

MIESIĘCZNIK **BIULETYN**
INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Styczeń 2014r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07”

Ośrodek Szkoleniowy
przy Okręgowej Izbie
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
Kłobuck dnia 16 grudnia
2013 roku.



W NUMERZE:

Informacje izbowe

NIPiP

Konsultant Krajowy

PTP

Prace autorskie

Informacje

**Biuletyn informacyjny
wydawany przez
Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie**

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie
z dnia 17 lutego 1993r.)

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

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

Ośrodek szkoleniowy:
tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czyst.pl

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

MILLENNIUM 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

Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 18 grudnia 2013 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną położną.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla siedmiu pielęgniarek.
- Przyznano dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych za szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo psychiatryczne” dla 2 pielęgniarek na kwotę 1.400.00 zł,
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek na kwotę 4.500.00 zł.
- Podjęto jedną Decyzję w sprawie odmowy udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych- wniosek niezgodny z regulaminem. ■

KALENDARIUM Styczeń 2014 rok

08.01.2014r. Przewodnicząca OR wraz z Członkami Zarządu Starostwa Powiatowego w Częstochowie uczestniczyła w spotkaniu z pielęgniarkami zatrudnionymi w Szpitalu w Błachowni. Celem spotkania była ocena obecnej sytuacji pielęgniarek i położnych oraz przebiegu prac remontowych szpitala przed otwarciem.

10.01.2014r. W Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr Emila Cyrana w Lublińcu odbył się konkurs na stanowisko Pielęgniarki oddziałowej zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego - odcinek żeński. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na ww. oddziale. Nowo wybranej Oddziałowej serdecznie gratulujemy.

13.01.2014r. W Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr Emila Cyrana w Lublińcu odbyły się konkursy na stanowiska: Pielęgniarki oddziałowej oddziału leczenia zaburzeń afektywnych oraz Pielęgniarki oddziałowej zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego - odcinek męski. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniach komisji konkursowych na ww. oddziałach. Nowo wybranym Oddziałowym serdecznie gratulujemy

16.01.2014r. W Urzędzie Marszałkowskim odbył się trzeci etap konkursu na stanowisko zastępcy Dyrektora do spraw lecznictwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie. W posiedzeniu Komisji Konkursowej wzięła udział Przewodnicząca ORPiP.

16.01.2014r. Sekretarz ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w XLVIII obradach zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

17.01.2014r. Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Prezydenta Miasta Częstochowy uczestniczyła w spotkaniu noworocznym, które odbyło się w Filharmonii Częstochowskiej.

22.01.2014r. W siedzibie OEPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Rozpatrzone pozytywnie dwa wnioski na łączną kwotę 1400.00. zł.

22.01.2014r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Rozpatrzone pozytywnie trzy wnioski.

22.01.2014r. W siedzibie OIPIp odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

23.01.2014r. W Biurze NIPiP w Warszawie odbyły się obrady Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych. W obradach uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

24-26.01.2014r. Na Jasnej Górze odbyła się XVIII Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych. W Konferencji udział wzięła Przewodnicząca OR.

29.01.2014r. W Starostwie Powiatowym w Lublińcu odbyło się posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa SP ZOZ w Lublińcu. ■

Aktualizacja 01.01.2014r.

REGULAMIN

korzystania ze zbiorów Biblioteki działającej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

I. Postanowienia ogólne

1. Biblioteka przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, zwana dalej „Biblioteką” działa na podstawie Uchwały nr 21/V/2007 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 14.12.2007 roku.
2. Do korzystania ze zbiorów bibliotecznych uprawnione są pielęgniarki/pielęgniarze, położne/położnicy będący członkami OIPIp w Częstochowie, którzy posiadają Kartę Czytelnika Biblioteki.
3. Dane osobowe gromadzone i przechowywane przez Bibliotekę wykorzystywane są wyłącznie do celów statystycznych oraz w sprawach związanych z egzekwowaniem zwrotu wypożyczonych materiałów bibliotecznych.

II. Zasady rejestracji czytelników Biblioteki

1. W celu uzyskania możliwości korzystania ze zbiorów Biblioteki należy okazać aktualny dowód tożsamości ze zdjęciem, podać dane kontaktowe oraz zobowiązać się do przestrzegania zasad niniejszego regulaminu.
2. Czytelnik Biblioteki zobowiązany jest informować o każdorazowej zmianie adresu zamieszkania oraz innych danych zawartych w Karcie Czytelnika.

III. Wypożyczenie ze zbiorów bibliotecznych

1. Ze zbiorów zgromadzonych w Bibliotece można korzystać: – na miejscu lub poprzez wypożyczenie na zewnątrz.
2. **Wypożyczyć można jednorazowo, na okres nie dłuższy niż 1 miesiąc 3 pozycje/woluminy.**
3. **Termin zwrotu wypożyczonej pozycji może zostać przedłużony. Prolongata nie zostanie udzielona, gdy w dniu zgłaszania prośby o przedłużenie czytelnik Biblioteki nie zwrócił w terminie innych pozycji lub ma nieuregulowane inne zobowiązania wobec Biblioteki. Prośbę o prolongatę należy zgłosić najpóźniej w dniu terminu zwrotu wypożyczonej pozycji. Czytelnik Biblioteki może otrzymać zgodę na prolongatę każdej wypożyczonej pozycji maksymalnie dwukrotnie.**
4. Biblioteka może skrócić ustalony w § 3 pkt. termin zwrotu, jeżeli wypożyczone pozycje stanowią pozycje szczególnie poszukiwane i jest zgłaszane zapotrzebowanie ze strony innych czytelników Biblioteki.
5. **Za nieterminowy zwrot wypożyczonych książek pobierana jest opłata – 30 gr. za każdy dzień**

roboczy przetrzymywania. Opłata naliczana jest od każdej wypożyczonej pozycji (woluminu).

6. Czytelnikom przekraczającym termin zwrotu wypożyczonych materiałów bibliotecznych, Biblioteka wysyła upomnienia.
7. Jeżeli czytelnik Biblioteki mimo upomnień odmawia zwrotu lub uiszczenia należnych opłat, Biblioteka jest uprawniona dochodzić swych roszczeń na drodze określonej przepisami prawa.

IV. Poszanowanie zbiorów bibliotecznych

1. Czytelnicy zobowiązani są do poszanowania wypożyczonych i udostępnionych im materiałów bibliotecznych.
2. Czytelnicy w chwili wypożyczenia lub udostępniania im materiałów bibliotecznych, winni zwrócić uwagę na ich stan. Wszelkie zauważone uszkodzenia należy niezwłocznie zgłosić pracownikowi Biblioteki.
3. W przypadku niezwrócenia, uszkodzenia lub zniszczenia materiałów bibliotecznych czytelnicy zobowiązani są do naprawienia wyrządzonej szkody w jednej z następujących form: - dostarczenia pozycji tego samego autora o tym samym tytule i dacie wydania tożsamej lub późniejszej; - uiszczenia opłaty, której wysokość odpowiada aktualnie obowiązującej cenie książki.
4. W przypadku niezwrócenia, uszkodzenia lub zniszczenia pozycji szczególnie cennej lub trudnej do nabycia, wysokość odszkodowania ustala Przewodnicząca ORPiP. Stopień zużycia pozycji nie ma wpływu na wysokość odszkodowania. ■



NIPiP

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 12 grudnia 2013 r.

w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne

(Dz. U. z dnia 16 grudnia 2013 r.)

Na podstawie art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Specjalizacje dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) geriatrycznego;
- 4) internistycznego;
- 5) onkologicznego;
- 6) operacyjnego;
- 7) opieki długoterminowej;
- 8) opieki paliatywnej;
- 9) pediatrycznego;
- 10) psychiatrycznego;
- 11) ratunkowego;
- 12) rodzinnego.

2. Specjalizacja dla pielęgniarek może być prowadzona w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - w ochronie zdrowia pracujących.

3. Specjalizacja dla położnych może być prowadzona w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) ginekologiczno-położniczego;
- 2) rodzinnego.
4. Specjalizacja dla pielęgniarek i położnych może być prowadzona w dziedzinie pielęgniarstwa:
 - 1) epidemiologicznego;
 - 2) neonatologicznego.

§ 2. 1. Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) diabetologicznego;
- 4) geriatrycznego;
- 5) internistycznego;
- 6) kardiologicznego;
- 7) nefrologicznego z dializoterapią;
- 8) neonatologicznego;
- 9) neurologicznego;
- 10) onkologicznego;
- 11) operacyjnego;
- 12) opieki długoterminowej;
- 13) opieki paliatywnej;
- 14) pediatrycznego;
- 15) psychiatrycznego;
- 16) ratunkowego;
- 17) rodzinnego;
- 18) środowiska nauczania i wychowania;
- 19) transplantacyjnego.

2. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek może być prowadzony w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - w ochronie zdrowia pracujących.

3. Kursy kwalifikacyjne dla położnych mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
- 2) operacyjnego;
- 3) rodzinnego.

4. Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek i położnych może być prowadzony w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 24 sierpnia 2015 r. ■**Uchwała Nr 116/VI/2013
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 17 września 2013 r.****w sprawie limitu miejsc szkoleniowych na szkolenia specjalizacyjne dofinansowane ze środków publicznych**

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) w związku z art. 70 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ustala limit miejsc szkoleniowych na szkolenia specjalizacyjne dofinansowane ze środków publicznych z podziałem na województwa w sposób określony w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. Limit miejsc szkoleniowych został opracowany na podstawie liczby zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w okręgowych izbach pielęgniarek i położnych na dzień 31 lipca 2013 r. Wykaz pielęgniarek i położnych stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Prezes NRPiP

Grażyna Rogala-Pawelczyk

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 116/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2013 r. w sprawie limitu miejsc szkoleniowych na szkolenia specjalizacyjne dofinansowane ze środków publicznych

Tabela: Algorytm ustalania miejsc szkoleniowych w poszczególnych województwach na podstawie liczby zarejestrowanych pielęgniarek w okręgowych izbach pielęgniarek i położnych – stan na dzień 31 lipca 2013 roku

Województwo	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą:	Łączna liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w OIPIP działających na terenie województwa	Liczba edycji szkoleń specjalizacyjnych (1 edycja = 25 miejsc) przy uwzględnieniu ogólnej liczby miejsc szkoleniowych			
			1.850 miejsc szkoleniowych		2.150 miejsc szkoleniowych	
			Wynik z wyliczenia	Wynik po zaokrągleniu do liczb całkowitych	Wynik z wyliczenia	Wynik po zaokrągleniu do liczb całkowitych
Dolnośląskie	Jelenia Góra	25.683	6,0	6	7,03	7
	Wałbrzych					
	Wrocław					
Kujawsko-Pomorskie	Bydgoszcz	15.941	3,75	4	4,36	4
	Toruń					
	Włocławek					
Lubelskie	Biała Podlaska	18.819	4,43	4	5,15	5
	Chełm					
	Lublin					
	Zamość					
Lubuskie	Gorzów Wielkopolski	7.358	1,73	2	2,01	2
	Zielona Góra					
Łódzkie	Łódź	19.681	4,63	5	5,39	6
	Sieradz					
Małopolskie	Kraków	26.835	6,3	6	7,35	7
	Nowy Sącz					
	Tarnów					
Mazowieckie	Ciechanów	43.851	10,31	10	12,01	12
	Ostrołęka					
	Płock					
	Radom					
	Siedlce					
	Warszawa					
Opolskie	Opole	8.069	1,89	2	2,2	2
Podkarpackie	Krosno	19.441	4,57	5	5,32	5
	Przeworsk					
	Rzeszów					
Podlaskie	Białystok	10.458	2,46	2	2,86	3
	Łomża					
	Suwałki					
Pomorskie	Gdańsk	16.165	3,8	4	4,42	5
	Słupsk					
Śląskie	Bielsko-Biała	41.571	9,78	10	11,38	12
	Częstochowa					
	Katowice					
Świętokrzyskie	Kielce	11.346	2,66	3	3,1	3
Warmińsko-Mazurskie	Elbląg	10.462	2,46	2	2,86	3
	Olsztyn					
Wielkopolskie	Kalisz	25.435	5,98	6	6,96	7
	Konin					
	Leszno					
	Piła					
	Poznań					
Zachodniopomorskie	Koszalin	12.266	2,88	3	3,36	3
	Szczecin					
Razem		313.381	X	74 edycji	x	86 edycji

Metodologia obliczenia algorytmu:

- 1) liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych ogółem (313.381) została podzielona przez liczbę miejsc szkoleniowych specjalizacyjnych (1.850 lub 2.150),
- 2) otrzymany iloraz został pomnożony przez 25 miejsc szkoleniowych (liczba miejsc w jednej edycji) i uzyskano wskaźnik, czyli liczbę pielęgniarek i położnych przypadających na jedną edycję specjalizacji (4.250 lub 3.650),
- 3) liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w poszczególnym województwie została podzielona przez ten wskaźnik i otrzymano liczbę edycji specjalizacji na dane województwo.

Wywiad z Wiceprezes NRPiP Teresą Kuziarą dla medexpress.pl Za 7 lat zabraknie pielęgniarek. Dlaczego?

Iwona Schymalla: Czy jest problem z chętnymi do zawodu pielęgniarki i położnej?

Teresa Kuziara: Jest mniej chętnych na I stopień studiów pielęgniarskich, na licencjat pielęgniarstwa. Spróbowaliśmy rozpoznać sytuację, dlaczego tak się dzieje, dlaczego ta liczba chętnych się zmniejsza, a jeśli się nie zmniejsza, to dlaczego osoby, które kończą studia licencjackie, tylko w jednej trzeciej wchodzi do zawodu.

Dlaczego tak się dzieje?

Jedna trzecia absolwentów danego rocznika wchodzi do zawodu, bo występuje do okręgowych izb o stwierdzenie prawa do wykonywania zawodu. Część osób podejmuje kształcenie i w trakcie studiów już zauważa, że jest to dość trudny, odpowiedzialny zawód. Część osób podejmuje decyzję o studiach pielęgniarskich, aby móc wykonywać ten zawód zagranicą. Jest to możliwe dzięki dyrektywie sektorowej, która uznaje automatycznie kwalifikacje pielęgniarek po studiach. To są prawdopodobnie przyczyny. Głównymi przyczynami odejścia od zawodu pielęgniarki, na które wskazuje wiele osób, są warunki pracy i płacy.

Jak w tej chwili wyglądają warunki płacy?

Wynagrodzenia są nieadekwatne do zakresu obowiązku, zadań, statusu wykształcenia pielęgniarki, ich kompetencji. Obecnie coraz więcej pielęgniarek ma dodatkowe kompetencje zdobyte nie tylko w szkole pielęgniarek, na studiach licencjackich czy studiach magisterskich, ale także w kształceniu podyplomowym. Pielęgniarki mogą iść na kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, które dają im określone uprawnienia do wykonywania określonych czynności.

Powiedziała Pani, że znaczna część pielęgniarek wybiera pracę zagranicą. Czy możemy dokonać porównania płacy w Polsce i zagranicą. Ile zarabiają pielęgniarki o średnim stażu i wysokich kwalifikacjach?

Płaca zagranicą jest kilkukrotnie wyższa. Nie jestem w stanie powiedzieć, ile razy wyższa. Na pewno kilkukrotnie wyższe zarobki są w krajach UE.

Zabiegacie Państwo o to, aby kierunek pielęgniarstwa był kierunkiem zamawianym. Dlaczego?

Byłby to jeden z argumentów przemawiający do młodych ludzi, którzy podejmują decyzje o studiach. Być może kierunek zamawiany wiąże się z dodatkowymi preferencjami czy też wyższym stypendium dla studenta. Byłoby to zachętą dla młodych ludzi do studiowania pielęgniarstwa.

Na jakim etapie są negocjacje z Ministerstwem Edukacji i Szkolnictwa Wyższego?

Negocjacje są na etapie początkowym. Taka prośba wyszła z naszej strony. Rozmawialiśmy także z ministrem zdrowia na ten temat. Szukaliśmy poparcia dla tej inicjatywy u ministra pracy i polityki społecznej, więc mamy nadzieję, że się uda. Przede wszystkim trzeba zmienić motywację do podjęcia pracy w Polsce przez pielęgniarki. Dobrą motywacją byłoby ustalenie systemu awansu zawodowego, również po ukończeniu pewnego cyklu kształcenia podyplomowego. Przełożenie wykształcenia na wynagrodzenie. Również zmiana warunków pracy, czyli dobre zabezpieczenie obsady pielęgniarskiej, dobre wyposażenie stanowisk pracy pielęgniarek.

Co w tej chwili jest najbardziej niepokojące jeśli chodzi o warunki pracy pielęgniarek i położnych w Polsce?

To, z czym spotykamy się na co dzień, to konieczność podejmowania dodatkowej pracy, czyli drugiego etatu, niemożność utrzymania rodziny, wypełnienia tego, co m.in. nakazuje pra-

wo, po to, by chronić bezpieczeństwo własne i pacjenta. W warunkach pracy są też spotykane pojedyncze obsady na dyżurach. Obecnie nie ma już salowych, nie ma osób, które kiedyś pielęgniarcie pomagały. Ta sytuacja zagraża bezpieczeństwu i pielęgniarki, i pacjentów.

Czy to są częste sytuacje?

Nie potrafię określić, jak często, ale te sygnały ze środowiska do nas docierają i są częste.

Wiek pielęgniarek, które są aktywne, jest coraz wyższy. Coraz starsze panie muszą pracować i wykonywać czynności często ponad ich siły. Jak to wygląda?

Średnia wieku pielęgniarki wynosi 46 lat. Najwięcej jest pielęgniarek w przedziale wiekowym 35-60 lat. To mówi samo za siebie. Za chwilę będzie nas brakować. Obecnie pracujemy nad określeniem zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie, chcemy zobaczyć, co w najbliższej przyszłości nas czeka. Z tych wstępnych prac, opartych na statystykach dotyczących pielęgniarek i położnych, wyłania się obraz, że w 2020 roku zabraknie pielęgniarek, aby zaspokoić potrzeby społeczeństwa polskiego. ■

W dniu 6 grudnia 2013 roku ukazał się nowy akt prawny

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

Rozporządzenie określa katalog wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom w ramach świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne refundowane przez NFZ, wraz z określeniem poziomu, w tym limitu cen tych świadczeń i sposobu ich finansowania, kryterium przyznawania, okresów użytkowania i limitem cen napraw. Przedmiotowe rozporządzenie zakłada wprowadzenie jednolitego wykazu wyrobów medycznych dostępnych na zlecenie, który uwzględnia potrzeby zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne.

Zgodnie z art. 38. 1. ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych Świadczeniobiorcom przysługuje, na zasadach określonych w ustawie, zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawa. Kontynuacja zaopatrzenia w wyroby medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 4 może odbywać się także na zlecenie **pielęgniarki lub położnej** ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 5 pkt 26 ustawy o świadczeniach.

2. Udział środków publicznych w cenie wyrobu medycznego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% jego limitu finansowania ze środków publicznych, określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 4.

3. Limit finansowania ze środków publicznych określony dla naprawy wyrobu medycznego może być wykorzystany przez świadczeniobiorcę do dokonania naprawy tego wyrobu w ustalonym dla niego okresie użytkowania. W przypadku dokonania naprawy i wykorzystaniu części lub całości tego limitu okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie:

1) osoby uprawnionej,

2) pielęgniarki i położnej

- z określeniem limitów ich finansowania ze środków publicznych i wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w tym limicie i kryteria ich przyznawania,

3) okresy użytkowania oraz limity cen ich napraw - uwzględniając skuteczność i bezpieczeństwo ich stosowania, sposób ich wytwarzania, oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

5. Zlecenie na zaopatrzenie zawiera:

1) dane świadczeniobiorcy:

a) imię i nazwisko,

b) adres zamieszkania,

c) numer PESEL albo numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

2) określenie wyrobu medycznego będącego przedmiotem zaopatrzenia wraz z pisemnym uzasadnieniem;

3) dodatkowe wskazania zlecającego zaopatrzenie;

4) potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia wnioskowanym wyrobem medycznym;

5) potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego u świadczeniodawcy.

6. Zlecenie naprawy zawiera:

1) dane świadczeniobiorcy:

a) imię i nazwisko,

b) adres zamieszkania,

c) numer PESEL albo numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

2) określenie wyrobu medycznego będącego przedmiotem naprawy wraz z pisemnym uzasadnieniem;

3) potwierdzenie uprawnienia do naprawy wyrobu medycznego;

4) potwierdzenie naprawy wyrobu medycznego u świadczeniodawcy.

Powyższe rozporządzenie zastąpi dotychczas obowiązujące rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1141 z późn. zm.). Zgodnie z delegacją ustawową uprawnionymi osobami do kontynuacji wydawania określonych takich jak (cewniki zewnętrzne, cewniki urologiczne, cewniki jednorazowe urologiczne, worki do zbiórki moczu z odpływem, worki stomijne samoprzylepne, pieluchomajtki lub majtki chłonne, zmienne wkłady anatomiczne) wyrobów medycznych na zlecenie są **pielęgniarka lub położna** ubezpieczenia zdrowotnego - pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo **pielęgniarkę lub położną** zatrudnioną lub wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; ■

10/23 2013

Ważniejsze zmiany w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych

Europejska legitymacja zawodowa jest to certyfikat elektroniczny, który zostanie wprowadzony dla wybranych zawodów o największej mobilności, stanowiący nową ścieżkę uznania kwalifikacji. W tego rodzaju uznaniu kwalifikacji zawodowych będzie konieczne większe zaangażowanie państwa wysyłającego, z którego pochodzą kwalifikacje zawodowe, ponieważ osoba wyjeżdżająca złoży dokumenty w swoim kraju, w organie za to odpowiedzialnym, który zamieści je w specjalnym repozytorium w systemie IMI, gdzie następnie będą one wido-

czne w organie państwa przyjmującego. Na podstawie dokumentów organ w państwie wysyłającym stworzy projekt legitymacji, który również będzie dostępny dla państwa przyjmującego, które porówna dokumenty ze swoimi wymaganiami i podejmie decyzję czy do uznania kwalifikacji jest to wystarczające. Jeśli tak, to wtedy nastąpi zatwierdzenie legitymacji. W przypadku stwierdzenia, że konieczny jest staż lub test, zatwierdzenie nastąpi po spełnieniu wskazanych wnioskodawcy warunków.

Legitymacja będzie obowiązkowa dla państw członkowskich, natomiast dowolna dla obywateli.

Celem europejskiej legitymacji zawodowej jest uproszczenie procesu uznawania kwalifikacji oraz zapewnienie efektywności w zakresie kosztów i funkcjonowania, co przyniesie korzyści specjalistom i właściwym organom. Europejska legitymacja zawodowa powinna być wydawana na wniosek specjalisty oraz po przedstawieniu niezbędnych dokumentów i przeprowadzeniu związanych z nimi procedur w zakresie weryfikacji przez właściwe organy. Funkcjonowanie europejskiej legitymacji zawodowej należy wesprzeć systemem wymiany informacji na rynku wewnętrznym (IMI), ustanowionym rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1024/2012 (Dz. U. L 316 z 14.11.2012, s.1). Ustalenie wysokości opłat leży w gestii państw członkowskich. Państwa członkowskie powinny jednak powiadomić Komisję o wysokości ustalonych opłat.

Państwa członkowskie wydają osobom posiadającym kwalifikacje zawodowe europejską legitymację zawodową na wniosek tych osób i pod warunkiem przyjęcia przez Komisję odpowiednich aktów wykonawczych.

Na użytek stałego prowadzenia działalności zawodowej wydanie europejskiej legitymacji zawodowej nie daje automatycznego prawa do wykonywania określonego zawodu, jeżeli w przyjmującym państwie członkowskim już obowiązują – przed wprowadzeniem europejskiej legitymacji zawodowej dla tego zawodu – wymogi rejestracyjne lub inne procedury kontrolne.

Wszystkie opłaty, które mogą zostać poniesione przez wnioskodawców w związku z procedurami administracyjnymi przeprowadzanymi w celu wydania europejskiej legitymacji zawodowej, muszą być racjonalne, proporcjonalne i współmierne do kosztów ponoszonych przez rodzime państwo członkowskie i przyjmujące państwo członkowskie, i nie mogą mieć charakteru zniechęcającego do ubiegania się o europejską legitymację zawodową.

W dyrektywie 2005/36/WE wprowadzono system krajowych ośrodków informacji. Ze względu na wejście w życie dyrektywy 2006/123/WE oraz ustanowienie w tej dyrektywie pojedynczych punktów kontaktowych istnieje ryzyko powielania działań. Krajowe ośrodki informacji ustanowione dyrektywą 2005/36/WE powinny zatem zostać przekształcone w ośrodki wsparcia, których działania powinny polegać na udzielaniu porad i wsparcia obywatelom, w tym porad bezpośrednich, w celu zapewnienia codziennego stosowania zasad rynku wewnętrznego na szczeblu krajowym w skomplikowanych indywidualnych sprawach dotyczących obywateli. W stosownych przypadkach ośrodki wsparcia pełniłyby funkcję łącznika z właściwymi organami i ośrodkami wsparcia innych państw członkowskich. Co się tyczy europejskiej legitymacji zawodowej, państwa członkowskie powinny mieć swobodę decydowania, czy ośrodki wsparcia mają działać w charakterze właściwego organu w rodzimym państwie członkowskim, czy też pomagać właściwemu organowi w obsłudze wniosków o europejską legitymację zawodową i w rozpatrywaniu indywidualnej dokumentacji wnioskodawcy stworzonej w systemie IMI (dokumentacji w systemie IMI).

Niniejsza dyrektywa przyczynia się do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia i ochrony konsumentów. W dyrektywie 2005/36/WE przewidziano już szczegółowe obowiązki państw członkowskich w zakresie wymiany informacji. Obowiązki te należy rozszerzyć. Niezbędny jest szczególny mechanizm ostrzegania w odniesieniu do pracowników służby zdrowia na podstawie dyrektywy 2005/36/WE. Obowiązek wysyłania ostrzeżenia powinien obowiązywać wyłącznie państwa członkowskie, w których takie zawody są regulowane. Ostrzeżenie to należy aktywować przy zastosowaniu systemu IMI niezależnie od tego, czy dany specjalista skorzystał z któregoś z praw na podstawie dyrektywy 2005/36/WE lub od tego, czy złożył wniosek o uznanie jego kwalifikacji zawodowych poprzez wydanie europejskiej legitymacji zawodowej lub przy zastosowaniu którejkolwiek innej metody przewidzianej w tej dyrektywie. Procedura ostrzegania powinna być zgodna z prawem Unii w zakresie ochrony danych osobowych oraz praw podstawowych. Procedury ostrzegania nie powinny być tworzone w celu zastąpienia lub zmiany jakichkolwiek ustaleń między państwami członkowskimi w zakresie współpracy w dziedzinie wymiaru sprawiedliwości i spraw wewnętrznych.

Bez uszczerbku dla zasady domniemania niewinności właściwe organy rodzimego państwa członkowskiego i przyjmującego państwa członkowskiego dokonują terminowej aktualizacji odpowiedniej dokumentacji w systemie IMI, uzupełniając ją o informacje na temat postępowań dyscyplinarnych lub sankcji karnych, które wiążą się z zakazem lub ograniczeniem i które wpływają na wykonywanie czynności przez posiadacza europejskiej legitymacji zawodowej na podstawie niniejszej dyrektywy. Do takich aktualizacji zalicza się usuwanie informacji, które nie są już wymagane. Posiadacza europejskiej legitymacji zawodowej i właściwe organy mające dostęp do właściwej dokumentacji w systemie IMI informuje się bezwzględnie o wszystkich aktualizacjach. Obowiązek ten pozostaje bez uszczerbku dla spoczywających na państwach członkowskich obowiązków w zakresie mechanizmu ostrzegania.

Specjaliści, których kwalifikacje podlegają uznaniu, muszą posiadać znajomość języków niezbędną do wykonywania danego zawodu w przyjmującym państwie członkowskim. Państwo członkowskie zapewnia, aby wszelkie sprawdzanie znajomości języka przeprowadzane przez właściwy organ lub pod jego nadzorem, było ograniczone do znajomości jednego języka urzędowego przyjmującego państwa członkowskiego lub jednego języka administracyjnego przyjmującego państwa członkowskiego, pod warunkiem że jest on również językiem urzędowym Unii.

Sprawdzenie znajomości języka można przeprowadzać tylko po wydaniu europejskiej legitymacji zawodowej lub po uznaniu kwalifikacji zawodowych, w zależności od przypadku. Każde sprawdzenie znajomości języka musi być proporcjonalne do działalności, która ma być prowadzona. Zainteresowany specjalista może się odwołać od takiego sprawdzenia zgodnie z prawem krajowym.

Komisja Europejska poinformowała również, że Państwa Członkowskie nie zgłosiły zastrzeżeń do zaproponowanych przez Rzeczypospolitą Polskę zmian w sprawie uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek, dotyczących wprowadzenia do dyrektywy 2005/36/WE przepisów, które umożliwią:

- 1) automatyczne uznawanie kwalifikacji polskich pielęgniarek – absolwentek liceów medycznych (na zasadzie praw nabytych),
- 2) zmianę warunków uznawania kwalifikacji pielęgniarek – absolwentek szkół pomaturalnych polegającą na skróceniu wymaganego doświadczenia zawodowego (3 kolejne lata z ostatnich 5 lat zamiast 5 lat doświadczenia z ostatnich 7 lat).

W związku z powyższym zaproponowane przez Polskę zmiany zostały wprowadzone do nowego tekstu dyrektywy. ■

Materiał opracował: Klaudiusz Sigiel
Asystent ds. prawnych
Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

12/18 2013

Informacja dotycząca możliwości uznania kwalifikacji zawodowych za granicą osób, nie spełniających minimalnych wymogów w zakresie kształcenia oraz nie legitymujących się odpowiednim doświadczeniem zawodowym

Treść pytania nadesłanego do NIPiP:

Jestem na rencie i pracuje dorywczo, czyli nie spełniam warunków stażu pracy 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat? i zamyka mi się drogę do emigracji zawodowej !!!

Odpowiedź NIPiP:

Szanowna Pani,

W odpowiedzi na zapytanie dotyczące możliwości uznania kwalifikacji zawodowych za granicą osób, nie spełniających minimalnych wymogów w zakresie kształcenia oraz nie legitymujących się odpowiednim doświadczeniem zawodowym, uprzejmie wyjaśniam.

Nikt nie zamyka przed Panią drogi do emigracji zawodowej. Jednym z podstawowych zasad funkcjonowania Unii Europejskiej jest wolny rynek, swobodny przepływ towarów, usług, osób i kapitału.

Natomiast, aby mieć możliwość wykonywania zawodu regulowanego na terenie innego kraju UE konieczne jest uznanie kwalifikacji zawodowych na terenie danego kraju.

Przyjęto w tym celu Dyrektywę 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, która określa kilka sposobów na dokonanie wspomnianego uznania kwalifikacji.

Jak stanowi art. 50 ww. Dyrektywy, właściwe organy Państwa Członkowskiego rozpatrujące wniosek o zezwolenie na wykonywanie określonego zawodu regulowanego mogą żądać przedstawienia następujących dokumentów i zaświadczeń:

- 1) dokument potwierdzający obywatelstwo danej osoby,
- 2) kopie poświadczeń kwalifikacji zawodowych lub dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji uprawniających do wykonywania zawodu pielęgniarki (mogą również żądać programu kształcenia),
- 3) dokument poświadczający, że nie zawieszono i nie pozbawiono danej osoby prawa wykonywania zawodu ani nie toczy się postępowanie w tej materii,
- 4) dokument poświadczający, że dana osoba posiada odpowiedni stan zdrowia do wykonywania zawodu pielęgniarki,
- 5) zaświadczenie wydane przez właściwy organ rodzimego państwa członkowskiego, że kształcenie jest zgodne z ww. Dyrektywą.

Dokumenty takie jak poświadczenie kompetencji oraz zaświadczenie, że nie zawieszono ani nie pozbawiono danej pielęgniarki/położnej prawa wykonywania zawodu ani nie toczy się postępowanie w tej materii, jak również zaświadczenie potwierdzające zgodność uzyskanego kształcenia z Dyrektywą 2005/36/WE wydają właściwe organy rodzimego państwa członkowskiego (okręgowa izba pielęgniarek i położnych, w której jest się zarejestrowanym).

Dokumenty, o których mowa w pkt 3, 4 mogą być przedkładane w okresie 3 miesięcy od dnia ich wydania.

W Pani przypadku niemożliwym będzie automatyczne uznanie kwalifikacji zawodowych, natomiast może Pani mieć uznane kwalifikacje w systemie tzw. ogólnym. Uznawanie kwalifikacji w tym systemie oznacza, iż absolwent pielęgniarstwa/położnictwa odbył kształcenie w trybie nie spełniającym wymogów określonych w Dyrektywie 2005/36/WE (tj. minimum 10-letnie kształcenie ogólne a następnie co najmniej 3 lata lub 4600 godzin kształcenia teoretycznego i klinicznego). To znaczy, że właściwy organ regulacyjny w Państwie Przyjmującym będzie badał i porównywał przebieg kształcenia ukończonego przez Panią, z tym jaki mają w swoim kraju.

W przypadku gdy organ regulacyjny stwierdzi, iż:

- okres kształcenia, wykazanego przez wnioskodawcę jest co najmniej o rok krótszy od okresu wymaganego w przyjmującym Państwie Członkowskim;
- kształcenie, które wnioskodawca odbył, obejmuje materiał zasadniczo różniący się od tego, którego opanowanie jest podstawą uzyskania dokumentu potwierdzającego posiadanie kwalifikacji w przyjmującym Państwie Członkowskim;
- na zawód regulowany w przyjmującym Państwie Członkowskim składają się jedna lub więcej regulowanych działalności zawodowych, które nie wchodzą w zakres odpowiadającego mu zawodu w rodzinnym Państwie Członkowskim wnioskodawcy w rozumieniu art. 4 ust. 2, a różnica ta polega na specyficznym programie kształcenia wymaganym w przyjmującym Państwie Członkowskim, który obejmuje materiał zasadniczo różniący się od objętego kształceniem, którego ukończenie potwierdza poświadczenie kompetencji lub dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji wnioskodawcy; może taką osobę skierować na odbycie stażu adaptacyjnego trwającego nie dłużej niż 3 lata lub przystąpienia do testu umiejętności. ■

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP

(-) dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Medexpress.pl

Pielęgniarki ocaliły opiekę długoterminową. Prezes NFZ cofnęła cięcia.

Anna Gardyniak
20 grudnia 2013

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z satysfakcją przyjęła rozporządzenie prezes NFZ podpisane 18 grudnia br. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na rok 2014 i lata następne, które utrzymuje w przyszłym roku stawki za tego typu świadczenia na dotychczasowym poziomie. Jak głosi komunikat NFZ, „do końca 2014 roku będą obowiązywały dotychczasowe zasady rozliczeń, to jest podział na dwa produkty rozliczeniowe: osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów pod różnymi adresami zamieszkania oraz osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów pod tym samym adresem zamieszkania. Zmodyfikowany został jedynie zakres sprawozdawanych informacji w szczególności w zakresie czynności związanych z opieką nad pacjentami w szczególnie ciężkim stanie.”

Samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych intensywnie i zdecydowanie zabiegał o to, by NFZ nie wprowadził odgórnie, bez konsultacji i z zaskoczenia nowych, niższych stawek, które doprowadziłyby do załamania się gwarantowanej domowej opieki długoterminowej.



Fot. Thinkstock/FPM

Jak mówi prezes NRPiP dr n.med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, proponowany przez NFZ rozdział świadczeń na pielęgniarstwie i pielęgnacyjnie to zabieg, który w sztuczny sposób kategoryzuje działania niezbędne do utrzymania leżącego pacjenta w dobrej kondycji i ulżenia mu w cierpieniu. Służący wyłącznie obniżeniu stawki wypłacanej przez NFZ, niemający realnego uzasadnienia. – Gdyby nie nasz nacisk, który wymusił na NFZ wycofanie się z tego pomysłu, szpitale i ośrodki leczniczo-opiekuńcze czekałyby zalew pacjentów, których rozporządzenie prezesa NFZ pozbawiłoby de facto profesjonalnej opieki, bo proponowane stawki były skandalicznie niskie. W efekcie rozporządzenie zamiast przynieść oszczędności, znacznie podwyższyłoby koszt opieki nad tą częścią pacjentów, a pozostałych, dla których zabrakło by miejsc, pozbawiłoby profesjonalnej opieki. My się nie domagamy podwyżek, ale tego, by ważne dla funkcjonowania domowej opieki długoterminowej rozwiązania były konsultowane i by zmiany wprowadzać z uwzględnieniem nie tylko doraźnej (a w dłuższej perspektywie iluzorycznej) korzyści finansowej NFZ, ale biorąc pod uwagę realia. Przede wszystkim potrzeby pacjentów oraz faktyczne koszty świadczenia takiej opieki. Z ogromną satysfakcją przyjąłem informację, że NFZ, na wniosek NRPiP, powoła zespół ds wspólnego opracowania nowych zasad kontraktowania świadczeń. To daje nadzieję, że pacjenci pozostający w domach, a wymagający profesjonalnej opieki pielęgniarstwie otrzymają ją na tak samo wysokim poziomie jak dotychczas. W przyszłym roku wchodzimy z nadzieją na merytoryczną współpracę z NFZ – podkreślała prezes Grażyna Rogala-Pawelczyk. ■

Ochrona danych osobowych w pracy pielęgniarki i położnej

Na początek koniecznym jest ustalenie, co rozumiemy pod pojęciem dane osobowe, co to jest przetwarzanie danych osobowych, i czy związku z tym wykonywane zadania podlegają ustawie o ochronie danych osobowych.

Na podstawie:

- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (tj. Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.)
- Rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych i administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024)
- www.giodo.gov.pl

Przetwarzanie danych osobowych rozumie się, jako jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, **przechowywanie**, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w **systemach informatycznych**, zwracam uwagę na fakt, iż również przechowywanie danych

osobowych jest rozumiane, jako ich przetwarzanie. Ustawodawca szczególnie zaznaczył, że wszystkie operacje wykonywane na danych osobowych w systemach informatycznych są rozumiane, jako ich przetwarzanie.

Jednak należy pamiętać, iż nie każda informacja o osobie może być traktowana, jako dana osobowa. Informacja, która nie pozwala na ustalenie tożsamości danej osoby, bez nadzwyczajnego wysiłku i nakładów, nie jest daną osobową. Przykładem takiej informacji może być numer prawa wykonywania zawodu. Udostępnienie listy nr pwz bez żadnych innych danych nie narusza przepisów ustawy o ochronie danych osobowych. Jednak numer prawa wykonywania zawodu wraz z imieniem i nazwiskiem osoby tworzą już zestaw danych, który jest uznawany za dane osobowe.

Ustawa wprowadza szereg sankcji, które zmuszają do określonego trybu pracy z danymi osobowymi. Liczne sankcje związane z przetwarzaniem danych osobowych powinny być bodźcem do respektowania przepisów ustawy. Rozdział 8 Ustawy o ochronie danych osobowych wyszczególnia następujące sankcje związane z niewłaściwym przetwarzaniem danych osobowych:

Art. 49.

1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo, do **których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.**

2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, **danych o stanie zdrowia**, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, **karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.**

Art. 51.

1. Kto administrując zbiorem danych lub będąc obowiązany do ochrony danych osobowych udostępnia je lub **umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.**

2. Jeżeli sprawca działa nieумыślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Art. 52.

Kto administrując danymi **narusza choćby nieумыślnie obowiązek zabezpieczenia** ich przed zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem, **podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.**

Art. 53.

Kto będąc do tego obowiązany nie zgłasza do rejestracji zbioru danych, podlega **grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.**

Art. 54.

Kto administrując zbiorem danych **nie dopełnia obowiązku poinformowania osoby**, której dane dotyczą, o jej prawach lub przekazania tej osobie informacji umożliwiających korzystanie z praw przyznanych jej w niniejszej ustawie, **podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.**

Art. 54a. Kto inspektorowi udaremnia lub **utrudnia wykonanie czynności kontrolnej**, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo **pozbawienia wolności do lat 2.**

Warto podkreślić, że przepisy ustawy można również traktować, jako narzędzie do przestrzegania obowiązków wynikających z posiadanych przez pielęgniarki, położne uprawnień, **w taki sposób aby pielęgniarki, położne nie były zmu-**

szone do wykonywania zadań w systemach informatycznych, które przynależą do uprawnień innych zawodów.

Arkadiusz Szcześniak
Główny Informatyk NIPiP

Zakres odpowiedzialności osób zajmujących się przetwarzaniem danych osobowych

Dla ustalenia zakresu odpowiedzialności koniecznym jest określenie, kto jest administratorem danych osobowych. Zakres obowiązków administratora danych osobowych jest znacznie szerszy niż zakres obowiązków pracowników zatrudnionych przez administratora danych osobowych.

Zakres odpowiedzialności pracowników podmiotów leczniczych

Art. 7 ustawy o ochronie danych osobowych definiuje pojęcie administratora danych, jako „organ, jednostkę organizacyjną, podmiot lub osobę, o których mowa w art. 3, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych.

W podmiotach leczniczych administratorem danych osobowych są osoby, które decydują o celach i środkach przetwarzania danych osobowych. W zależności od formy organizacyjno-prawnej może być to na przykład spółka prawa handlowego. Władze danego podmiotu leczniczego mogą wyznaczyć administratora bezpieczeństwa informacji, który będzie wypełniał obowiązki administratora danych osobowych.

Pielęgniarki, położne zatrudnione w podmiotach leczniczych (umowa o pracę, umowa zlecenia) nie są więc administratorem danych osobowych. Zakres ich odpowiedzialności jest ograniczony do art. 49 ustawy o ochronie danych osobowych.

Art. 49.

1. Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo, do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

2. Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, **danych o stanie zdrowia**, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Pielęgniarki, położne zatrudnione w podmiotach leczniczych powinny otrzymać od administratora danych osobowych **Politykę Bezpieczeństwa Informacji**, określającą zasady i reguły postępowania z danymi osobowymi.

Przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych powinny również otrzymać **upoważnienie do przetwarzania danych osobowych**, zgodne z zakresem wykonywanych prac na danych osobowych.

W przypadku osób przetwarzających dane osobowe w systemach informatycznych, przed rozpoczęciem pracy w systemie administrator danych osobowych powinien również przedstawić **Instrukcję Zarządzania Systemem Informatycznym**. Instrukcja powinna zawierać między innymi sposób nadawania uprawnień do pracy w systemie.

Nadanie uprawnień do pracy w systemie powinno odbywać poprzez przekazanie loginu oraz hasła pierwszego logowania. Po pierwszym zalogowaniu do systemu pielęgniarka, położna powinna **zmienić hasło na znane tylko sobie**. Hasła tego **nie można udostępniać** żadnym osobom ani organom. Nawet w sytuacji kontroli przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Zakres odpowiedzialności osób prowadzących podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą



(praktyki pielęgniarek, praktyki położnych).

Osoby prowadzące działalność gospodarczą (praktyki pielęgniarek, praktyki położnych) stają się administratorem danych bez względu na fakt, czy wyznaczony administrator bezpieczeństwa informacji). W zakresie ich odpowiedzialności wchodzi przepisy karne zawarte w art. 49 do 54.

Zakres obowiązków dla administratorów danych osobowych będzie przedmiotem kolejnego artykułu. ■

Arkadiusz Szcześniak
Główny Informatyk NIPiP

Obowiązki administratora danych osobowych w podmiocie leczniczym (w praktyce pielęgniarstwa i położnej).

Administrator danych osobowych w podmiocie leczniczym jest zobowiązany do zastosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych.

Podstawowym elementem ochrony danych osobowych jest zapewnienie przetwarzania danych zgodnie z ich przeznaczeniem.

Zgodnie z art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych dane o stanie zdrowia są uznawane za dane wrażliwe. Ich przetwarzanie jest możliwe wyłącznie w celu oceny stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów. Nie można więc danych pacjentów zawartych w dokumentacji medycznej wykorzystywać do innych celów niż świadczenie usług zdrowotnych (np. do przedstawienia oferty ubezpieczenia zdrowotnego).

Uprawnienie do przetwarzania danych wrażliwych jest zastrzeżone wyłącznie dla osób zawodowo zajmujących się leczeniem lub świadczeniem usług medycznych oraz zarządzaniem tymi usługami. Należą do nich między innymi: pielęgniarki, położne, lekarze, stomatolodzy.

Administrator danych osobowych nie może więc upoważnić osób niezwiązanych z procesem leczenia do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Zasady przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej zostały opisane w artykule „Dokumentacja medyczna. Zasady przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej”

Kolejnym elementem jest ochrona danych osobowych przed dostępem do nich osób nieupoważnionych, przed ich zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024) określa:

- sposób prowadzenia i zakres dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych,
 - warunki techniczne i organizacyjne, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych,
 - wymagania w zakresie odnotowywania udostępniania danych osobowych i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych,
 - trzy poziomy ochrony danych przetwarzanych w systemach informatycznych (podstawowy, podwyższony i wysoki).
- Zastosowane przez Administratora Danych Osobowych środki

ochrony oraz organizacja pracy powinna znaleźć swoje odzwierciedlenie w tworzonej i aktualizowanej dokumentacji.

Podstawowym dokumentem stworzonym przez Administratora Danych Osobowych jest „Polityka Bezpieczeństwa Informacji”, która powinna opisać zasady i reguły postępowania, które należy stosować, aby właściwie wykonać obowiązki związane z przetwarzaniem danych osobowych.

W przypadku przetwarzania danych w systemie informatycznym konieczne jest opracowanie „**Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym**”, określającej sposób zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych. W przypadku posiadania kilku systemów instrukcja powinna być stworzona dla każdego z nich.

Zakres dokumentacji tworzonej przez Administratora Danych powinien być dostosowany do struktury podmiotu. Nie jest możliwe przygotowanie wzoru dokumentacji dla różnej wielkości podmiotów.

Najważniejszymi elementami, które powinny znaleźć się w dokumentacji są:

- wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe,
- wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych,
- określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych,
- procedury nadawania uprawnień do przetwarzania danych i rejestrowania tych uprawnień w systemie informatycznym oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za te czynności,
- stosowane metody i środki uwierzytelnienia oraz procedury związane z ich zarządzaniem i użytkowaniem,
- procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu,
- procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania wraz z miejscem i okresem ich przechowywania. ■

Sporządził
Arkadiusz Szcześniak
Główny informatyk NIPiP

Konsultant Krajowy



KRAJOWY KONSULTANT

W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO
WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089. 5393455,
fax 533-77-01, e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego z dnia 4. X. 2013 r. w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach o profilu pediatrycznym.

W związku z Zaleceniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, przedkładam opinię dotyczącą sposobu ustalania minimalnej obsady w oddziałach o profilu pediatrycznym. Opinia ta jest oparta na wieloletnim doświadczeniu, wynika-

jącym z wyliczania i porównywania czasu opieki w szpitalach pediatrycznych oraz w oparciu o aktualny stan wiedzy w zakresie planowania obsad w oddziałach o profilach pediatrycznych. Załącznik nr 6 do Rozporządzenia MZ z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, określa kryteria dla kategorii opieki dla pacjentów w oddziałach o profilu pediatrycznym.

Na oddziałach o profilu pediatrycznym, lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy opiniować pozytywnie** czas opieki pielęgniarskiej, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 6 obowiązującego rozporządzenia):

a) w przypadku I kategorii - 100 minut na dobę na pacjenta,
b) w przypadku II kategorii - 180 minut na dobę na pacjenta,
c) w przypadku III kategorii - 300 minut na dobę na pacjenta,
Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %. W wyliczeniach należy uwzględnić opiekunki dziecięce, które realizują świadczenia opiekuńcze w oddziałach wg przyjętych w szpitalach kompetencji zawartych w opisach stanowisk i zakresach czynności.

Zwracam szczególną uwagę na opisy poszczególnych kryteriów opieki dla poszczególnych kategorii.

Na podstawie wieloletnich doświadczeń powyższe wyliczenia powinny przełożyć się na minimalne średnie wskaźniki zatrudnienia, które mogą być wykorzystane do celów planistycznych.

Oddziały neonatologiczne

I poziom referencyjny – 0,5 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko
II poziom referencyjny - 2,2 /łożko intensywnej terapii + 0,8 na pozostałe łóżka

III poziom referencyjny 2,2/łożko intensywnej terapii + 1,1 na pozostałe łóżka

Oddziały pediatryczne i o profilu pediatrycznym :

I poziom podstawowy - 0,5 etatu przeliczeniowego /łożko

Oddziały pediatryczne specjalistyczne zachowawcze - 0,65 etatu przeliczeniowego /łożko

Oddziały hematol-onkolog. dla dzieci (bez przeszczepów) -0,8 etatu przeliczeniowego/łożko

Oddziały zabiegowe dla dzieci - 0,8 etatu przeliczeniowego/łożko

dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Pediatrycznego

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ

mgr IZABELA KAPTACZ

specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

42-202 Częstochowa, ul Krakowska 45a,

tel./fax 34 360-54-91,34 360-55-37,

e-mail: ikaptacz@wp.pl tel. kom. +48 501046 654

Częstochowa, 2013.12.12

Szanowny Panie Wojewodo,

Działając w oparciu o art. 10 ust. 2 pkt. 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 z późn. zm.) zwracam się z ponowną

prośbą o powołanie na mocy art 6 ust 1 Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Powstanie opieki hospicyjnej i paliatywnej w Polsce było odpowiedzią pracowników ochrony zdrowia na epidemiologiczne, demograficzne oraz społeczne potrzeby chorych, którzy nie otrzymywali fachowej opieki i leczenia przeciwbólowego. W ciągu ostatnich trzydziestu lat udało się stworzyć medyczny i społeczny model opieki paliatywnej i hospicyjnej, oparty na podmiotowym i profesjonalnym zaangażowaniu wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu. Ponieważ postępująca i niepoddająca się leczeniu choroba, odciska piętno we wszystkich aspektach funkcjonowania człowieka: fizycznym, psychicznym, socjalnym i duchowym celem opieki paliatywnej jest zapewnienie całościowej i wszechstronnej opieki i wsparcia pacjentom oraz ich rodzinom.

Według najnowszego Atlasu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej-European Association for Palliative Care (<http://www.eapcnet.eu>) Polska zajmujemy piąte miejsce pod względem rozwoju opieki paliatywnej. Należy stan taki utrzymać uznając świadczenie opieki paliatywnej, jako podstawowe prawo człowieka.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w oparciu o art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.) wymaga podejmowania systematycznych działań oceniających, kontrolnych oraz prewencyjnych.

Powołanie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej umożliwi realizację zadań mających na celu prognozowanie potrzeb zdrowotnych i ocenę dostępności do gwarantowanych świadczeń z zakresu pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Działając w oparciu o ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia zwracam się z prośbą o powołanie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, który realizując ustawowy obowiązek, będzie mógł podejmować zadania doradcze, opiniotwórcze, nadzorcze oraz kontrolne realizacji świadczeń zdrowotnych oraz kształcenia podyplomowego, mające wpływ na wyznaczanie kierunków dalszych działań w tym zakresie, w ramach wojewódzkiej oraz krajowej polityki zdrowotnej.

mgr Izabela Kaptacz
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Do wiadomości:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Pani Przewodnicząca ORPiP Halina Synakiewicz

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG z dnia 4.7.2013 r.

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa onkologicznego w sprawie bezpieczeństwa przygotowywania i podawania produktów leczniczych zawierających BCG w sytuacji przygotowania i podania produktu przez pielęgniarkę w trybie Ambulatoryjnej

Opieki Specjalistycznej i w uzasadnionych przypadkach w oddziale szpitalnym, do czasu uregulowania prawnego w zakresie sporządzania tego specyfiku.

Leczenie wlewami BCG jest standardem postępowania uzupełniającego po przeciekowej resekcji guza. Wlewki BCG są coraz częściej stosowane. W Poradniach Urologicznych roztwory do wlewów dopęcherzowych przygotowują i podają głównie pielęgniarki, stąd moje stanowisko w tej kwestii.

Z uwagi na obecność żywych prątków BCG i związane z tym ryzyko dla personelu przygotowującego i podającego lek oraz złożoność procesów jego przygotowania (konieczność zawieszenia liofilizatu w rozpuszczalniku, przeniesienie i rozcieńczenie zawiesiny do postaci gotowego podania dopęcherzowego), przy przygotowywaniu dopęcherzowych preparatów BCG należy zapewnić bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, produktu leczniczego oraz środowiska. Każdy z etapów przygotowania i podania stwarza ryzyko uwolnienia BCG do środowiska pracy oraz ekspozycji personelu medycznego przygotowującego i podającego pacjentowi przygotowany produkt leczniczy. Ryzyko jest dodatkowo większe w przypadku produktów oferowanych w ampułkach niż dla leków oferowanych we fiolkach. Przygotowywanie podania powinno być więc prowadzone z użyciem komory bezpieczeństwa biologicznego klasy II, umieszczonej w dedykowanym pomieszczeniu o odpowiedniej klasie czystości przez odpowiednio przeszkolony personel, wyposażony w niezbędne środki ochrony osobistej, obejmujący jałowe:

- czepek i nieprzepuszczalny dla cieczy fartuch ochronny lub kombinezon ochronny z kapturem
- ochraniacze na obuwiu
- maskę
- rękawice ochronne.

W pomieszczeniu tym, z uwagi na ryzyko skażenia, niedopuszczalne jest przygotowywanie innych leków. Lek nie powinien być przygotowywany przez osoby przygotowujące inne leki w tym dożylnie leki cytotoksyczne a także przez osoby z obniżonym poziomem odporności oraz kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

Z wymogu stosowania komory bezpieczeństwa biologicznego klasy II można zrezygnować, o ile preparat BCG jest dostępny w systemie zamkniętym, który eliminuje ryzyko niekontrolowanego uwolnienia prątków i zakłucia podczas przygotowania. Należy jednak przestrzegać zaleceń, aby preparat gotowy do podania nie był przygotowywany:

- w tym samym pomieszczeniu oraz przez osoby przygotowujące inne dożylnie leki w tym cytotoksyczne,
- przez osobę z obniżonym poziomem odporności,
- przez kobiety w ciąży lub karmiące piersią

Należy także unikać kontaktu BCG ze skórą lub błonami śluzowymi. Kontakt może prowadzić do reakcji nadwrażliwości lub zakażenia zanieczyszczonego miejsca.

Celem minimalizacji ryzyka kontaktu leku ze skórą, w trakcie przygotowywania i podawania BCG w postaci systemu zamkniętego powinno się stosować odpowiednie środki ochrony osobistej (jałowe rękawice ochronne, jednorazowy fartuch nieprzepuszczalny dla cieczy).

Należy także zapewnić odpowiednie procedury postępowania w przypadku skażenia lekiem np. przebicie systemu, rozbicie fiolki z liofilizatem, uwolnienie preparatu w trakcie podawania: W przypadku skażenia powierzchni w wyniku uszkodzenia fiolki z lekiem lub gotowego preparatu, zanieczyszczone miejsce powinno się potraktować środkiem dezynfekcyjnym o potwierdzonym działaniu przeciwko mykobakteriom.

Skażoną skórę należy dezynfekować odpowiednim środkiem odkażającym.

Jeżeli dojdzie do przedostania się leku przez skórę np. podczas zakłucia, miejsce skażenia należy dokładnie przemyć i zdezynfekować środkiem dezynfekcyjnym. W przypadku gdy powyższe postępowanie okaże się nieskuteczne dalsze postępowanie zaleca lekarz.

W przypadku przedostania się leku do oka, należy je jak najszybciej dokładnie przemywać dużą ilością wody lub soli fizjologicznej przez minimum 15 minut. Dalsze postępowanie wg wskazań lekarza.

W każdym przypadku wszelkie przedmioty mające kontakt z lekiem, jego pozostałości oraz środki ochrony osobistej i sprzęt jednorazowego użytku wykorzystany przy jego przygotowaniu i podawaniu należy traktować jako odpady medyczne kategorii 18 01 03 zgodnie z obowiązującymi przepisami (Dz. U. 2001 nr 62 poz. 628 Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. o odpadach. z późniejszymi zmianami; Dz. U. 2010 nr 139 poz. 940 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi).

Opracowano na podstawie:

1. Charakterystyka Produktu Leczniczego BCG-medac, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do podawania do pęcherza moczowego, opublikowana przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (data publikacji 2012-02-22)
2. BCG-medac basis dokumentation; Medac GmbH, Fehlandtstr. 3; 20354 Hamburg
3. Charakterystyka Produktu Leczniczego Onko BCG 50, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do podawania do pęcherza moczowego (dostępnej na stronie internetowej producenta pod adresem http://www.biomed.lublin.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=105%3Aonko-bcg-50&catid=40%3Alek-na-recepte&Itemid=121, stan na dzień 04 czerwca 2012 r.)
4. OncoTice Product monograph, Date of Preparation February 21, 2011 dostępna pod adresem http://www.merckfrosst.ca/assets/en/pdf/products/Oncotice-PM_E.pdf

Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego
dr n. med. Anna Koper

Rekomendowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych Pani dr n. o zdrowiu Mariola Rybka, z dniem 2.01.2014 roku, powołana została przez Ministra Zdrowia na stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłych chorych i niepełnosprawnych.

Pani dr **Mariola Rybka** jest specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Od kilku lat kieruje zespołem pielęgniarskim, jako zastępca Dyrektora ds. lecznictwa w zakresie pielęgniarstwa oraz, jako Kierownik Przedsiębiorstwa - Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Szpitalu Lipno Sp. z o.o.

W czerwcu 2011 roku Wojewoda Kujawsko-Pomorski powołał Panią dr Mariolę Rybkę do pełnienia funkcji konsultanta

wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa w województwie kujawsko-pomorskim.

Pani Konsultant czynnie uczestniczy w działalności dydaktyczno-naukowej Wydziału Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku. Jest autorem wielu publikacji z zakresu opieki pielęgniarskiej, między innymi opieki geriatrycznej, opieki długoterminowej.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie serdecznie gratuluje Pani Marioli Rybka nominacji na stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa prze-wlekle chorych i niepełnosprawnych oraz życzy dobrej współpracy z pracownikami, sukcesów i satysfakcji z pełnionej misji, która jest niewątpliwie wyrazem dbania o dobro naszej grupy zawodowej. ■

12/18 2013

**PTP**

IV Europejski Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego

W Warszawie 2 grudnia br. w Sejmie, w Domu Poselskim odbyło się jednodniowe wydarzenie, którego organizatorem było Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Czeskie Towarzystwo Pielęgniarskie we współpracy z European Biosafety Network.

W szczytzie uczestniczyło 106 osób z 19 krajów Unii Europejskiej, organizacji zrzeszonych w EFN (Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarskich). Na wniosek Oddziału PTP w Katowicach **P. Renata Sówka** otrzymała zaproszenie do udziału w tym szczególnym wydarzeniu. Szczyt był kontynuacją przeprowadzonych wcześniej z dużym powodzeniem Szczytów Europejskich ds. Bezpieczeństwa Biologicznego, które odbyły się w Madrycie, Dublinie i Londynie. Tegoroczne spotkanie, podczas którego przemówienie programowe **wygłosił Wiceminister Zdrowia Aleksander Sopiński**, odbyło się 6 miesięcy od terminu obowiązkowego wdrożenia przez Państwa Członkowskie dyrektywy 2010/32/EU w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej **zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami** w sektorze szpitali zawartej między HOSPEEM a EPSU. Celem dyrektywy jest stworzenie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy personelowi medycznemu poprzez zapobieganie zranieniom ostrymi narzędziami oraz ochronę osób, które są narażone na zakażenie.

W gronie prelegentów znaleźli się m. in. Przedstawiciele Komisji Europejskich, Parlamentu Poselskiego, Stowarzyszeń Pielęgniarskich, Związków Zawodowych, Organizacji Pracodawców i Europejskich Państw Członkowskich Sieci Bezpieczeństwa Biologicznego.

Wyniki badania przeprowadzonego wśród europejskich pielęgniarek zaprezentował **Paul de Raeve-Sekretarz Generalny Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek:**

* informacje zebrane wśród prawie 7000 respondentów w całej Europie pokazują, że większość pielęgniarek obserwuje w swoim miejscu pracy wyraźny postęp w kierunku spełniania wymagań dyrektywy.

* około 70% respondentów odpowiedziało, że miało dostęp do bezpiecznego sprzętu, jednak jedynie w przypadku niektórych zabiegów. Niestety 30% nie miało w ogóle dostępu do bezpiecznego sprzętu w trakcie wykonywania swojej pracy

* inne niepokojące obszary to: częsty brak ocen ryzyka w miejscu pracy (nie tylko wśród pracowników), a także działań zwiększających świadomość i szkoleń związanych z zapobieganiem zranieniom ostrymi narzędziami

*pielęgniarki nie są zaangażowane w proces wyboru najbardziej odpowiedniego sprzętu, który powinien zostać zakupiony



* zakaz ponownego zakładania osłonek na igły (wg badań)nie został wprowadzony w wielu placówkach ochrony zdrowia.

Paul de Raeve- Sekretarz Generalny EFN –podkreślił , że w obliczu kryzysu coraz częściej przy zakupie sprzętu i materiałów do placówek zdrowia zwraca się uwagę na cenę, pomijając zupełnie kwestie jakości, w sytuacji gdy ekonomika wydaje się priorytetem w polityce kierujących placówkami brakuje dodatkowych środków na zabezpieczenie pracy personelu. To duży błąd. Jakość w kontekście zdrowia zawsze powinna być decydująca.

Inny prelegent **Cliff Williams- Wiceprzewodniczący Europejskiej Sieci ds. Bezpieczeństwa Biologicznego powiedział:** Cieszę się, że możemy wspólnie organizować IV Szczyt European Biosafety Network w Warszawie 6 miesięcy po wejściu w życie nowych przepisów.

To wspaniała okazja ,by osoby, których wieloletnie starania pomogły osiągnąć te wymagania prawne spotkały się i zapewniły skuteczne wdrażanie dyrektywy. Opublikowane dziś wyniki badań pokazują korzystny wpływ nowej dyrektywy w sprawie zapobiegania zranieniom, ale także wskazują, że pewne istotne problemy związane z praktycznym wdrożeniem nowych przepisów wciąż wymagają rozwiązania. Bardzo niepokojący jest fakt, **że ponad 40 % respondentów badania doznało zranienia używaną igłą.**

Pracownicy, pracodawcy, decydenci i politycy spotkali się by zwrócić uwagę jak ważnym elementem szczególnie w placówkach ochrony zdrowia **jest zapobieganie zagrażającym życiu ryzykom, napotykanym codziennie przez wszystkich, którzy sprawują opiekę nad innymi ludźmi.** Szacuje się, że każdego roku w UE dochodzi do 1,2 miliona zakażeń igłami w związku z wykonywaną praktyką zawodową. W Polsce takich przypadków jest około 37 tys. rocznie zranienia te mogą skutkować zarażeniem ponad trzydziestoma niebezpiecznymi chorobami, takimi jak: zapalenie wątroby typu B i C czy HIV.

Zdaniem ekspertów do zranień wśród pracowników ochrony zdrowia dochodzi najczęściej na skutek błędu pracownika pracującego w pośpiechu i w silnym stresie. Problemem jest również niska świadomość pracowników i pracodawców nt. zagrożeń występujących na stanowiskach pracy.

Pani **Dorota Kiliańska- Przewodnicząca Oddziału PTP Łódź** mówiła: Polskie pielęgniarki są przeciążone pracą bo jest ich zbyt mało. Poza tym biorą dodatkowe dyżury, gdyż mają zbyt niskie płace. Przemęczony personel jest bardziej narażony na ekspozycje zawodowe. Aby zminimalizować liczbę takich zdarzeń, należy zapewnić najbezpieczniejsze środowiska pracy. W tym celu wszelkie ostre narzędzia powinny być eliminowane, które nie mają zabezpieczenia przed skałeczeniami. Dziś jednak w polskich lecznicach brakuje rękawiczek jednorazowego użytku- **zaznacza D. Kiliańska Pan Maximo Gonzalez Jurado – Prezes Hiszpańskiej Rady Pielęgniarek i Wiceprzewodniczący Europejskiej Sieci**

Bezpieczeństwa Biologicznego podkreślał: „...że bez odpowiedniego systemu sankcji nie uda się zmobilizować placówki ochrony zdrowia do przestrzegania postanowień dyrektywy

Francisco Alvarez przedstawiciel Komisji Europejskiej podkreślił, że implementacja przepisów dyrektywy jest na poziomie minimalnym.

W Polsce transpozycja przepisów Dyrektywy 2010/32/EU do prawa krajowego została przeprowadzona przez **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych**. Rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez przedmioty wykonujące działalność leczniczą. Pracodawcy są zobowiązani do opracowania specjalnego raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Wiceminister Zdrowia Aleksander Soplński przyznał podczas Szczytu, że przyjęte w Polsce rozporządzenie z pewnością będzie wymagało ulepszeń.

Wnioski i uwagi podsumowujące spotkanie przedstawił **Maximo A.Gonzalez Jurado- Prezes Hiszpańskiej Rady Pielęgniarek, a dotyczyły one m. in:** *zwiększenia świadomości wśród pracowników ochrony zdrowia nt. zagrożeń wynikających z ekspozycji zawodowej,

* promowania kultury organizacji opartej na braku obwiniania
* konsultowania z przedstawicielami pracowników kwestie wyborów medycznych wyposażonych w mechanizmy zabezpieczające przed zakłuciami

* rozszerzania szkoleń w zakresie polityki i procedur związanych z zapobieganiem i postępowaniem w przypadku ekspozycji

* określania ryzyka na stanowiskach pracy w placówkach ochrony zdrowia

* promowania dobrej praktyki zawodowej i bezpiecznych systemów pracy

* prowadzenia monitoringu zaistniałych zranień ostrymi narzędziami.

Na zakończenie **Francisco Alvarez z Komisji Europejskiej** powiedział:

Inwestycja w bezpieczne warunki pracy szybko się zwraca i pozwala uniknąć zdecydowanie wyższych kosztów związanych z procedurami, gdy dojdzie do zranienia w pracy. Dziś obserwujemy brak tej świadomości zarówno u decydentów, pracodawców i samych pracowników.■

Sprawozdanie przygotowała: R. Sówka

Skład ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO

w Warszawie XVI kadencji na lata 2013-2017 r.

Prezes	mgr Grażyna Wójcik
I Wiceprezes	dr Grażyna Franek
II Wiceprezes	dr Aleksandra Gaworska-Krzemińska
Sekretarz	mgr Dorota Podolec
Skarbnik	mgr Beata Olejnik

Rola i zadania personelu pielęgniarskiego w profilaktyce samobójstw pacjentów depresyjnych

Od 1999 r. Światowa Organizacja Zdrowia rozpoczęła na całym świecie program zapobiegania samobójstwom — SUPRE. Samobójstwami — jako poważnym problemem w dziedzinie zdrowia publicznego, trzeba się zająć, lecz zapobieganie im nie jest, niestety, łatwym zadaniem.

Statystycznie w ciągu roku samobójstwo popełni prawdopodobnie milion ludzi na całym świecie.

- Co 40 sekund gdzieś na świecie ktoś popełnia samobójstwo.

- Co 3 sekundy ktoś próbuje odebrać sobie życie.

Samobójstwo należy do trzech najczęstszych przyczyn śmierci młodych ludzi w wieku od 15 do 35 lat. Każde samobójstwo ma poważny wpływ na, co najmniej, sześć innych osób. Psychologiczny, społeczny i finansowy wpływ samobójstwa na rodzinę i społeczeństwo jest niezmierny.

Najnowsze badania wskazują, że zapobieganie samobójstwom jest wprawdzie możliwe, lecz wymaga całej serii działań, począwszy od zapewnienia jak najlepszych warunków wychowania dzieci i młodzieży, poprzez skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych, a skończywszy na kontrolowaniu czynników ryzyka w środowisku. Sukces programów zapobiegania samobójstwom zależy przede wszystkim od odpowiedniej popularyzacji informacji na ten temat oraz od pogłębienia świadomości społecznej.

Długotrwałe sytuacje stresowe i trudności adaptacyjne mogą prowadzić do zachowań suicydalnych u niektórych, bardziej wrażliwych osób i w konsekwencji, jeżeli w porę nie uzyskają pomocy, do samobójstwa dokonanego ze skutkiem śmiertelnym.

Niestety w Polsce od wielu lat obserwuje się niewystarczający udział przedstawicieli służby zdrowia zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej w działalności profilaktycznej mającej na celu zapobieganie zamachom samobójczym. **Należy pamiętać, że wielu potencjalnych samobójców w okresie kilku miesięcy, tygodni, czy też dni poprzedzających samobójstwo odwiedza swoich lekarzy, nie poruszając z własnej inicjatywy dręczących ich dramatycznych przeżyć.** Dlatego pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej mogą odegrać znaczącą rolę w zapobieganiu samobójstwom, pytając swoich pacjentów, a szczególnie tych wykazujących smutek i przygnębienie o myśli samobójcze, a w przypadku uzyskania potwierdzenia wdrożyć odpowiednie postępowanie.

Powszechnie uważa się, że m.in. wskaźnik samobójstw (ilość samobójstw na 100.000 mieszkańców) w pewnym stopniu odzwierciedla kondycję psychiczną danego społeczeństwa. Jeżeli przyjmiemy, że większość przypadków zachowań samobójczych ludzi powodują czynniki psychopatologiczne, to nie można wykluczyć, że są one w znacznej mierze wynikiem całokształtu życia społecznego i częstokroć są też wskaźnikiem społecznej dezintegracji.

Samobójstwo jest złożonym problemem, który nie ma jakiegś jednej przyczyny, czy jakiegoś jednego powodu. Jest wynikiem złożonej interakcji czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, społecznych, kulturowych i środowiskowych.

Pojawia się pytanie, dlaczego niektórzy ludzie decydują się popełnić samobójstwo, podczas gdy inni, w podobnej czy nawet gorszej sytuacji, tego nie robią ?

Otóż po śmierci samobójczej dąży się do ustalenia przyczyn samobójstwa (np.. zawód miłośny, nieuleczalna choroba, utrata pracy itp.), określa się tzw. **Suicydogenny Układ Sytuacyjny (SUS)**. Są to takie traumatyczne czynniki zewnętrzne, które trudno jest zrationalizować bez odpowiednio ukształtowanych zasobów psychologicznych jednostki.

Drugim czynnikiem są **Osobnicze Skłonności Samobójcze (OSS)**, które determinują autodestrukcyjne tendencje człowieka. Wyróżniamy trzy grupy OSS:

- **I-sza** – osoby z poczuciem niespełnienia, niezadowolenia, pozbawione nadziei na zmianę sytuacji z przerostem aspiracji.

Osoby takie w zetknięciu się z takim SUS, który nie spełni ich oczekiwań, przy wysokiej sile pożądania, popełniają samobójstwa.

- **II-ga grupa** – osoby z OSS lękowymi. Popełniają samobójstwa z takim SUS, które wiąże się z określonym zagrożeniem tego czego boi się ta osoba.

Kierunek terapii – interpretowanie faktów jako niezagrażających (indywidualna ocena faktów)

- **III-ga grupa** – osoby z OSS z bardzo niską samooceną. Pełnienie samobójstwa to działanie karzące, autorepresyjne wywołujące poczucie winy wobec innych.
- Kierunek terapii – minimalizowanie nadmiernych oczekiwań ze strony bliskich, redukcja tych oczekiwań. Gdy określony układ sytuacyjny „zaatakuję” człowieka o odpowiednim OSS, wówczas samobójstwo jest całkiem realne.

Samobójstwo stanowi obecnie poważny problem w dziedzinie zdrowia publicznego we wszystkich krajach. Jeśli damy pracownikom służby zdrowia możliwość rozpoznawania w społeczności lokalnej osób o skłonnościach samobójczych, diagnozowania ich, sprawowania nad nimi opieki i kierowania do specjalisty, będzie to ważny krok w zapobieganiu samobójstwom.

Ryzyko samobójstwa stwierdza się w grupach pacjentów z następującymi rozpoznaniem (w porządku malejącym):

- depresja (wszystkie postaci),
- zaburzenia osobowości (osobowość antyspołeczna, oraz osobowość typu borderline „z pogranicza”, z cechami impulsywności, agresją i częstymi zmianami nastroju),
- alkoholizm (i/lub nadużywanie narkotyków u młodzieży),
- schizofrenia,
- zaburzenia psychiczne o podłożu organicznym,
- inne zaburzenia psychiczne.

Depresja a samobójstwo.

Depresja jest najczęstszym rozpoznaniem w przypadkach samobójstwa dokonanego (ok. 60%). Każdy z nas od czasu do czasu czuje się smutny, przygnębiony, samotny i niepewny, ale takie nastroje zwykle mijają.

Do powszechnie występujących objawów depresji należą:

- codzienne uczucie smutku przez większość dnia,
- utrata zainteresowania zwykle wykonywanymi zajęciami,
- spadek wagi (bez odchudzania się) lub przybranie na wadze,
- spanie za długo lub za krótko, albo za wczesne budzenie się,
- uczucie zmęczenia i osłabienia cały czas,
- poczucie bezwartościowości, winy lub beznadziejności,
- ciągła drażliwość i niepokój,
- trudności z koncentracją, podejmowaniem decyzji lub zapamiętywaniem różnych rzeczy,
- powtarzające się myśli o samobójstwie i śmierci.

Dlaczego depresja bywa nierozpoznawana:

1. Ludzie często wstydzą się przyznać, że mają depresyjny nastrój, ponieważ widzą te objawy jako „przejaw słabości”.
2. Ludzie dobrze znają uczucia związane z depresją i wobec tego nie potrafią uznać jej za chorobę.
3. Depresję trudniej jest rozpoznać wówczas, gdy ktoś ma równocześnie inną chorobę somatyczną.
4. Pacjenci z depresją mogą odczuwać wiele różnych, niewyraźnych bólów.

Choroba alkoholowa a samobójstwo.

1. Około jedna trzecia samobójców to osoby uzależnione od alkoholu.
2. Od 5 do 10% ludzi uzależnionych od alkoholu kończy życie samobójstwem.
3. Stwierdzono, że wiele osób było pod wpływem alkoholu podczas popełniania aktu samobójstwa.

Dla popełniających samobójstwo ludzi z problemami alkoholowymi charakterystyczne jest to, że:

- zaczęli pić w bardzo młodym wieku,
- pili alkohol przez długi czas,
- pili w dużych ilościach,
- ich stan zdrowia fizyczny był zły,
- czuli się przygnębieni,
- mieli burzliwe i nieuporządkowane życie osobiste,
- niedawno doznali poważnej straty w relacjach interpersonalnych, takiej, jak np. rozstanie ze współmałżonkiem i/lub rodziną, rozwód lub śmierć bliskiej osoby,
- źle sobie radzili w pracy.

Schizofrenia a samobójstwo.

Ryzyko samobójstwa u schizofreników (10%) jest większe, jeśli są:

- młodymi, bezrobotnymi mężczyznanami stanu wolnego,
- we wczesnej fazie choroby,
- przygnębieni, w bardzo obniżonym nastroju,
- skłonni do częstych nawrotów choroby,
- bardziej wykształceni,
- paranoidalni (podejrzliwi).

Choroba somatyczna a samobójstwo.

- **Epilepsja.** Zwiększona impulsywność, agresja i przewlekła niepełnosprawność często występująca u osób z padaczką są to prawdopodobne przyczyny częstszych zachowań samobójczych w tej grupie,
- Dokłada się do nich alkohol i nadużywanie narkotyków.
- **Urazy kręgosłupa lub głowy i udary.** Im poważniejszy uraz, tym większe jest ryzyko samobójstwa.
- **Nowotwory** Istnieją dane wskazujące, że choroba terminalna (np. rak) wiąże się z podwyższonymi wskaźnikami samobójstwa. Ryzyko samobójstwa jest większe u:
 - mężczyzn,
 - wkrótce po rozpoznaniu choroby (w ciągu pierwszych pięciu lat),
 - kiedy pacjent przechodzi chemioterapię.
- **HIV/AIDS** Piętno i charakter tej choroby, a także niepomyślne rokowanie zwiększają ryzyko samobójstwa u osób zarażonych wirusem HIV.

Po postawieniu diagnozy, kiedy pacjent nie korzysta z poradnictwa psychologicznego po przeprowadzeniu testu na HIV, ryzyko samobójstwa jest wysokie.

- **Choroby przewlekłe**

Następujące przewlekłe schorzenia mogą się wiązać z podwyższonym ryzykiem samobójstwa:

- cukrzyca,
- stwardnienie rozsiane,
- przewlekłe choroby nerek, wątroby i inne chroniczne schorzenia układu pokarmowego,
- choroby kości i stawów z przewlekłym bólem,
- choroby sercowo-naczyniowe i naczyniowe układu nerwowego,
- zaburzenia seksualne.
- Ryzyko samobójstwa wzrasta w chorobach przewlekłych i związanych z bólem.

Czynniki socjodemograficzne a samobójstwo.

- **Płeć** - Samobójstwo popełnia więcej mężczyzn niż kobiet (5/1), ale więcej kobiet podejmuje próby samobójcze (3/1),
- **Wiek** - Najwyższe wskaźniki samobójstw notuje się w dwóch okresach życia:
 - u ludzi młodych (15–35 lat),
 - w wieku podeszłym (ponad 75 lat).
- **Stan cywilny** - Ryzyko samobójstwa jest wyższe w przypadku osób rozwiedzionych, owdowiałych i stanu wolnego niż pozostających w związku małżeńskim. Jeszcze większe skłonności samobójcze mają osoby będące w separacji lub mieszkające samotnie.
- **Zawód** - Ponadprzeciętne wskaźniki samobójstw stwierdza się w przypadku lekarzy, weterynarzy, farmaceutów, chemików i rolników.
- **Bezrobocie** - Stwierdzono, że z samobójstwem ma związek utrata pracy, a nie status osoby bezrobotnej.
- **Migracja** - Ludzie, którzy przeprowadzili się ze wsi do miasta, albo przenieśli się w inny region lub wyemigrowali do innego kraju mają większe skłonności samobójcze.

Czynniki środowiskowe a samobójstwo.

Stresujące wydarzenia życiowe.

- Większość osób popełniających samobójstwo przeżyła szereg stresujących zdarzeń życiowych w ciągu trzech miesięcy przed samobójstwem, takich, jak np.:
- problemy interpersonalne — np. kłótnie ze współmałżonkiem, rodziną, przyjaciółmi, kochankami,
- odrzucenie — np. rozstanie z rodziną i przyjaciółmi,
- utrata — np. straty finansowe, osierocenie (utrata bliskiej osoby),



- problemy w pracy i finansowe — np. utrata pracy, przejście na emeryturę, trudności finansowe,
- zmiany w społeczeństwie — np. gwałtowne zmiany polityczne i ekonomiczne,
- różne inne stresujące przeżycia, takie, jak wstyd i obawa, że nasza wina zostanie ujawniona, wyda się.
- **Dostępność** - Łatwy dostęp do metody popełnienia samobójstwa jest ważnym czynnikiem, od którego zależy, czy dana osoba popełni samobójstwo, czy nie. Ograniczenie dostępności środków umożliwiających popełnienie samobójstwa jest skuteczną strategią zapobiegania samobójstwom.
- **Zetknięcie się z samobójstwem** - W niewielkim procencie przypadków samobójstwo popełnia wrażliwa dorastająca młodzież, która pod wpływem zetknięcia się z samobójstwem w życiu rzeczywistym lub w środkach masowego przekazu podejmuje zachowania samobójcze (Efekt Wertera).

Stan psychiczny osób o skłonnościach samobójczych.

1. **Ambiwalencja.** Wiele osób o skłonnościach samobójczych tak naprawdę wcale nie chce umierać — po prostu w życiu czują się nieszczęśliwe. Jeśli da się im wsparcie i wzrosnie ich pragnienie życia, ryzyko samobójstwa maleje.

2. **Impulsywność.** Samobójstwo jest również aktem impulsywnym. Jak każdy inny impuls, także impulsywna chęć, by popełnić samobójstwo, jest przemijająca i trwa przez kilka minut lub godzin. Wyzwalają ją zwykle negatywne zdarzenia życia codziennego. Poprzez zażegnanie takiego kryzysu i grę na zwłokę można pomóc, przyczyniając się do zmniejszenia pragnienia śmierci.

3. **Sztynność.** Kiedy ludzie są w nastroju samobójczym, ich myślenie, odczuwanie i działanie ulega zawężeniu. Nieustannie myślą o samobójstwie i nie są w stanie dostrzec innych dróg wyjścia. Myślą w sposób radykalny.

Jak dotrzeć do człowieka o skłonnościach samobójczych.

- Pierwszy kontakt z osobą o skłonnościach samobójczych jest bardzo ważny.
- Jeśli ma miejsce w ruchliwej klinice, przeprowadzenie poufnej rozmowy może być trudne.
- Znalezienie odpowiedniego miejsca, gdzie można porozmawiać w miarę spokojnie i w odosobnieniu.
- Przeznaczenie na rozmowę niezbędnej ilości czasu. Osoby o skłonnościach samobójczych zwykle potrzebują więcej czasu i trzeba się przygotować psychicznie, żeby dać im na to czas.
- Skuteczne wysłuchanie takiej osoby. „Wyciągnięcie ręki i wysłuchanie samo w sobie jest dużym krokiem ku obniżeniu poziomu rozpaczliwej samobójczej”.

Jak się zachowywać podczas rozmowy z osobą w kryzysie suicydalnym ?

- Słuchaj uważnie, bądź spokojny.
- Staraj się zrozumieć uczucia tej osoby (wczuwaj się, bądź empatyczny).
- Niewerbalnie okazuj jej akceptację i szacunek.
- Wyrażaj szacunek dla opinii i wartości tej osoby.
- Rozmawiaj w sposób uczciwy i autentyczny.
- Okazuj zainteresowanie, troskę i ciepło.
- Skup się na uczuciach tej osoby.

Czego nie robić podczas rozmowy?

- Nie przerywaj zbyt często.
- Nie okazuj, że jesteś wstrząśnięty czy przeżywasz silne emocje.
- Nie dawaj do zrozumienia, że jesteś zajęty.
- Nie traktuj rozmówcy protekcyjnie, z góry.
- Nie rób niepotrzebnych, niejasnych uwag nie na temat.
- Nie zadawaj podchwytliwych pytań.

Samobójstwo - fikcja fakty

- 1. Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie popełniają samobójstwa.
- 1. Większość osób, które odebrały sobie życie, wcześniej wyraźnie sygnalizowała swój zamiar (8 na 10).
- 2. Osoby o skłonnościach samobójczych są absolutnie zdecydowane, żeby umrzeć.
- 2. Większość jest ambiwalentna.
- 3. Samobójstwo zdarza się bez ostrzeżenia.
- 3. Osoby o skłonnościach samobójczych często dają wiele sygnałów.

- 4. Poprawa po kryzysie oznacza, że nie ma już ryzyka.
- 4. Wiele samobójstw następuje po okresie poprawy, kiedy człowiek ma energię i siłę woli, by myśli pełne rozpaczliwej zmiany w destrukcyjne działanie.
- 5. Nie wszystkim samobójstwom można zapobiec.
- 5. To prawda. Ale większości da się zapobiec.
- 6. Skoro ktoś miał kiedyś skłonności samobójcze, będzie je miał zawsze.
- 6. Myśli samobójcze mogą powracać, ale nigdy nie są one trwałe, a u niektórych osób mogą już nigdy nie wystąpić.

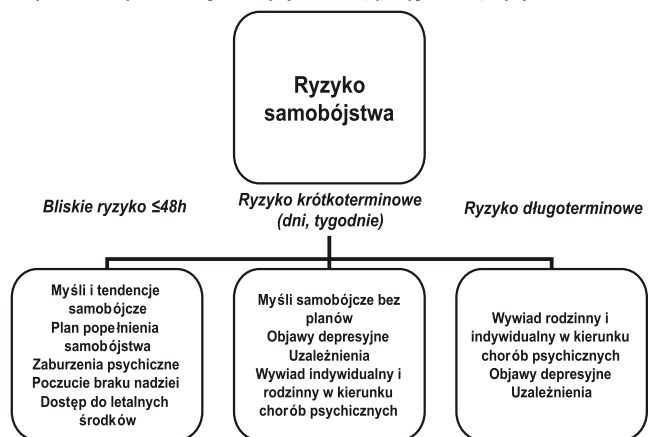
Sygnaly w zachowaniu człowieka i wywiadzie chorobowym:

- 1. Zachowanie wskazujące na wycofywanie się, niezdolność nawiązania bliskich relacji z rodziną i przyjaciółmi.
- 2. Choroba psychiczna.
- 3. Alkoholizm.
- 4. Lęk lub panika.
- 5. Zmiana osobowości, okazywanie drażliwości, pesymizmu, przygnębienia lub apatii.
- 6. Zmiana zwyczajów dotyczących jedzenia i snu.
- 7. Podejmowanie w przeszłości prób samobójczych.
- 8. Nienawiść do siebie, poczucie winy, bezwartościowości, wstydu.
- 9. Niedawna wielka strata — śmierć, rozwód, separacja, etc.
- 10. Przypadki samobójstwa w rodzinie.
- 11. Nagłe pragnienie uporządkowania spraw osobistych, pisanie testamentu, etc.
- 12. Poczucie osamotnienia, bezradności, beznadziejności.
- 13. Listy samobójcze (pożegnalne).
- 14. Zły stan zdrowia fizycznego.
- 15. Powtarzające się wzmianki o śmierci lub samobójstwie.

Ocena ryzyka samobójstwa

Pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej powinni ocenić następujące czynniki:

- aktualny stan psychiczny oraz myśli o śmierci i samobójstwie,
- obecny plan samobójstwa — w jakim stopniu dana osoba się przygotowała i jak szybko ma ono nastąpić,
- system wsparcia tej osoby (rodzina, przyjaciele, itp.).



Using an Interview Guide to Assess Suicidal Ideation. D.Lyon.Nurses Practitioner.2002

Jak pytać?

Nie jest łatwo pytać kogoś o jego czy jej myśli samobójcze. Dobre jest dochodzić do tego tematu stopniowo. Przydatne bywają takie pytania:

- Czy odczuwa Pan(i) smutek)? Czy jest Pani smutno?
- Czy ma Pan(i) poczucie, że nikogo Pani nie obchodzi (że nikogo nie obchodzi, co się z Panią dzieje)?
- Czy ma Pan(i) poczucie, że nie warto żyć?
- Czy myślała Pani o popełnieniu samobójstwa?

Kiedy pytać?

1. Kiedy rozmówca ma poczucie, że się go rozumie.
2. Kiedy swobodnie mówi o swoich uczuciach.
3. Kiedy ta osoba mówi o swoich negatywnych uczuciach - poczuciu osamotnienia, bezradności, itp.

O co pytać?



1. Aby się dowiedzieć, czy ktoś ma określony plan popełnienia samobójstwa:

– Czy ma Pan jakieś plany żeby skończyć z życiem? (Czy planował Pan, żeby odebrać sobie życie?)

– Czy zastanawiał się Pan nad tym, jak to zrobić?

2. Aby się dowiedzieć, czy ten ktoś ma środki (sposób, metodę):

– Czy ma Pan tabletki, pistolet, środki owadobójcze, czy inne sposoby?

– Czy ma Pan do nich łatwy dostęp?

3. Aby się dowiedzieć, czy ta osoba już ustaliła czas:

– Czy zdecydował Pan, kiedy chce Pan skończyć z życiem?

– Kiedy planuje Pan to zrobić?

Wszystkie te pytania trzeba zadawać ostrożnie, ze współczuciem, okazując, że to ważna sprawa, która nas obchodzi.

Jak postępować z osobą o skłonnościach samobójczych

Małe ryzyko

– Myśli samobójcze, np. „Już dłużej nie mogę” czy „Żałuję, że nie umarłem”, ale jeszcze niczego nie planowała.

– Co trzeba zrobić?

– Udzielić wsparcia emocjonalnego.

– Skupić się na pozytywnych, mocnych stronach tej osoby, prowadząc rozmowę tak, by opowiedziała, jak dawniej rozwiązywała swoje problemy nie uciekając się do samobójstwa.

– Skierować tę osobę do lekarza czy innego specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym.

– Omówić uczucia związane z samobójstwem zmniejszając jego niepokój emocjonalny. Kiedy ów niepokój emocjonalny uciszy się, osoba ta prawdopodobnie będzie mogła pomyśleć, zastanowić się, ponieważ nikt inny poza nią nie może odwołać decyzji, żeby umrzeć i podjąć decyzji, żeby żyć.

– Spotykać się regularnie i utrzymywać stały kontakt.

Średnie ryzyko

– Myśli i plany samobójcze, ale nie planuje samobójstwa natychmiast.

– Co trzeba zrobić?

– 1. Udzielić wsparcia emocjonalnego, rozmawiać o związanych z samobójstwem uczuciach tej osoby i skupić się na jej pozytywnych, mocnych stronach.

– 2. Wykorzystać ambiwalencję. Pracownik służby zdrowia powinien koncentrować się na ambiwalencji odczuwanej przez osobę o skłonnościach samobójczych, tak, aby stopniowo wzmocnić jej wolę życia.

– 3. Zbadać i omówić inne możliwe wyjścia poza samobójstwem. Pracownik służby zdrowia powinien postarać się, żeby osoba ta wzięła pod uwagę chociaż jedno z nich.

– 4. Zawrzeć kontrakt, umowę. Uzyskać obietnicę osoby o skłonnościach samobójczych, że nie popełni samobójstwa dopóki nie skontaktuje się z personelem służby zdrowia, przez określony okres czasu.

– 5. Skierować tę osobę do psychiatry, psychologa lub lekarza ogólnego i wyznaczyć jej wizytę na możliwie najwcześniejszy termin.

– 6. Skontaktować się z rodziną, przyjaciółmi i kolegami i zapewnić sobie ich pomoc.

Duże ryzyko

– Ma określony plan, ma środki (metodę) jego realizacji, i planuje zrobić to natychmiast.

– Co trzeba zrobić?

– 1. Przebywać z tą osobą. Nigdy nie zostawiać jej samej.

– 2. Łagodnie do niej mówić i usunąć z jej zasięgu tabletki, nóż, pistolet, środek owadobójczy itd. (odebrać jej środki niezbędne do popełnienia samobójstwa).

– 3. Zawrzeć kontrakt.

– 4. Natychmiast skontaktować się z profesjonalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym lub z lekarzem, wezwać pogotowie i załatwić przyjęcie do szpitala.

– 5. Poinformować rodzinę i zapewnić sobie jej pomoc.

Kiedy kierować pacjenta do specjalisty?

Wówczas, gdy dana osoba:

– jest chora psychicznie,

– w przeszłości już próbowała popełnić samobójstwo,

– w jej rodzinie zdarzały się przypadki samobójstwa, alkoholizmu lub chorób psychicznych,

- ma zły stan zdrowia fizycznego,
- nie ma żadnego wsparcia społecznego.

Jak kierować?

1. Pracownik podstawowej opieki zdrowotnej wyjaśnia tej osobie, dlaczego kieruje ją na konsultację.

2. Umawia wizytę.

3. Przekazuje tej osobie, że skierowanie jej na konsultację nie oznacza, że kierujący umywa ręce i nie będzie się więcej zajmował jej problemami.

4. Spotka się z tą osobą po konsultacji.

5. Utrzymuje z nią kontakty od czasu do czasu.

Gdzie osoba w kryzysie suicydalnym może uzyskać pomoc?

Wsparcie i pomoc można zwykle uzyskać od:

- rodziny,
- przyjaciół,
- kolegów, znajomych,
- duchownych,
- w ośrodkach interwencji kryzysowej,
- profesjonalistów ze służby zdrowia.

Co należy robić z osobą o skłonnościach samobójczych?

1. Wysłuchać, okazywać zrozumienie, zachować spokój.

2. Wspierać i okazywać, że nam zależy, że nas to obchodzi.

3. Traktować sytuację poważnie i ocenić stopień ryzyka.

4. Zapytać o poprzednie próby samobójcze.

5. Zbadać, jakie są inne możliwości — poza samobójstwem.

6. Zapytać o plan samobójstwa.

Czego nie należy robić?

1. Zignorować sytuację.

2. Być wstrząśniętym, zażenowanym, lub wpadać w panikę.

3. Mówić, że wszystko będzie dobrze.

4. Prowokować, mówiąc tej osobie „Proszę bardzo, nich pan(i) to zrobi!”

5. Przedstawiać jej problem jako banalny.

6. Dawać fałszywe gwarancje.

7. Zobowiązać się do zachowania tajemnicy.

8. Zostawić tę osobę samą.

Zaangażowanie, wrażliwość, wiedza i troska o innego człowieka, wiara, że życie warto jest tego, by je chronić — to są główne zasoby, jakimi dysponują pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej; opierając się na nich mogą pomóc w zapobieganiu samobójstwom.

10 września - Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom (World Suicide Prevention Day - od 2003 roku)

Cytat z Talmudu: „Kto ratuje życie jednego człowieka, ratuje cały świat”

Ryszard Jabłoński

Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

Członek Zarządu Głównego PTS

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM W CUKRZYCOWEJ KWASICY KETONOWEJ

Wstęp

Obok nadciśnienia tętniczego, cukrzyca zdaje się być jedną z najczęściej występujących chorób społecznych obecnego wieku. Według prognoz szacuje się, że w 2030 roku na cukrzycę będzie chorowało ok. 360 mln osób na całym świecie. Zapadalność na cukrzycę zwiększa się we wszystkich przedziałach wiekowych. Wraz z wzrostem liczby zachorowań istnieje ogromne prawdopodobieństwo, że wzrosnie również liczba powikłań charakterystyczna dla tej jednostki chorobowej. Cukrzyca jest bowiem jednym z zespołów zaburzeń metabolicznych o różnorodnej etiologii, charakteryzującym się hiperglikemią, wynikającą z defektu wydzielania insuliny, jej działania lub też istnienia obu tych defektów jednocześnie. Utrzymująca się, zazwyczaj przewlekła hiperglikemia prowadzi do uszkodzenia bądź upośledzenia funkcji, a w konsekwencji niewydolności wielu narządów. Należą do nich głównie narząd wzroku, elementy układu krwionośnego oraz układu nerwowego. Chociaż choroba ta zaliczana jest do przewlekłych, nie mniej niesie z sobą również ryzyko wystąpienia stanów zagrożenia życia. W niniejszej pracy zostaną omówione

zagadnienia związane z jednym z najczęściej występujących stanów nagłych tego schorzenia, a więc z cukrzycową kwasica ketonową.

Etiologia, epidemiologia i patogeneza

Jak wynika z definicji, kwasica ketonowa to ostry zespół zaburzeń metabolicznych – związanych z przemianą węglowodanów, tłuszczów, białek oraz zachowaniem równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej – powstający jako następstwo nagłego i znacznego niedoboru insuliny. Na obraz cukrzycowej kwasicy ketonowej składają się dwa stany: przedśpiączkowy oraz śpiączka i zależą one najczęściej od stopnia hiperglikemii. Stan ten może wystąpić zarówno w przebiegu cukrzycy typu 1 jak i 2, jednak często jawi się ona jako pierwsza manifestacja cukrzycy 1 typu, wówczas gdy choroba nie została jeszcze zdiagnozowana. Śmiertelność chorych w śpiączce cukrzycowej sięgała jeszcze 10 lat temu 30%. Dane te dzięki rozwojowi medycyny, działaniom profilaktycznym oraz szybkiej interwencji medycznej uległy znacznej poprawie.

Do najczęściej wymienianych czynników wywołujących kwasycę ketonową zalicza się przede wszystkim infekcje, w tym zakażenia bakteryjne, a w szczególności ropne. Pozostałe to w znacznej mierze: ostre schorzenia sercowo-naczyniowe, takie jak zawał mięśnia sercowego czy udar mózgu, ostre zapalenie trzustki, nazywanie alkoholu, stosowanie leków wpływających na gospodarkę węglowodanową – kortykosteroidy, tiazydy, leki sympatykomimetyczne. Ważną kwestię stanowią także błędy w insulinoterapii. Są to przede wszystkim: pominięcie lub samodzielna nieodpowiednia modyfikacja zaleconych dawek insuliny, błędy dietetyczne – zbyt mały posiłek lub jego brak w stosunku do podanej dawki insuliny, a także przerwanie insulinoterapii związane z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego i nie przyjmowaniem posiłków.

Na patomechanizm cukrzycowej kwasicy ketonowej składa się kilka elementów.

W skutek znacznego niedoboru insuliny dochodzi do zmniejszonego użytkowania glukozy, a tym samym zwiększenia glukogenezy, jak również nasilonej lipolizy z wytwarzaniem ciał ketonowych. Zburzenia te prowadzą z kolei do znacznej hiperglikemii, diurezy osmotycznej, będącej przyczyną odwodnienia, dalej do zaburzeń elektrolitowych i kwasicy metabolicznej

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny jest dość zróżnicowany w zależności od wieku chorego, czasu trwania choroby, obecności przewlekłych powikłań cukrzycy i szybkości narastania nie wyrównania cukrzycy. Spośród objawów przedmiotowych w kwasicy występuje obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, tachykardia, przyspieszony oddech, któremu może towarzyszyć oddech Kussmaula, objawy odwodnienia, takie jak ubytek masy ciała oraz zmniejszenie napięcia powłok skórnych, obecność acetonu w wydychanym powietrzu, zaczerwienienie twarzy, zmniejszenie napięcia gałek ocznych, a także objawy zapalenia otrzewnej. Natomiast do objawów podmiotowych zalicza się: wzmożone pragnienie (polidypsja), suchość błon śluzowych jamy ustnej, wielomocz (poliuria), ogólne osłabienie, męczliwość, zaburzenia świadomości aż do wystąpienia śpiączki, dolegliwości bólowe głowy, brzucha oraz okolic klatki piersiowej, nudności i wymioty. Zasadniczą nieprawidłowość w badaniach pomocniczych ujawnia się w stężeniu glukozy w osoczu >250 mg/dl, pH krwi tętniczej $<7,3$ (kwasica metaboliczna), stężeniu wodorowęglanów w surowicy <18 mmol/l, obecności ciał ketonowych w moczu i surowicy oraz łuce anionowej >10 .

W diagnozowaniu kwasicy ketonowej należy rozróżnić ją przede wszystkim z ketonową kwasica alkoholową – tu glikemia rzadko przekracza 250 mg/dl, z kwasica mleczanową, gdzie często dominują objawy wstrząsu, a stężenie mleczanów w surowicy jest podwyższone, jak również z ketozą głodową, w której nie występuje hiperglikemia.

Leczenie – postępowanie ogólne

Najważniejsze w leczeniu kwasicy ketonowej są trzy elementy: nawodnienie chorego, zmniejszenie hiperglikemii oraz wyrównanie zaburzeń elektrolitowych.

Według zaleceń klinicznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na rok 2012, nawodnienie chorego powinno przebiegać zgodnie z następującym schematem:

przetoczenie w ciągu doby 6–10 litrów płynów pod kontrolą stanu układu krążenia:

- 1000 ml 0,9% roztworu NaCl w ciągu pierwszej godziny;
- ↓
- 500 ml/godz 0,9% roztworu NaCl przez kolejnych 4–6 godzin;
- ↓
- 250 ml/godz. 0,9% roztworu NaCl (aż do przywrócenia równowagi gospodarki kwasowo-zasadowej);

po obniżeniu wartości glikemii poniżej 250 mg/dl (13,9 mmol/l):

- wlew 5% roztworu glukozy z prędkością 100 ml/godz.;

↓

w sytuacji dołączenia glukozy po 24 godzinach płynoterapii:

- zmniejszenie ilości podawanego roztworu 0,9% NaCl do 150 ml/godz.;

W nawadnianiu chorego należy również zwrócić uwagę na rzeczywiste stężenie sodu w surowicy, gdzie w przypadku hipernatremii >150 mmol/l należy tymczasowo (aż do wyrównania stężenia sodu) podłączyć 0,45% roztwór NaCl.

Zmniejszenie hiperglikemii, poprzez dożylną insulinoterapię winno uzyskiwać się według poniższego algorytmu:

- początkowa dawka insuliny (bolus):
0,1 j./kg mc (4-8j.)

↓

- dożylny wlew insuliny
0,1 j./kg mc./h (4-8j.)
(pod kontrolą wartości glikemii)

↓

- zmniejszenie szybkości wlewu insuliny (gdy glikemia <250 mg/l)

Podczas dożylnych insulinoterapii należy pamiętać o regulacji szybkości wlewu w zależności od monitorowanego co 1h stężenia glukozy. Spadek wartości glikemii nie powinien z kolei wynosić więcej niż 100 mg/dl. W sytuacji zaś, gdy stężenie glukozy w osoczu w czasie pierwszej godziny nie obniżyło się o 50–70 mg/dl w stosunku do wartości wyjściowych, konieczne jest zwiększanie co godzinę prędkości dożylnego wlewu insuliny, aż do uzyskania stałego spadku glikemii o 50–70 mg/dl/h.

Wyrównanie zaburzeń elektrolitowych polega przede wszystkim na uzupełnieniu niedoboru potasu w zależności od jego aktualnego stężenia. Tak kolejno, gdy:

- K >6 mmol/l → nie podawać KCl
- K 5–6 mmol/l → 5–10 mmol/h KCl
- K 4–5 mmol/l → 10–15 mmol/h KCl,
- K 3–4 mmol/l → 15–20 mmol/h KCl,
- K <3 mmol/l → wstrzymać podawanie insuliny → 25 mmol/h KCl

Oprócz tych trzech zasadniczych składowych leczenia kwasicy ketonowej, istotną rolę odgrywa również leczenie powikłań, stosowanie tlenoterapii w sytuacji hipoksji, jak również leczenie przyczyny wywołującej. Istnieje niestety wiele powikłań, do jakich może dojść zarówno w wyniku samego schorzenia, jak i zastosowanego leczenia. Głównymi następstwami kwasicy ketonowej są: wstrząs hipowolemiczny oraz ostra niewydolność nerek, u dzieci również często dochodzi do obrzęku mózgu. Jako powikłania wprowadzonego leczenia wymienia się: hipokaliemię, hiponatremię, która może być przyczyną obrzęku płuc z narastającą niewydolnością oddechową oraz obrzęku mózgu, hiperglikemię, gdy zbyt wcześnie zaprzestanie się ciągłego wlewu insuliny, hipoglikemię oraz hiperchloremię, w sytuacji nadmiernego przetoczenia NaCl.

Intensywna opieka pielęgniarska – potencjalne problemy pielęgnacyjne i interwencje pielęgniarstwa

Problem 1

Stan zagrożenia życia z powodu wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych, kwasicy metabolicznej, odwodnienia organizmu w przebiegu cukrzycowej kwasicy ketonowej.

CEL: wczesne rozpoznanie stanu zagrożenia życia i zapewnienie bezpieczeństwa choremu;

Interwencje pielęgniarstwa:

- chory przytomny – nawiązanie kontaktu z chorym i wyjaśnienie konieczności hospitalizacji;
- chory przytomny – informowanie o celowości wykonywanych zabiegów;

- monitorowanie ogólnego stanu chorego oraz podstawowych parametrów życiowych (stanu świadomości, RR, HR, oddechu – co 1h oraz temperatury ciałach 8h) przy użyciu kardiomonitora i pulsoksymetru;
- zapewnienie dostępu do żyły (kaniulizacja żył obwodowych oraz asystowanie podczas zakładania dostępu do centralnych naczyń żylnych – dla pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego - OCŻ);
- pobieranie krwi do badań laboratoryjnych (stężenie potasu w surowicy co 2-4h, stężenie sodu, chloru i ketonów w surowicy co 4h, gazometria krwi tętnicznej co 30-60 min dopóki pH nie przekroczy > 7,35, stężenie fosforanów w zależności od ich prawidłowości co 4-8h) na zlecenie lekarskie;
- ocena stopnia odwodnienia na podstawie objawów klinicznych (suchość skóry i błon śluzowych, zapadanie się gałek ocznych, ubytek masy ciała – ocena co 6-12h) oraz obrazu wyników badań laboratoryjnych;
- założenie cewnika Foley'a do pęcherza moczowego w celu kontroli diurezy (dobowa zbiórka moczu, oznaczanie ketonów i glukozy w moczu na zlecenie lekarskie);
- założenie i prowadzenie karty bilansu płynów (monitorowanie co 1h);
- nawadnianie chorego (przygotowanie i przetaczanie płynów infuzyjnych) zgodnie ze zleceniem lekarskim wg schematu postępowania w kwasicy ketonowej pod kontrolą stanu układu krążenia;
- uzupełnianie niedoborów wodno-elektrolitowych (głównie potasu w zależności od jego aktualnego stężenia) zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- kontrola równowagi gospodarki kwasowo-zasadowej oraz uzupełnianie jej niedoborów zgodnie ze zleceniem lekarskim;

Problem 2

Ryzyko wystąpienia śpiączki ketonowej w wyniku narastającego stężenia glikemii.

CEL: obniżenie stężenia glikemii do wartości prawidłowych;

Interwencje pielęgniarskie:

- monitorowanie ogólnego stanu chorego oraz podstawowych parametrów życiowych ze szczególnym zwróceniem uwagi na ocenę stanu świadomości (np. za pomocą skali Glasgow);
- zmniejszenie hiperglikemii poprzez dożylną insulinoterapię (przygotowanie roztworu insuliny do wlewu dożylnego oraz podawanie insuliny za pomocą pompy infuzyjnej) zgodnie ze zleceniem lekarskim wg schematu postępowania w kwasicy;
- pobieranie krwi do badań laboratoryjnych – ocena stężenia glikemii we krwi włośniczkowej lub osoczu co 30-60 min;
- kontrola regulacji szybkości wlewu w zależności od monitorowanego co 1h stężenia glukozy;

Problem 3

Ryzyko urazu mechanicznego (upadku) na skutek uczucia nadmiernego zmęczenia, senności, zaburzeń świadomości wynikających ze stanu hiperglikemii.

CEL: zapewnienie bezpieczeństwa;

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena ryzyka upadku wg skali Tinetti;
- ocena stanu świadomości chorego oraz stopnia deficytu samoobsługi;
- likwidacja barier architektonicznych w otoczeniu chorego;
- zapobieganie hipotonii ortostatycznej – poinformowanie o unikaniu nagłej zmiany pozycji;
- zapewnienie pomocy / asekuracja w czasie koniecznego przemieszczania się chorego;
- zalecenie leczenia spoczynkowego;
- w razie potrzeby założenie drabinek zabezpieczających chorego przed wypadnięciem z łóżka;
- stała kontrola stężenia glikemii we krwi włośniczkowej lub w osoczu;

Problem 4

Suchość w jamie ustnej oraz ryzyko wystąpienia stanu zapalnego błon śluzowych jamy ustnej na skutek odwodnienia w przebiegu kwasicy ketonowej.

CEL: zniwelowanie odczucia suchości w jamie ustnej i ryzyka wystąpienia powikłań;

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stanu błon śluzowych jamy ustnej (oglądanie 1 x dziennie);

- dokładna toaleta jamy ustnej;
- nawilżanie błon śluzowych jamy ustnej poprzez płukanie wodą przegotowaną lub naparem z rumianku;
- doustne wprowadzanie niewielkiej ilości płynów, w celu zniwelowania uczucia wzmożonego pragnienia pod kontrolą bilansu płynów;
- zapewnienie właściwego mikroklimatu pomieszczenia (temperatura otoczenia – 20-24°C, wilgotność powietrza – 50-60%);
- dożylnie uzupełnianie płynów i elektrolitów zgodnie ze zleceniem lekarskim pod kontrolą bilansu płynów;

Problem 5

Możliwość wystąpienia zaburzeń oddychania i zaburzeń rytmu serca w wyniku hipokaliemii.

CEL: wczesne rozpoznanie zaburzeń oddychania i zaburzeń rytmu serca oraz podjęcie szybkiej interwencji; podwyższenie i utrzymanie stężenia potasu w przedziale wartości prawidłowych;

Interwencje pielęgniarskie:

- pobieranie krwi do badań laboratoryjnych – ocena stężenia potasu w surowicy co 2-4h zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych (głównie niedoboru potasu w zależności od jego aktualnego stężenia) zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- monitorowanie ogólnego stanu chorego oraz podstawowych parametrów życiowych ze szczególnym uwzględnieniem RR, HR oraz oddechu (częstości, charakteru, stopnia nasilenia duszności) – co 1h;
- stałe monitorowanie zapisu EKG;
- zastosowanie pozycji ułożeniowej ułatwiającej oddychanie (pół-wysoka, wysoka, wysoka z opuszczonymi nogami) w zależności od stanu pacjenta;
- zastosowanie tlenoterapii z szybkością przepływu zgodną z zleceniem lekarskim (najczęściej 2-3 l/min);
- udział w farmakoterapii w zależności od rodzaju wystąpienia zaburzeń rytmu serca, stopnia nasilenia duszności zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- obserwowanie działania terapeutycznego oraz możliwości wystąpienia efektów ubocznych stosowanych leków;
- zapewnienie choremu warunków ciszy i spokoju;
- niwelowanie uczucia lęku spowodowanego pojawieniem się zaburzeń rytmu serca oraz duszności poprzez towarzyszenie, zapewnienie wsparcia;

Problem 6

Ryzyko nasilenia zaburzeń wodno-elektrolitowych w wyniku towarzyszących nudności i wymiotów w przebiegu kwasicy ketonowej;

CEL: zminimalizowanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego; zapewnienie choremu warunków do utrzymania higieny;

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stopnia nasilenia (kontrola elektrolitów w surowicy krwi, objawy odwodnienia) oraz wyrównywanie zaburzeń wodno-elektrolitowych (przygotowanie i przetaczanie płynów infuzyjnych) zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- udział w farmakoterapii (stosowanie leków przeciwwymiotnych) na zlecenie lekarza;
- obserwacja czasu występowania, częstości i rodzaju treści wymiocin oraz udokumentowanie prowadzonej obserwacji;
- zapewnienie choremu czystej miski nerkowatej oraz ligniny;
- ułożenie chorego w pozycji pół wysokiej, wysokiej lub na boku z uniesioną głową w celu uniknięcia zachłyśnięcia się chorego wymiocinami;
- u chorych z częściowo utrzymaną świadomością – założenie sondy żołądkowej celem stałego odsysania treści żołądkowej i uniknięcia zachłyśnięcia;
- toaleta jamy ustnej (płukanie przegotowaną wodą) każdorazowo po wymiotach;
- niwelowanie przykrych zapachów, mogących nasilać dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego;

Problem 7

Dolegliwości bólowe jamy brzusznej wynikające z patomechanizmu schorzenia.

CEL: złagodzenie dolegliwości bólowych;

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stopnia, charakteru oraz czasu nasilenia dolegliwości bólowych;



- udział w farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim (przygotowanie i podawanie środków przeciwbólowych);
- ułożenie chorego w pozycji zmniejszającej napięcie powłok brzusznych (np. z podkurczonymi nogami lub na boku);
- obserwacja chorego w kierunku objawów „ostrego brzucha” dla zróżnicowania rzekomego zapalenia otrzewnej – poinformowanie lekarza, gdy bóle jamy brzusznej utrzymują się ponad 3-4h pomimo konsekwentnego leczenia cukrzycowej kwasicy ketonowej;
- przygotowanie chorego do próbnej laparotomii na zlecenie lekarskie;

Problem 8

Możliwość wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego, ostrej niewydolności nerek, w konsekwencji obrzęku mózgu, jako powikłań cukrzycowej kwasicy ketonowej.

CEL: niedopuszczenie do powstania powikłań lub wczesne wykrycie i szybka interwencja w sytuacji rozpoznania objawów powikłań kwasicy ketonowej;

Interwencje pielęgniarskie:

- monitorowanie ogólnego stanu chorego oraz podstawowych parametrów życiowych (stanu świadomości, RR, HR, oddechu – co 1h oraz temperatury ciałach 8h) przy użyciu kardiomonitora i pulsoksymetru pod kątem objawów wstrząsu hipowolemicznego (spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie akcji serca - tachykardia, obniżenie pojemności wyrzutowej krwi oraz obniżenie ośrodkowego ciśnienia żylnego - OCŻ);
- zapobieganie hipoksemii poprzez stosowanie tlenoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- zapewnienie drożności dróg oddechowych;
- współudział w zakładaniu dostępu do tętnicy z wykonaniem testu Alena celem pobrania krwi tętniczej do badań dla oceny równowagi kwasowo zasadowej;
- w przypadku znacznego spadku ciśnienia podawanie na zlecenie lekarskie leków wzopresyjnych;
- kontrola diurezy oraz prowadzenie karty bilansu płynów (monitorowanie oraz dokumentowanie obserwacji co 1h);
- nadzorowanie szybkości przepływu przetaczanych płynów infuzyjnych oraz dożylnego wlewu insuliny pod kontrolą oceny stężenia glikemii we krwi włośniczkowej lub osoczu co 30-60 min zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- poinformowanie lekarza o obniżaniu się stężenia glukozy o więcej niż 100mg/100ml/h (5,55mmol/l/h) celem zmniejszenia ryzyka wystąpienia obrzęku mózgu;

Problem 9

Ryzyko wystąpienia:

- hipokaliemii związanej z podawaniem insuliny i wyrównaniem kwasicy ketonowej za pomocą wodorowęglanów,
- hipernatremii związanej głównie z nieuzasadnionym podaniem NaHCO_3 ,
- hiperglikemii wywołanej przerwaniem dożylnego podawania insuliny po uzyskaniu poprawy, bez odpowiednio wczesnego podawania insuliny drogą podskórną,
- hipoglikemii spowodowanej zbyt intensywnym leczeniem insuliną,
- hiperchloremii spowodowanej zastosowaniem zbyt dużej ilości soli fizjologicznej w celu zniwelowania stanu odwodnienia, jako powikłań zastosowanego leczenia.

CEL: niedopuszczenie do powstania powikłań lub wczesne wykrycie i szybka interwencja w sytuacji rozpoznania objawów powikłań zastosowanego leczenia;

Interwencje pielęgniarskie:

- pobieranie krwi do badań laboratoryjnych (stężenie glikemii we krwi włośniczkowej lub osoczu co 30-60 min, stężenie potasu w surowicy co 2-4h, stężenie sodu, chloru i ketonów w surowicy co 4h, gazometria krwi tętniczej co 30-60 min dopóki pH nie przekroczy $> 7,7,1$, stężenie fosforanów w zależności od ich prawidłowości co 4-8h) na zlecenie lekarskie;
- analiza i interpretacja wyników badań laboratoryjnych;
- monitorowanie ogólnego stanu chorego oraz podstawowych parametrów życiowych za pomocą kardiomonitora i pusoksymetru podczas przetaczania płynów infuzyjnych oraz dożylniej insulinoterapii;

Problem 10

Niebezpieczeństwo wystąpienia zmian zakrzepowych naczyń (mózgu, serca, kończyn dolnych) wynikających z nie wyrównania stężenia glikemii i zaburzeń wodno-elektrolitowych w przebiegu cukrzycowej kwasicy ketonowej.

CEL: niedopuszczenie do wystąpienia zmian zakrzepowych; konsekwentne wyrównywanie stężenia glikemii i zaburzeń wodno-elektrolitowych;

Interwencje pielęgniarskie:

- postępowanie według zaleconych algorytmów dotyczących dożylniej insulinoterapii, nawadniania chorego oraz uzupełniania niedoborów elektrolitowych (głównie potasu) pod kontrolą badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- monitorowanie ogólnego stanu chorego oraz podstawowych parametrów życiowych za pomocą kardiomonitora i pusoksymetru podczas przetaczania płynów infuzyjnych oraz dożylniej insulinoterapii;
- udział w leczeniu przeciwzakrzepowym zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- monitorowanie parametrów biochemicznych układu krzepnięcia (APTT) na zlecenie lekarza;

Problem 11

Ryzyko wystąpienia miejscowego stanu zapalnego lub zakażenia spowodowanego koniecznością utrzymania dostępu naczyniowego celem przetaczania płynów infuzyjnych oraz stosowania farmakoterapii drogą dożylną.

CEL: niedopuszczenie do zakażenia;

Interwencje pielęgniarskie:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas stosowania kroplowego wlewu dożylnego;
- obserwacje okolic wkłucia w kierunku objawów zapalenia (ból, zaczerwienienie, obrzęk);
- utrzymanie drożności wkłucia;
- zabezpieczenie dostępu naczyniowego przed wyrwaniem (umocowanie jałowym, przezroczystym opatrunkiem);
- udokumentowanie w karcie daty założenia dostępu naczyniowego i wyników obserwacji;
- zmiana miejsca wkłucia co 2-3 dni w przypadku kanilulizacji żył obwodowych;

Problem 12

Możliwość wystąpienia zakażenia dróg moczowych ze względu na konieczność utrzymania cewnika Foley'a w pęcherzu moczowym

BiRaKo[®]
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

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

DRUKI MEDYCZNE
ARTYUŁY BIUROWE
KUPONY REKUS

celem kontroli diurezy oraz prowadzenia karty bilansu płynów.
CEL: niedopuszczenie lub wczesne wykrycie objawów zakażenia;
Interwencje pielęgniarskie:

- dokładna toaleta krocza i okolic ujścia cewki moczowej;
- obserwacja okolic ujścia cewki moczowej pod kątem objawów zapalenia;
- chory przytomny – wywiad dotyczący niepokojących dolegliwości (ból w podbrzuszu, świąd, pieczenie w okolicach ujścia cewki moczowej);
- kontrola oddawanego moczu (objętości, zabarwienia, gęstości) oraz prowadzenie karty bilansu płynów;
- kontrola drożności cewnika oraz jego wymiana w sytuacji niedrożności;
- układanie worka na mocz poniżej poziomu linii ciała;
- opróżnianie worka na mocz lub jego wymiana w razie potrzeby;

Problem 13

Deficyt samoobsługi wynikający z ogólnego osłabienia, zaburzeń świadomości, konieczności zastosowania leczenia spoczynkowego.

CEL: kompensacja deficytu;

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stopnia deficytu samoobsługi według kategoryzacji zapotrzebowania na opiekę;
- w zakresie higieny całego ciała – toaleta całego ciała w łóżku/pomoc w czynnościach higienicznych, natłuszczanie wysuszonej skóry, zmiana bielizny pościelowej i osobistej w razie zabrudzenia;
- w zakresie poruszania – zmiana pozycji ciała/pomoc w zmianie pozycji w obrębie łóżka, asekuracja/pomoc w czasie przemieszczania się poza obrębem łóżka w zależności od potrzeby;
- w zakresie odżywiania – przygotowywanie, przetaczanie i nadzorowanie przetaczanych płynów infuzyjnych, stopniowe wprowadzanie diety i jej modyfikacja w zależności od stanu chorego;
- w zakresie wydalania – pomoc w dojściu do toalety, podawanie basenu, wymiana środków higienicznych w razie zanieczyszczenia w zależności od stanu chorego;

Problem 14

Chory przytomny – niepokój chorego spowodowany złym samopoczuciem, występującymi objawami i koniecznością nagłej hospitalizacji.

CEL: zmniejszenie niepokoju, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa;

Interwencje pielęgniarskie:

- nawiązanie kontaktu z chorym, wyjaśnianie celowości, rodzaju i sposobu wykonywanych zabiegów;
- zapewnienie możliwości kontaktu chorego z lekarzem, rodziną, najbliższymi;
- zastosowanie elementów psychoterapii elementarnej – udzielanie wsparcia, wyrażanie postawy zrozumienia;

Problem 15

Brak wiedzy chorego dotyczący samokontroli cukrzycy w sytuacji wyrównania stężenia glikemii, uzupełnienia niedoborów wodno-elektrolitowych po incydencie cukrzycowej kwasicy ketonowej.

CEL: wyedukowanie chorego w zakresie prewencji kwasicy ketonowej oraz przekazanie choremu wiedzy z zakresu samokontroli w cukrzycy;

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stanu wiedzy chorego dotycząca samokontroli w cukrzycy;
- motywowanie chorego do podjęcia odpowiedzialności za swoje zdrowie i życie;
- wyjaśnienie konieczności utrzymania stanu normoglikemii;
- zalecenie zarejestrowania się w poradni diabetologicznej oraz funkcjonowania pod jej stałym nadzorem, tym samym: ścisłego stosowania się do zaleceń lekarskich dotyczących częstości pomiaru stężenia glikemii za pomocą glukometru, stosowanej farmakoterapii;
- nauka dokonywania pomiarów za pomocą glukometru w przypadku konieczności codziennego oznaczania stężenia glikemii lub dokonywanie tego pomiaru przez pielęgniarkę;
- nauka przyjmowania preparatów insuliny (obsługa pena, wyznaczenie miejsc wstrzyknięć, technika podawania insuliny, warunki jej przechowywania);

- zalecenie założenia i regularnego prowadzenie dzienniczka samokontroli (zapisywanie pomiarów stężenia glikemii w krwi włosniczkowej, pomiarów RR, masy ciała oraz uwag dotyczących szczególnych sytuacji: infekcje, nadmierny wysięk fizyczny itp.);
- omówienie zaleceń dietetycznych;
- wyjaśnienie konieczności informowania lekarza o pojawieniu się niepokojących objawów (nie wyrównane epizody hiperglikemii, wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie, senność);

Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionych powyżej potencjalnych problemów pielęgnacyjnych, do najistotniejszych zadań pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad chorym w stanie cukrzycowej kwasicy ketonowej, jest wnikliwa obserwacja oraz podejmowanie konkretnych działań (tu głównie przygotowania i podłączania płynów infuzyjnych oraz pobierania materiałów do badań diagnostycznych) podczas nawadniania pacjenta, wyrównywania hiperglikemii, zaburzeń elektrolitowych oraz zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej. Nie można jednak skupić się jedynie na eliminowaniu tych czterech aspektów zaburzeń choć są one priorytetowe. Jak zostało to ujęte, zarówno sama kwasica ketonowa, jak i jej leczenie niesie ze sobą bardzo dużą liczbę możliwych powikłań. Zaobserwowanie ich we właściwym czasie, czyli odpowiednio wcześniej, często jest momentem decydującym nawet o życiu pacjenta.

Intensywna opieka medyczna w tym pielęgnarska nie wyklucza oczywiście wykonywania czysto pielęgnacyjnych czynności, jak zakładała to już w swojej teorii pielęgnowania Florence Nightingale, mówiąc o chorych w kontekście koncepcji holistycznej. Ważne jest zatem niwelowanie niepokoju chorego przytomnego w sytuacji nagłej hospitalizacji, jak również podjęcie szczególnej troski wobec chorych nieprzytomnych w sytuacji np. śpiączki ketonowej.

Jak w każdym schorzeniu, lepiej jest zapobiegać wystąpieniom ostrych faz choroby, jeśli istnieje ku temu możliwość, niż leczyć następstwa. Stąd do najistotniejszych elementów zapobiegania wystąpienia cukrzycowej kwasicy ketonowej oraz jej powtórnych epizodów, jak również w przypadku występowania innych powikłań cukrzycy, należy przede wszystkim edukacja chorego, ukierunkowana na stany nie wyrównania stężenia glikemii. Edukacja jest bowiem stałym, integralnym i niezbędnym składnikiem postępowania terapeutycznego w cukrzycy. Pacjent powinien być przygotowany do samokontroli. Wiąże się z tym stały nadzór w poradni diabetologicznej oraz prowadzenie tzw. dzienniczka samokontroli. Chory powinien wiedzieć nie tylko jak, ale też i w jakich szczególnych sytuacjach należy dokonywać pomiaru glikemii z uwzględnieniem stanów infekcji, gorączki czy wysiłku fizycznego. Najważniejsze by chory znał objawy, jakie mogą towarzyszyć kwasicy ketonowej, aby w miarę możliwości jak najszybciej zareagować na stan zagrożenia życia. ■

Michalina Anna Wieszołek

Literatura u autora.

Życzenia



Wesołych Świąt Bożego Narodzenia spędzonych w spokoju, radości i ciepłej, rodzinnej atmosferze!

Niech 2014 rok będzie dla Państwa czasem realizacji osobistych zamierzeń i zawodowych planów. W Nowym Roku życzymy wielu szczęśliwych dni pełnych uśmiechu, dużo zdrowia, pomyślności, satysfakcji z życia i pozytywnej energii.

Z wyrazami szacunku

Zdzisław Wolski
Przewodniczący Rady Miasta
Krzysztof Matyjaszczyk
Prezydent Miasta Częstochowy



Niech radość i pokój
 Świąt Bożego Narodzenia
 Towarzyszy wszystkim
 Przez cały Nowy Rok.
 Życzymy, aby był to Rok
 Szczęśliwy w osobiste doznania,
 Spełnił marzenia i dążenia zawodowe
 Oraz by przyniósł wiele satysfakcji
 Z własnych dokonań

W imieniu Zarządu
 Przewodnicząca Zarządu Regionu Śląskiego
 Krystyna Ptok

Życzę szczęśliwych,
 błogosławionych i rodzinnych
 Świąt Bożego Narodzenia,
 oraz radości, zadowolenia i pogody ducha
 na każdy dzień Nowego 2014 Roku.

Izabela Kaptacz
 Konsultant Krajowy
 w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

**REKTOR AKADEMII POLONIJNEJ
 W CZĘSTOCHOWIE**

Częstochowa, Boże Narodzenie 2013 r.

Boże Narodzenie jest dlatego,
 żeby uczyć się miłości....
 żeby podawać sobie ręce...
 żeby uśmiechać się do siebie...
 żeby sobie przebaczać...
 Ks. Jan Twardowski

Z okazji zbliżających się świąt Bożego Narodzenia życzę,
 aby upłynęły one w zdrowiu, pokoju i w rodzinnej atmosferze.

Niech światło betlejemskiej Nocy, które zajaśniało
 w Chrystusie, oświeca życie, umacnia wiarę, obdarza
 radością i dodaje sił w pełnym miłości naśladowaniu Jezusa.
 Niech Chrystus, który ciągle rodzi się pośród nas, napełnia nas
 mocą, byśmy z odwagą nieśli Go innym i pomagali im otwierać
 się na Jego miłość.

Niech Boża Rodzicielka Maryja, wyprasza potrzebne łaski
 na drogach Nowego 2014 Roku.

Z szacunkiem
 ks. prof. nzw. dr hab. Stanisław Łupiński
 Rektor

Niechaj radość Świąt Bożego Narodzenia
 stanie się - dla wszystkich Polaków -
 zapowiedzią wielkich Łask Bożych,
 tak bardzo potrzebnych naszej Ojczyźnie.

Posel na Sejm RP
 Szymon Giżyński

Życzenia

Najlepsze życzenia to
 marzeń spełnienia.
 Bo cóż piękniejszego,
 niż własne marzenia?
 Wiek emerytalny po to
 jest nam dany, by realizować
 niespełnione plany...



**Pani
 Elżbiecie Wochnik**

w związku z zakończeniem pracy zawodowej
 i zasłużonym odejściem na emeryturę,
 podziękowania za długoletnią pracę,
 zaangażowanie na rzecz środowiska
 pielęgniarstwa, wspieranie chorych
 życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
 składa
 Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
 w Częstochowie.

Gratulacje!

Serdeczne gratulacje w związku z uzyskaniem
 tytułu spacjiisty
 Pielęgniarkom:

1. Rapczyńska Sylwia
 Pielęgniarka - szkolenie specjalizacyjne
 „Pielęgniarstwo psychiatryczne”
2. Taranek Małgorzata
 Pielęgniarka - szkolenie specjalizacyjne
 „Pielęgniarstwo psychiatryczne”
3. Rapczyńska Sylwia
 Pielęgniarka - szkolenie specjalizacyjne
 „Pielęgniarstwo psychiatryczne”
4. Katarzyna Koff
 Położna - szkolenie specjalizacyjne
 „Pielęgniarstwo ginekologiczne”

Okręgowa Rada
 Pielęgniarek
 i Położnych
 w Częstochowie.





Stosowanie (nowej) karty ciąży w województwie śląskim

Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego informuje, iż na stronie internetowej Wydziału w zakładce „Zalecenia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii” pod adresem

[http://www.katowice.uw.gov.pl/wdznnsocz/
ZKW_poloznictwa_i_ginekologii.html](http://www.katowice.uw.gov.pl/wdznnsocz/ZKW_poloznictwa_i_ginekologii.html) ■

Zachęcamy Państwa do zapoznania się!

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

SZKOLENIA 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 pediatryczne

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 pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe
11. Pielęgniarstwo onkologiczne
12. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
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
15. Leczenie ran –odleżyny Nr 11/07
16. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy przeźnej oraz wykonanie dojścia doszpicowego

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

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

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia zdrowotnego
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylniej i obrzęku limfatycznym
6. Diagnozowane i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi

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. ■



AKADEMIA POLONIJNA POLONIA UNIVERSITY



BEZPŁATNE

STUDIA POMOSTOWE

DLA PIEŁĘGNIAREK/PIEŁĘGNIARZY

**DODATKOWY NABÓR WIOSNA 2014
SKORZYSTAJ I TY!**

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

O przyjęcie na studia mogą ubiegać się wyłącznie absolwenci dwuletnich, dwu i pół - letnich medycznych szkół zawodowych oraz pięcioletnich liceów medycznych, o kierunku pielęgniarstwo, którzy posiadają świadectwo dojrzałości i dyplom pielęgniarki.

Liczba miejsc ograniczona - Decyduje kolejność zgłoszeń.

Rekrutacja trwa!!!

Przy zapisie na studia należy złożyć:

- świadectwo dojrzałości (oryginał),
- zaświadczenie lekarskie,
- 4 fotografie o wymiarach 35mmx45mm,
- ksero dowodu osobistego,
- dyplom pielęgniarki,
- zaświadczenie o aktualnym zatrudnieniu,
- zaświadczenia o przebiegu pracy w zawodzie pielęgniarki (dotyczy osób pracujących w zawodzie),
- przedstawienie dowodu uiszczenia opłaty rekrutacyjnej – 85zł,

**AKADEMIA POLONIJNA
W CZĘSTOCHOWIE
UL PUŁASKIEGO 4/6
42-200 CZĘSTOCHOWA**

+48 34 36 84 226
+48 34 36 84 229
fax +48 34 36 84 245
tel. gsm 530 403 426
e-mail info ap.edu.pl

www.ap.edu.pl



HARMONOGRAM POSIEDZEŃ ORPiP i PREZYDIUM ORPiP w 2014 roku

posiedzenie	termin	dzień tygodnia i godzina
Prezydium OR	22 stycznia	środa godz.12:30
Prezydium OR	26 lutego	środa godz.12:30
Okręgowa Rada	4 marca	wtorek godz 15:00
Prezydium OR	26 marca	środa godz.12:30
Okręgowy Zjazd	26 marca	środa godz. 9:00
Prezydium OR	23 kwietnia	środa godz.12:30
Prezydium OR	28 maja	środa godz.12:30
Prezydium OR	18 czerwca	środa godz.12:30
Okręgowa Rada	26 czerwca	czwartek godz 15:00
Prezydium OR	30 lipca	środa godz.12:30
Prezydium OR	27 sierpnia	środa godz.12:30
Prezydium OR	17 września	środa godz.12:30
Okręgowa Rada	23 września	wtorek godz 15:00
Prezydium OR	29 października	środa godz.12:30
Prezydium OR	26 listopada	środa godz.12:30
Okręgowa Rada	9 grudnia	wtorek godz 15:00
Prezydium OR	17 grudnia	środa godz.12:30

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ NRPiP w 2014 roku

posiedzenie	termin	dzień tygodnia
NRPiP	18-19 marca	wtorek - środa
NRPiP	24-25 czerwca	wtorek - środa
NRPiP	16-17 września	wtorek - środa
NRPiP	2-3 grudnia	wtorek - środa

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

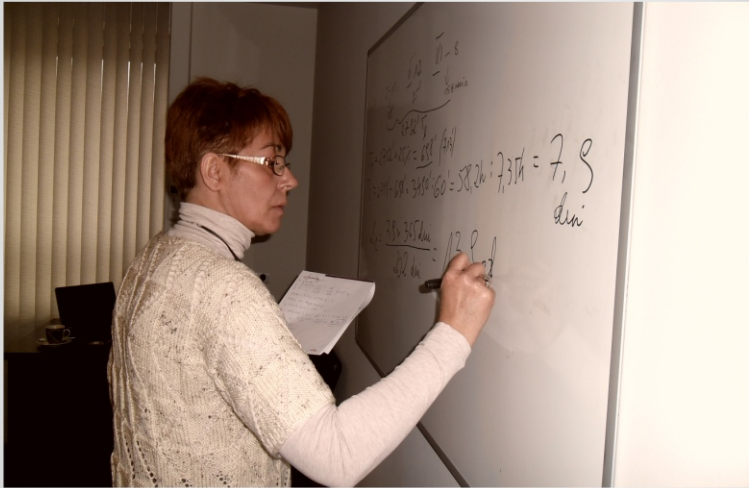
GODZINY PRACY BIURA

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

Spotkanie szkoleniowe kierowniczej kadry pielęgniarskiej w sprawie obliczania minimalnych norm zarumienia.
Szkolenie prowadziła Pani Zofia Małas członek Zespołu przy MZ opracowującego projekt rozporządzenia ww. sprawie. Częstochowa dnia 14 grudnia 2013 roku.



**Na zaproszenie Pełnomocnika Rejonu Wyborczego Nr 15 Pani Ewy Piekietek
Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu członków tego rejonu.
Kłobuck dnia 9 grudnia 2013 roku.**



**Egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 17 grudnia 2013 roku**



**Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek „Pielęgniarstwo rodzinne”
Spółdzielni Pracy „Oświata” w Częstochowie dnia 20 grudnia 2013 roku**

