sesję plenarną poświęcono tematyce postępowania z ranami przewlekłymi. Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji oraz zasady postępowania w ranach przewlekłych i nowotworowych przedstawiła konsultant wojewódzki w dziedzinie mikrobiologii **dr n. med. Marzena Bartoszewicz**. Wystąpienie na temat pielęgnacji przetok i owrzodzeń w procesie nowotworowym przedstawił konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej **dr n. med. Marcin Wiśniewski**. Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej **mgr Sylwia Rogowska** na przykładzie własnych doświadczeń przedstawiła sposoby postępowania z raną przewlekłą w opiece stacjonarnej i ambulatoryjnej. Sesję zakończył **mgr Jędrzej Gromadecki** mówiąc o systemie leczenia ran przewlekłych.

Po zakończeniu sesji dla uczestników konferencji wystawiono na deskach Teatru im. Adama Mickiewicza w Częstochowie spektakl teatralny „Przyjazne dusze” w reżyserii Jerzego Bończaka. Zabawna, a zarazem wzruszająca komedia o marzeniach, przemijaniu i życiu po życiu, dostarczyła niezapomnianych wrażeń, wyzwalając śmiech i łzy zarazem.

26.01.2013r.

Drugi dzień konferencji rozpoczął **prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkiewicz** z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wykładem na temat konieczności prowadzenia ciągłej oceny jakości życia chorych przez interdyscyplinarny zespół. Duszpasterz Hospicjów polskich **ks. dr Piotr Krakowiak SAC** z Gdańska w nawiązaniu do wysoko rozwiniętej opieki paliatywnej w Polsce zwrócił uczestnikom uwagę, czy aby nie nadszedł czas, by podjąć się nauczania pracowników ochrony zdrowia, opieki społecznej i opiekunów nieformalnych lepszemu opiece dla wszystkich osób u kresu życia. O elementach rehabilitacji w pracy w Hospicjum mówiła **dr n. med. Grażyna Mazurkiewicz**, specjalista rehabilitacji medycznej z Hospicjum w Jaworznie. Specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej **mgr Iwona Grzelak** z Hospicjum im. Bł. S. Papczyńskiego w Licheniu Starym zwróciła zebrany uwagę na fakt, szczególnej roli pielęgniarki opieki paliatywnej, jako lidera zespołu interdyscyplinarnego.

W trzeciej sesji plenarnej **dr n. praw. Małgorzata Serwach** z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przedstawiła wybrane aspekty prawa pacjentów ze szczególnym uwzględnieniem wyrażenia zgody chorego. Zwróciła również uwagę na brak szczegółowych uregulowań prawnych w zakresie opieki nad chorymi w ostatnim, terminalnym okresie choroby i potrzebę podjęcia starań o ich uregulowanie. **Mgr Barbara Sikora** specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej z Hospicjum im. A. Olszewskiej w Skierniewicach poruszyła zagadnienie badań naukowych w opiece paliatywno – hospicyjnej, jako drogi dochodzenia do ulepszanego modelu opieki paliatywno – hospicyjnej w Polsce.

Goszcząca po raz drugi w Częstochowie **dr n. med. Irina Ostrovskaya** – pielęgniarka, wykładowca Akademii Medycznej im. I.M. Seczenowa w Moskwie przedstawiła stan opieki paliatywnej i dostępności do leków opioidowych w Rosji, który to odbiega dalece od zaleceń i oczekiwań.

Pokazując obrazy Edvarda Muncha **mgr Anna Borowska** z St. Hanshaugen Omsorgssenter w Oslo zachęcała uczestników do wykorzystywania motywów choroby, cierpienia, umierania i śmierci zawartej w bogatej twórczości norweskiego malarza w codziennych kontaktach terapeutycznych z pacjentami i ich rodzinami.

Pielęgniarskie przemyślenia o rodzinach pacjentów zaprezentowała specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej **mgr Ewa Woyton** z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu.

Refleksyjnie a zarazem niezwykle oryginalnie, przemyślenia lekarza hospicjum na temat zdobywania góry, również w wymiarze zdobywania góry życia, zaprezentował **dr n. med. Zbigniew Bohdan** z Hospicjum im. Ks. E. Dutkiewicza w Gdańsku.

O prawie do życia i naturalnej śmierci nienarodzonych dzieci z tzw. wadą letalną czyli podstawach perinatalnej opieki paliatywnej wykład wygłosiła dr n. med. Małgorzata Stolarska, pediatra Oddziału Onkologii i Hematologii, lekarz Hospicjum dla dzieci w Łodzi. Sytuację dziecka w opiece hospicyjnej – paliatywnej przedstawiła **dr n. med. Eleonora Mess** z Akademii Medycznej we Wrocławiu.

O postępowaniu klinicznym u chorych z zaburzeniami czynności jelit wywołanymi opioidami wykład wygłosił **dr hab. n. med. Wojciech Leppert** z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. O problemach i możliwościach nawadniania pacjentów u kresu życia mówiła specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej **mgr Wiesława Piotrowska** z Hospicjum Palium w Poznaniu.



Uczestnicy konferencji wzięli również udział w zorganizowanych pięciu grupach warsztatowych, podczas których dzielili się doświadczeniami na temat: problemów pielęgniarstwa opieki paliatywnej, dokumentowania działań pielęgniarów opieki paliatywnej z uwzględnieniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®, znaczenia innych ludzi w adaptacji do choroby nowotworowej, leczenia ran przewlekłych oraz roli kolagenu w życiu człowieka.

Sobotni wieczór uczestnicy spędzili na wspianym koncercie **Jasnogórskiej Orkiestry Dętej**. Muzycy pod dyktando Marka Piątka, wykonali najpiękniejsze polskie koledy i inne pieśni okolicznościowe.

27.01.2013 r.

Ostatni dzień Konferencji rozpoczął się **Mszą świętą w intencji Hospicjów polskich** w Kaplicy Cudownego Obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej koncelebrowaną przez **Arcybiskupa seniora dr Stanisława Nowaka**.

Ostatni dzień konferencji rozpoczęła **mgr Anna Janowicz**, Prezes Fundacji Hospicyjnej w Gdańsku mówiąc o roli koordynacji pracowników i wolontariuszy w opiece paliatywno-hospicyjnej.

Ostatnią sesję plenarną połączoną z **Pielgrzymką Hospicjów Polskich** poświęcono ważnemu aspektowi wsparcia duchowego w doświadczeniu członków interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej. Sesję poprowadzili członkowie zespołu opieki paliatywnej w Częstochowie:

Naukowe spojrzenie na wsparcie duchowe z perspektywy psychologa przedstawił **mgr Krzysztof Kuraś**. Osobiste relacje, świadectwo radości i spełnienia, jakie daje towarzyszenie chorym podczas ostatnich miesięcy, dni życia przedstawiła pielęgniarka **s. Michalina Wieszołek**. Teolog duchowości, duszpasterz hospicjum częstochowskiego **ks. dr Tomasz Knop** przedstawił aspekt wsparcia duchowego w wymiarze psychiki, jako potrzebie sensu, wiary, nadziei, miłości oraz poczucia własnej godności realizowanego przez wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu oraz wsparciu duchowym w sferze nadprzyrodzonej – sakramentalnej.

Uczestnicy wzięli również udział w zwiedzaniu Jasnej Góry: Bazyliki jasnogórskiej, Skarbcza, Bastionu świętego Rocha, Sali rycerskiej i Muzeum 600-lecia, a podczas trwania Konferencji odwiedzając stoiska wystawowe, skorzystali z materiałów informacyjnych, przygotowanych przez firmy współpracujące przy organizacji konferencji.

W konferencji Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych udział wzięło 270 uczestników, którzy na co dzień sprawują wielodyscyplinarną opiekę paliatywną: pielęgniarki, lekarze, psychologowie, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni wolontariusze i opiekunowie oraz zaproszeni goście.

W imieniu organizatorów liczymy na to, że tegoroczna konferencja była wspaniałą okazją do nawiązania nowych kontaktów, wymiany poglądów i doświadczeń oraz inspiracją do dalszego rozwoju osobistego i zespołowego a obecność u stóp Cudownego Obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej okazją do zadumy i nabrania sił do dalszej pracy. ■
Do zobaczenia za rok.

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
Izabela Kaptacz

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

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

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

**Taty
Pani Urszuli Pabiś**

składa

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

GODZINY PRACY BIURA OIPIP

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

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPIP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

**Szkolenie przeprowadzone przez firmę Family Service "PELARGOS" pt.
„Nowoczesne rozwiązania dla skóry wrażliwej, suchej i atopowej”.
Siedziba OIPIP w Częstochowie
dnia 4 lutego 2013 roku.**



XVII Jasnogórska Konferencja Naukowo – Szkoleniowa

