

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



*Święty Mikołaj
w Szpitalu*

Grudzień 2014r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Spotkanie ze Świętym Mikołajem



W NUMERZE:

Okręgowa IPiP

Konsultanci krajowi

Prawo

Konferencje

Prace autorskie

Informacje

Kondolencje

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

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czest.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.

Mikołaj w Szpitalu

W dniach 5-8 grudnia 2014r. częstochowskie szpitale odwiedził św. Mikołaj. Organizatorami akcji byli: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny oraz Bank Żywności w Częstochowie. Honorowy patronat nad akcją objął abp Wacław Depo i tygodnik katolicki "Niedziela".

Nasi najmłodsi pacjenci zostali obdarowani słodyczami, pięknymi maskotkami, kalendarzami adwentowymi i innymi drobnymi upominkami.

Paczki otrzymało ponad 100 dzieci przebywających na oddziałach: pediatrycznym oraz chirurgii dziecięcej przy ul. Bialskiej, pediatrycznym przy ul. PCK Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego oraz na oddziale pediatrycznym Miejskiego Szpitala Zespolonego przy ul. Bony. Św. Mikołaj razem ze swoimi pomocnikami - wolontariuszami z Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta rozdawali mikołajowe paczki. Mikołaj nie zapomniał również o dorosłych pacjentach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Bialskiej, wszystkim wręczył owoce, słodycze i aniołki. W dniu 5 grudnia podczas wizyty Św. Mikołaja w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. Bialskiej dla małych pacjentów z oddziału pediatrycznego i oddziału chirurgii dziecięcej odbył się artystyczny występ dzieci z Miejskiego Przedszkola nr 14 przy ul. Krzysztofa Kamila Baczyńskiego w Częstochowie. Dzieci z przedszkola recytowały, śpiewały i tańczyły przy dźwiękach muzyki wywołując uśmiech na twarzach małych pacjentów. Serdeczne podziękowania składamy Pani Ewie Gregorczyk, jej personelowi oraz podopiecznym za te wspiane chwile. W dniu 6 grudnia przy ul. PCK Św. Mikołaj przyjechał z upominkami do dzieci przebywających na oddziale pediatrycznym, a delegaci z TEB Edukacja zaprezentowali swój występ. Natomiast w dniu 8 grudnia Mikołaj odwiedził dzieci przebywające na oddziale pediatrycznym w Miejskim Szpitalu Zespolonym przy ul. Bony. Mali pacjenci otrzymali piękne prezenty od Mikołaja.

Na pomyslność akcji złożyło się zaangażowanie wielu osób i instytucji. Szczególne podziękowania składamy dla Pana Adriana Skrzypczak - Prezesa Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta – Koła Częstochowskiego za pełne oddanie, organizację, i realizację akcji mikołajkowej. Tego typu inicjatywy niosą wiele radości i wsparcia dla pacjentów w trudnych dla nich chwilach. Mamy nadzieję, że również w przyszłym roku będziemy mieli możliwość i przyjemność wzięcia udziału w tak szlachetnej akcji i choć na chwilę pozwolimy zapomnieć o trudach związanych z chorobą. ■

Notatkę Sporządziła
Halina Synakiewicz

KALENDARIUM

Listopad – grudzień 2014 rok

24.11.2014 W siedzibie OIPIP odbyło się uroczyste rozdanie Dyplomów uzyskania tytułu Pielęgniarki Specjalisty w dziedzinie Pielęgniarstwa neonatologicznego.

01.12.2014r. Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego przy NIPIP w Warszawie.

02-03.12.2014r. Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia, Przedstawiciela Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej i wielu znanych przedstawicieli władz krajowych.

04.12.2014r. Święty Mikołaj odwiedził oddział pediatryczny oraz oddz. chirurgii dzieci Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Bialskiej. OIPIP współorganizowała spotkanie ze św. Mikołajem. Na zaproszenie OIPIP dzieci z Przedszkola nr 14 przy ul. K. K. Baczyńskiego zaprezentowały autorski występ artystyczny dla małych pacjentów.

05.12.2014r. Przedstawiciele ORPIP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek w SP ZOZ Myszków. Nowo wybranej Przełożonej Pielęgniarek serdecznie gratulujemy.

06.12.2014r. Święty Mikołaj odwiedził oddział pediatryczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. PCK rozdając dzieciom paczki.

08.12.2014r. Święty Mikołaj odwiedził oddział pediatryczny Miejskiego Szpitala Zespolonego przy ul. Św. Barbary wręczając dzieciom słodycze i maskotki.

09.12.2014r. Odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Tegoroczne ostatnie posiedzenie OR połączone było ze spotkaniem wigilijnym.

11-12.12.2014r. Przewodnicząca OR jako członkiem Komisji ds. sprawdzenia pod względem prawnym zgodności dokumentacji z obrad Nadzwyczajnego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie uczestniczyła w dwudniowej kontroli OIPIP w Rzeszowie.

15.12.2014r. W siedzibie OIPIP w Katowicach odbyło się spotkanie Przewodniczących OR z Bielska Białej, Częstochowy i Katowic z przedstawicielami zarządu regionu Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oddziału śląskiego.

17.12.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

17.12.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

17.12.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się ostateczne w tym roku posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 19 listopada 2014 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie sześć pielęgniarek, jedną położną.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Skreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwanaście pielęgniarek z powodu zgonu.

- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyły cztery pielęgniarki.
- Dokonano wykreślenia indywidualnej praktyki z rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla czterech pielęgniarek - na kwotę 7 700.00 zł.
- Przyznano dofinansowania kształcenia podyplomowego: za studia - magister pielęgniarstwa dla 2 pielęgniarek na kwotę 1 400.00 zł, za udział w specjalistycznym szkoleniu „Problematyka HIV/AIDS i narkomanii” dla 2 pielęgniarek na kwotę 224.00 zł, za udział w Konferencji Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego dla 1 pielęgniarki na kwotę 300.00 zł. ■



Konsultanci krajowi

KONSULTANT KRAJOWY

w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
- Beata Ostrzycka

Miejsce pracy: SP ZOZ MSW z Warmińsko -Mazurskim
Centrum Onkologii

10-228 Olsztyn, Al. Wojska Polskiego 37, Tel. 89 539 8078,
kom 663 370 200, bostrzycka@wp.pl

Olsztyn, 12 sierpień 2014 rok KKPR- 18/08/2014

**Opinia w sprawie podawania penicyliny prokainowej
przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej
w warunkach ambulatoryjnych.**

Na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Lekarz decyduje o procesie leczenia i ordynowaniu leków różnymi drogami wypisując w tym celu pisemne zlecenie lekarskie, którego treść powinna zawierać nazwę zleconego leku, dawkowanie, drogę podania, czasookres i częstotliwość wykonania oraz dane świadczeniobiorcy. Penicylina prokainowa jest lekiem dopuszczonym do obrotu w Polsce i zarejestrowanym do stosowania w leczeniu otwartym na Rp czyli wypisywana może być na receptę przez lekarza również w opiece ambulatoryjnej. Penicylina prokainowa jak każdy inny lek zarejestrowany w Polsce może dawać niepożądane skutki uboczne. Producent leku zastrzega jedynie nie podawanie leku dzieciom do 4 roku życia. Zaleca również wykonanie próby uczuleniowej przed podaniem pierwszy raz leku. Wykonanie próby uczuleniowej zleca również lekarz. Za podejmowane leczenie i ordynowanie leków odpowiedzialność ponosi lekarz. Brak zatem podstaw aby przy prawidłowo wystawionym zleceniu lekarskim, wykonaniu uprzednim próby uczuleniowej, zebraniu wywiadu od świadczeniobiorcy i zapoznaniu się pielęgniarki z ulotką informacyjną produktu leczniczego odmówić wykonania zlecenia lekarskiego. Pielęgniarka jednak może odmówić podania leku zleconego przez lekarza zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej podając przyczynę na piśmie. ■

Z poważaniem
KONSULTANT KRAJOWY w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Rodzinnego
Beata Ostrzycka!

**KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE
PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO**

**OLSZTYN, ul. ŻOŁNIERSKA 18 A, WOJEWÓDZKI
SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY**

piskorz@wssd.olsztyn.pl

Tel. 089 5393 455

**Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie
Pielęgniarstwa Pediatrycznego z dnia 12.08.2014r.
w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji
penicyliny prokainowej i preparatów
penicylinopochodnych u dzieci w warunkach
ambulatoryjnych**

W procesie antybiotykoterapii domięśniowej preparatami penicyliny, realizowanej u dzieci w warunkach ambulatoryjnych należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:

1. Wskazania do antybiotykoterapii, określenie lekowrażliwości wyizolowanego drobnoustroju wywołującego zakażenie i antybiotykoterapia celowana po uzyskaniu wyniku antybiogramu. Decyzję powyższą podejmuje lekarz zlecający i za tę decyzję odpowiada lekarz.
2. Czytelne, pełne, pisemne zlecenie lekarskie, będące podstawą do podania przez pielęgniarkę penicyliny, które powinno zawierać nazwę leku, dawkę, drogę podania i czasookres podawania. Na zleceniu powinna znajdować się informacja o ewentualnej próbie uczuleniowej i jej wyniku oraz o ewentualnej kontynuacji leczenia rozpoczętego w szpitalu.
3. Dokładnie zebrany przez pielęgniarkę wywiad od pacjenta i jego opiekunów na temat ewentualnych uczuleń na antybiotyki beta-laktamowe lub inne leki oraz czy u pacjenta występowały w przeszłości reakcje alergiczne niezależnie od ich przyczyn. Brak danych z wywiadu, że nie występuje u pacjenta nadwrażliwość na antybiotyki beta-laktamowe, nie jest dowodem na to, że taka nadwrażliwość nie wystąpi. W przypadku zgłoszenia przez pacjenta lub opiekunów występujących w przeszłości reakcji alergicznych, niezależnie od czynnika wywołującego, rekomenduję, odroczenie wykonania zlecenia i zgłoszenie powyższego faktu lekarzowi, celem przeprowadzenia diagnostyki nadwrażliwości (próby uczuleniowej, jeśli taka możliwość istnieje), na zlecenie lekarza lub zmiany sposobu czy też formy leczenia.
4. Pielęgniarka powinna przed podaniem leku zapoznać się z kartą charakterystyki produktu, bądź tzw. „ulotką informacyjną” dołączoną do leku. W wyposażeniu gabinetu powinien znajdować się katalog „Kompedium leków”, z którego należy korzystać przed podaniem leku, aby zapoznać się ze wskazaniami, przeciwwskazaniami, działaniami niepożądanymi, interakcjami oraz sposobem przygotowania, przechowywania i podania leku.
5. Technika przygotowania zawiesiny i podania leku. Pielęgniarka podająca antybiotyk, powinna zwrócić szczególną uwagę na technikę przygotowania leku i podania (dokładne rozpuszczenie, miejsce podania, aspiracja), by uniknąć podania leku do naczynia krwionośnego oraz nie uszkodzić nerwów obwodowych i naczyń.
6. Bezpieczeństwo pacjenta po podaniu leku. Pacjent w czasie podawania leków, szczególnie takich jak penicylina prokainowa i debecylina oraz co najmniej 30 minut po ich podaniu, ze względu na skutki uboczne, powinien być poddany obserwacji w poradni. Gabinet zabiegowy poradni, powinien być wyposażony w kompletny zestaw przeciwwstrząsowy. Jednostka POZ powinna posiadać

- opracowaną listę leków, materiałów i sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach, który powinien być dostępny w miejscu udzielania świadczeń, czyli w gabinecie zabiegowym. Wskazany byłby defibrylator, worek AMBU itp. oraz łączność z jednostką ratownictwa medycznego. Pielęgniarka powinna posiadać kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo - oddechowej oraz znać procedurę postępowania do czasu przyjazdu karetki pogotowia. Rekomendowaną dobrą praktyką jest coroczne odbywanie wewnątrzszkolowych szkoleń teoretycznych i praktycznych z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
7. Wg współczesnej wiedzy medycznej i dostępnych metod leczenia dzieci, powinno się wybierać najbardziej bezpieczne leki i drogi podawania leków czyli: droga doustna realizowana w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadku przeciwwskazań- droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych. Opisywane powikłania u dzieci po podawaniu penicyliny prokainowej lub debecyliny w postaci zespołu Hoigne, uszkodzeń nerwu kulszowego, uszkodzeń mięśni pośladkowych, do zaników włócznie, jak również reakcji alergicznych od wysypki uczuleniowej do wstrząsu anafilaktycznego włócznie oraz trauma i ból spowodowany stałymi, częstymi iniekcjami, są wystarczającym powodem do niestosowania tej formy leczenia dzieci w warunkach ambulatoryjnych. O możliwych zdarzeniach niepożądanych powinni być poinformowani opiekunowie dziecka.
 8. Dodatkowym argumentem przeciw stosowaniu penicyliny jest opisywana i potwierdzona w badaniach naukowych, powszechna oporność drobnoustrojów na ten antybiotyk. A w przypadku stwierdzenia wrażliwości na penicylinę prokainową i debecylinę, wszystkie inne antybiotyki beta-laktamowe (penicyliny syntetyczne, cefalosporyny), są również skuteczne, a ich zastosowanie w leczeniu jest o wiele bezpieczniejsze.
 9. Artykuł 12 punkt 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, daje pielęgniarce prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadku, gdy jest ono niezgodne z sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz jeśli zagraża życiu chorego. W takiej sytuacji pielęgniarka wskazuje pisemnie przyczynę odmowy wykonania zlecenia, z jej uzasadnieniem. Ponadto należy zaznaczyć, że za zlecenie lekarskie (dobór leku i drogę podawania) odpowiedzialność ponosi lekarz (art. 45 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty /Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm./), który może uwzględnić wątpliwości pielęgniarki i zmienić zlecenie lub je podtrzymać.
 10. Równoczesne zastosowanie wraz z antybiotykiem, lignokainy jako leku ograniczającego bolesność procedury. Ze względu na bezpieczeństwo stosowania antybiotyków podawanych domięśniowo, nie zaleca się równoczesnego stosowania lignokainy, jako leku ograniczającego bolesność procedury, z uwagi na ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych. Lignokaina może powodować reakcje nadwrażliwości, w tym o ciężkim przebiegu, wstrząs anafilaktyczny, objawy ze strony OUN, w tym drgawki i zatrzymanie oddechu, objawy ze strony układu krążenia, a w szczególności zaburzenia rytmu. Po iniekcji lignokainy może dojść również do parestezji jak i porażenia kończyn dolnych, jako efektów niepożądanych zastosowania leku. Nie bez znaczenia mogą być także niezgodności farmaceutyczne związane z mieszaniami w jednej strzykawce lignokainy z antybiotykami, jak i potencjalnie

możliwe interakcje farmakodynamiczne. Stanowisko w powyższej kwestii, poparte jest konsultacją z dr.n.med. Jarosławem Woronem - specjalistą farmakologii klinicznej.

11. Podawanie antybiotyków u noworodków i niemowląt do ukończenia trzeciego miesiąca życia. W celu zminimalizowania ryzyka powstania powikłań takich jak min.: uszkodzenie nerwu kulszowego, tkanki mięśniowej, trauma oraz ból (spowodowany częstotliwością iniekcji dla utrzymania poziomu terapeutycznego antybiotyku i objętością podawanego roztworu), u noworodków i niemowląt do ukończenia 3 miesiąca życia i starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, wyklucza się iniekcje domięśniowe w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku przeciwwskazań do doustnej podaży antybiotyków, dziecko powinno zostać skierowane do szpitala, celem realizacji antybiotykoterapii dożylnej, która może być wykonywana wyłącznie w warunkach szpitalnych. Realizowanie przez pielęgniarki zleceń lekarskich w zakresie podawania antybiotyków drogą domięśniową lub dożylną w warunkach ambulatoryjnych), u noworodków i niemowląt do ukończenia 3 miesiąca życia i starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i niebezpieczne dla dziecka. Biorąc powyższe pod uwagę, stanowi to podstawę do odmowy wykonania zlecenia zgodnie z art. 12 pkt 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Tracą moc opinie:

1. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego z dnia 06.12.2010 r. w sprawie podawania antybiotyków z dodatkiem leków miejscowo znieczulających drogą domięśniową u dzieci.
2. Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego nr 2/2004 z dnia 16 marca 2004r., zweryfikowane w dniu 19 stycznia 2007 r. w sprawie podawania antybiotyków noworodkom i niemowlętom do 3 miesiąca życia.
3. Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego z dnia 6 stycznia 2009 roku w sprawie podawania debecyliny dzieciom w warunkach ambulatoryjnych

Dr n.med. Krystyna Piskorz-Ogórek
Konsultant Krajowy
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego.

**Opinia w sprawie delegowania
Pielęgniarek operacyjnych w trakcie
dyżuru, podczas gdy nie odbywają się
zabiegi, do pomocy w sprawowaniu
opieki nad pacjentami na inne oddziały
np. zachowawcze, zabiegowe,
intensywnej opieki medycznej, izbę
przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy.**

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa, także takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego, za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka, a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy.

W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego. W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewłaściwe, bowiem naruszają zasadę tzw. hermetyzacji bloku. Po wejściu w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapki, maski i zdezynfekowanego obuwia, personel nie może opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Taki ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarno-higienicznego, ładu i porządku. Jednak, aby wymagać od wysoko wykwalifikowanej kadry personelu pielęgniarskiego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wyżej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 i upubliczniony w dokumencie pod nazwą „Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie, stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, ich aspekty prawne, prawa pacjentów, aspekt roszczeń w kontekście zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarskiego.

Wniosek:

Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.

Reasumując:

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym bloków operacyjnych w porozumieniu z personelem stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa chorych i personelu. ■

Podpisano

dr n. med. Beata Ochocka

Konsultant Krajowy

W dz. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego



Prawo

Komunikat do fachowego personelu medycznego sporządzony na zlecenie Komitetu ds. Oceny Ryzyka w Ramach Nadzoru nad Bezpieczeństwem Farmakoterapii (PRAC) z dnia 4 listopada 2014 r.

Data: 25 listopada 2014 r.

Tecfidera (fumaran dimetylu): postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia (ang. *Progressive Multifocal Leukoencephalopathy*, PML) u pacjenta z ciężką i długotrwałą limfopenią.

Szanowni Państwo,

W uzgodnieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, w imieniu firmy Biogen Idee, niniejszym chcielibyśmy przekazać Państwu ważną informację z zakresu bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego Tecfidera dotyczącą przypadku wystąpienia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii w związku z zastosowaniem leku w leczeniu stwardnienia rozsianego:

Streszczenie

- **W październiku 2014 r., zgłoszono śmiertelny przypadek postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML), w przebiegu ciężkiej długotrwałej limfopenii, u pacjenta przyjmującego produkt Tecfidera przez 4,5 roku. Jest to pierwszy przypadek PML związany ze stosowaniem produktu Tecfidera. Pacjentów należy informować, że zachodzi ryzyko wystąpienia tak poważnego stanu.**
- **Limfopenia jest znanym niepożądanym działaniem produktu Tecfidera i leczonych pacjentów należy regularnie monitorować. Regularnie i w krótkich odstępach czasu, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, należy wykonywać pełną morfologię krwi wraz z badaniem poziomu limfocytów.**
- **Pacjentów przyjmujących produkt Tecfidera, u których wystąpi limfopenia, należy uważnie i często**

obserwować pod kątem wystąpienia przedmiotowych i podmiotowych objawów zaburzenia czynności układu nerwowego.

- **W przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii, należy natychmiast przerwać leczenie produktem Tecfidera.**

Informacje dodatkowe

Produkt Tecfidera jest wskazany do stosowania u pacjentów dorosłych z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego. Tecfidera może powodować limfopenię; w trakcie leczenia w ramach badań klinicznych liczba limfocytów zmniejszała się o około 30%.

Pacjentów leczonych produktem Tecfidera należy uważnie monitorować, a morfologię krwi wraz z badaniem liczby limfocytów, należy wykonywać regularnie i w krótkich odstępach czasu, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

Przypadek postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii zgłoszono w październiku 2014 roku. Pacjent brał udział w otwartym badaniu klinicznym ENDORSE i był leczony produktem Tecfidera przez 4,5 roku. W trakcie leczenia produktem Tecfidera u pacjenta wystąpiła ciężka i długotrwała limfopenia (trwająca ponad 3,5 roku). Długotrwała limfopenia może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii. Liczba limfocytów wahała się od 200 do 580 komórek/ul [od stycznia 2011 roku głównie stopnia 3, wg kryteriów CTC (pomiędzy 200 a 500 komórek/ul)]. Pacjent zmarł z powodu powikłań związanych z zaostrzeniem się zaburzeń neurologicznych oraz zachyłstowego zapalenia płuc.

Postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia (PML) jest rzadkim i ciężkim zakażeniem mózgu wywołanym wirusem JC. Wirus ten występuje powszechnie wśród ogólnej populacji, ale prowadzi do PML tylko w przypadku osłabienia układu odpornościowego. PML objawia się podobnie do stwardnienia rozsianego, jako choroba demielinizacyjna. Jeśli wystąpią objawy wskazujące na PML lub w przypadku jakichkolwiek wątpliwości, należy przerwać leczenie produktem Tecfidera i prowadzić dalszą diagnostykę.

Lekarze powinni we właściwy sposób informować pacjentów o ryzyku wystąpienia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii.

Jest to pierwszy przypadek postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii związany ze stosowaniem produktu Tecfidera. W przeszłości zgłaszano inne przypadki PML u pacjentów z limfopenią i łuszczyką związane ze stosowaniem estrów kwasu fumarowego, chociaż, w większości przypadków, nie można było ustalić związku przyczynowego (np. istniały inne czynniki ryzyka wystąpienia PML.)

Firma Biogen Idee przeprowadza obecnie ocenę dostępnych danych i będzie współpracowała z EMA w celu rozważenia właściwych zmian w drukach informacyjnych, w tym dalszych wytycznych dotyczących postępowania w przypadku ciężkiej i długotrwałej limfopenii oraz ryzyka PML. Wszelkie nowe wytyczne dla fachowego personelu medycznego i pacjentów będą natychmiast komunikowane.

Obowiązek zgłaszania działań niepożądanych

Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane związane ze stosowaniem produktu Tecfidera, zgodnie z krajowymi wymogami do:

Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań
Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów
Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
Al. Jerozolimskie 181C PL-02 222 Warszawa
Tel.: + 48 22 49 21 301 Faks: + 48 22 49 21 309
e-mail: ndl@urpl.aov.pl

lub

Do przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego Biogen Idee
Poland sp. z o.o. Tel.: +48.22 351 51 00

Kontakt z firmą

Dane kontaktowe, konieczne w celu uzyskania dalszych informacji, podane są w drukach informacyjnych produktu (ChPL i Ulotka dla pacjenta) dostępnych na stronie <http://www.ema.europa.eu/ema/>. ■

Z poważaniem
Dr n. med. Piotr Paczwa
Head of Medical Department

Prawnik odpowiada

Jakie obecnie obowiązują zasady uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki w Polsce?

W Polsce pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej. Szkołami pielęgniarskimi są szkoły prowadzące kształcenie w zawodzie pielęgniarki. Uzyskanie odpowiednich kwalifikacji jest jednym z niezbędnych warunków do uzyskania prawa wykonywania zawodu.

Zgodnie z art. 52 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.) szkołami pielęgniarskimi są uczelnie prowadzące kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie:

1. studiów pierwszego stopnia,
2. studiów drugiego stopnia.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej zawiera również regulacje dotyczące wymiaru zajęć w szkole wyższej prowadzącej studia wyższe zawodowe (pierwszego stopnia). W tego rodzaju szkole pielęgniarskiej studia powinny trwać co najmniej 3 lata i obejmować co najmniej 4.600 godzin kształcenia zawodowego, w tym kształcenie kliniczne stanowi co najmniej jedną drugą, a zajęcia teoretyczne co najmniej jedną trzecią wymiaru kształcenia. Studia te nie mogą być prowadzone w formie niestacjonarnej (art. 54 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej)

Kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia może trwać krócej niż 3 lata - w przypadku pielęgniarek, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarstwa, jeżeli po ich ukończeniu pielęgniarka uzyska wiedzę, kwalifikacje i umiejętności odpowiadające wiedzy, kwalifikacjom i umiejętnościom uzyskiwanym po ukończeniu studiów wyższych zawodowych pierwszego stopnia (art. 52 ust. 3 pkt 2 ww. Ustawy.). Są to tzw. studia pomostowe. Szczegółowo powyższe kształcenie reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2012r., poz. 770). Zgodnie z tym rozporządzeniem do podjęcia przez pielęgniarkę studiów zawodowych, uprawnia świadectwo dojrzałości oraz dyplom ukończenia:

- a) pięcioletniego liceum medycznego,
- b) dwuletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarstwa,
- c) dwupółletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarstwa,
- d) trzyletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarstwa;

Czas trwania studiów zawodowych w przypadku pielęgniarek nie może być krótszy niż:

- a) dwa semestry lub 1150 godzin - dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych,
- b) trzy semestry lub 2410 godzin - dla absolwentów dwuletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
- c) dwa semestry lub 1984 godziny - dla absolwentów dwupółletnich szkół policealnych albo pomaturalnych,
- d) dwa semestry - dla absolwentów trzyletnich szkół policealnych albo pomaturalnych;

Program kształcenia na ww. studiach zawodowych, w tym wymiar zajęć teoretycznych, praktycznych i praktyk zawodowych, ustala uczelnia, uwzględniając różnice pomiędzy treściami kształcenia określonymi w standardach kształcenia dla kierunków studiów pielęgniarstwo i położnictwo oraz programami nauczania zrealizowanymi odpowiednio w wyżej wymienionych szkołach. Po zaliczeniu przewidzianych programem kształcenia na studiach zawodowych zajęć teoretycznych i praktycznych oraz praktyk zawodowych student przystępuje do teoretycznego i praktycznego egzaminu kończącego studia zawodowe.

Edukacja pielęgniarek na uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku pielęgniarstwo obejmuje kształcenie teoretyczne i kliniczne (praktykę). W trakcie kształcenia teoretycznego student zdobywa wiedzę zawodową, doświadczenie i umiejętności niezbędne do planowania, organizowania i sprawowania opieki zdrowotnej oraz oceny działań z tym związanych.

W trakcie kształcenia klinicznego student uczy się sprawowania kompleksowej opieki zdrowotnej jako członek zespołu, w bezpośrednim kontakcie z osobami zdrowymi i chorymi. Kształcenie kliniczne odbywa się w podmiotach leczniczych, pod kierunkiem wykładowców pielęgniarstwa lub położnictwa

oraz przy pomocy innych specjalistów, w szczególności pielęgniarek i położnych. Kształcenie kliniczne jest praktyką w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym. ■

PO

Prawnik odpowiada

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

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

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

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

15. przygotowywania do rodzielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

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

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

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

Prawnik odpowiada

Praca w ramach wolontariatu

Zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2011 r., poz. 213 ze zm.) świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w ramach wo-

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

1) organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 w zakresie ich działalności statutowej, w szczególności w zakresie działalności pożytku publicznego, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,

2) organów administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,

3) jednostek organizacyjnych podległych organom administracji publicznej lub nadzorowanych przez te organy, z wyłączeniem prowadzonej przez te jednostki działalności gospodarczej,

4) podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej - zwanych dalej „korzystającymi”.

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

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

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

Prawnik odpowiada

Monitoring aktów prawnych 24.11.2014

W życie wchodzi:

Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 1508) – z dniem

19 listopada 2014 r. z dniem 19 listopada 2014 r. - dotyczy bezpośrednio pielęgniarek i położnych;

Informujemy, iż z dniem 19 listopada 2014 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 1508).

Rozporządzenie to określa kwestie dotyczące poszczególnych rodzajów dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, w tym dokumentacji lekarza, pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej wykonywanej w tych podmiotach leczniczych oraz dokumentacji prowadzonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom. Powyższy akt prawny reguluje także zasady przechowywania i udostępniania ww. dokumentacji oraz szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej.

Należy wskazać, iż powyższe rozporządzenie zawiera regulacje prawne, które są co do zasady tożsame z zapisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (j.t. Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.). Nowym rozwiązaniem wprowadzonym w ww. rozporządzeniu jest natomiast regulacja przewidująca, iż w dokumentacji medycznej będzie się musiała znajdować także pieczęć lekarza, pielęgniarki i położnej jako dodatkowy element oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie.

Ponadto warto zauważyć, iż zapisy ww. rozporządzenia dotyczące zasad dokonywania wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy utworzony przez Ministra Obrony Narodowej będą miały zastosowanie także do lekarza jak i pielęgniarki oraz położnej wykonujących indywidualną praktykę albo indywidualną specjalistyczną praktykę w tym podmiocie leczniczym.

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014r. w sprawie powołania Zespołu Zarządzania Kryzysowego (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 76) - z dniem 20 listopada 2014 r.

W Dzienniku Ustaw RP zostało ogłoszone obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kategorii substancji niebezpiecznych i mieszanin niebezpiecznych, których opakowania wyposaża się w zamknięcia utrudniające otwarcie przez dzieci i wysuwalne do tyłu ostrzeżenie o niebezpieczeństwie (Dz. U. poz. 1604)

W dniu 18 listopada 2014 r. Minister Finansów skierował do uzgodnień międzyresortowych projekt ustawy o Administracji Podatkowej. Projekt nie odnosi się bezpośrednio do zadań samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jednakże dotyczy - między innymi - obowiązków płatników składek na ubezpieczenia i zaliczek na podatek dochodowy, jak również rozliczeń w tym zakresie. Zawiera również niewielką zmianę ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. ■

Przedruk z Dziennik Gazeta prawna, 1 października 2014r, nr 190

Szpital musi uregulować stawki za pielęgniarki dorabiające w zewnętrznej firmie

ZUS ma prawo domagać się od szpitala daniny za pracowników wykonujących pracę na jego rzecz na podstawie umowy-zleczenia zawartej z firmą zewnętrzną.

Kilka pielęgniarek zatrudnionych na etacie w szpitalu wojewódzkim podjęło współpracę z firmą medyczną świadczącą usługi na rzecz jednostki, gdzie pracowały. Dodatkowe zadania były wykonywane na podstawie zlecenia. Dzięki takiej umowie pielęgniarki m.in. pełniły całodobową opiekę nad pacjentami. ZUS po zbadaniu sprawy uznał, że w tej sytuacji obowiązek opłacania składek ciąży na szpitalu. Zakład bowiem uznał, że przedsiębiorca, który podpisał umowę ze szpitalem wojewódzkim, jest tylko pośrednikiem.

W czasie kontroli ustalono, że właściciel firmy zawarł z pielęgniarkami umowę-zlecenie i z tego tytułu wyłącznie opłacała za nie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Przy czym zleceniobiorczynie wykonywały prace na terenie placówki, gdzie były także zatrudnione na podstawie umowy o pracę, wykonując polecenia lekarza dyżurnego oraz przełożonej, oddziałowej. Zdaniem ZUS taka sytuacja w sposób jednoznaczny wskazuje, że świadczące prace na podstawie umowy-zlecenia nadal były pracownikami szpitalu. I nie zmieni tego umowa z przedmiotem zewnętrznym.

Sprawa trafiła do sądu I instancji, który potwierdził stanowisko ZUS. Sędziowie uznali, że zainteresowane były pracownikami szpitala, gdyż w ramach zleceń świadczyły usługi medyczne na rzecz swojego pracodawcy i to dlatego szpital, a nie firma zewnętrzna, ma obowiązek opłacenia składek. Sąd wskazał, że w podobnej sprawie Sąd Najwyższy już podjął uchwałę (2 września 2009 r., sygn. akt IIUZP 6/09). Firma, która zatrudniała pielęgniarki, złożyła apelację. Sąd II instancji jednak utrzymał wyrok sądu okręgowego, wskazując jako podstawę obciążenia art. 8 ust. 2a ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U z 2013 r. poz. 1442 ze zm.). Zgodnie z nim za pracownika uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy-zlecenia, jeżeli taki kontrakt zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy.

Sędziowie wskazali, że ustawodawca po to wprowadził taki warunek, żeby wyeliminować sytuacje, w których pracownicy w ramach umów cywilnych będą wykonywali takie same prace, jak w przypadku umów o pracę.

Osoba prowadząca firmę złożyła kasację do Sądu Najwyższego. Ten jednak ją oddalił jako bezzasadną. Sędziowie uznali, że sądy obu instancji słusznie wskazały, że w takiej sytuacji obowiązek płacenia składek spoczywa na szpitalu, który jest pierwotnym pracodawcą. Tak więc składki od umów-zleceń musi zapłacić szpital, chociaż z umowy między nim a firmą zlecającą wynikało co innego.

ORZECZNICTWO

Wyrok Sądu Najwyższego z 16 maja 2014 r., sygn. akt II UK 444/2013

www.serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia ■

Bożena Wiktorowska
bozena.wiktorowska@infor.pl

Refleksje po I Konferencji Naukowo- Szkoleniowej:

„Wyzwania w onkologii-profilaktyka, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja”

organizowanej w Częstochowie
w dniu 10 października 2014 roku.

Było to bardzo ciekawe spotkanie, między innymi dlatego, iż uczestniczyły w nim nie tylko pielęgniarki i położne ale również inni członkowie zespołu terapeutycznego tj. lekarze, rehabilitanci, psycholodzy, dietetycy, specjaliści medycyny paliatywnej. Nie mniej ważna była obecność naszych byłych i obecnych pacjentek ze Stowarzyszenia Częstochowskich Amazonek. Można było odczuć, iż to środowisko jest siebie ciekawe, chce ze sobą współpracować na rzecz pacjentów onkologicznych.

Organizatorami spotkania byli; Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Centrum Medyczne „Małgorzata” Sp. z o.o. w Częstochowie oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie.

Nasze spotkanie uświetnili zaproszeni goście: władze samorządowe, organizacje zawodowe, przedstawiciele Izb Pielęgniarskich, Lekarskich oraz Aptekarskich, Konsultant Krajowy- Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych, przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i wiele innych osób, którzy zechcieli uczestniczyć w tym wydarzeniu i poświęcić swój cenny czas.

Patronat honorowy konferencji objęli: Prezydent Miasta Częstochowy, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.

Moderatorami, osobami prowadzącymi spotkanie były: dr n. med. Iwona Markiewicz oraz mgr Renata Sówka.

Otwarcia i powitania gości dokonała nasza Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie - **mgr Halina Synakiewicz**.

Do przeprowadzenia wykładu inauguracyjnego zaproszono ks. Jan Kaczkowski, doktora teologii moralnej i bioetyki, Prezesa Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio.

Tematem prelekcji ks. Jana były: **„Dylematy moralne wokół sedacji w opiece paliatywnej oraz prawda przy łóżku chorego w praktyce hospicyjnej”**. Wszyscy obecni mogli się ze mną zgodzić, iż spotkanie z księdzem Janem było wielkim wyzwaniem ale i przywilejem. Dziękowaliśmy księdzu za imponujący wykład, głębokie myśli, prawdę oraz refleksje o życiu i śmierci. Polecam pasjonującą książkę pt. „Szału nie ma jest rak”, którą przeczytałam niemalże jednym tchem.

Kompleksowość i jakość leczenia raka piersi zaprezentował dr Przemysław Jasnowski w wykładzie nt. **„Rekonstrukcji piersi”** Prelegent zapoznał nas ze współczesnymi metodami operacyjnymi raka piersi oraz opieką pooperacyjną.

Pani dr Anna Żelechowska –specjalista z dziedziny rehabilitacji opowiedziała nam o metodach i sposobach **Rehabilitacji w onkologii**. Jestem przekonana, że rehabilitacja powinna być już standardem postępowania i integralną częścią postępowania onkologicznego. Widzę na co dzień w naszym Ośrodku Dziennym Rehabilitacji Centrum Medycznego „Małgorzata” Sp. z o.o. ogromną potrzebę tego typu świadczeń, zadowolenie i efekty ciężkiej pracy całego zespołu rehabilitacyjnego i pacjentów, którzy bardzo chcą szybkiego powrotu do pełnej sprawności, którzy z wielkim zaufaniem oddają się naszemu specjalistom.

Pani Elżbieta Markowska – Prezes, opowiedziała o działalności Stowarzyszenia Częstochowskich Amazonek w trakcie

swojej prezentacji **„Współczesna kobieta po mastektomii”**. Udział Amazonek w naszej konferencji było dowodem na to, iż współczesne kobiety umieją nie tylko radzić sobie w trudnych chwilach życia ale potrafią jeszcze wzajemnie się wspierać, tworząc „nową rodzinę” w Stowarzyszeniu.

Pani dr Dorota Wojtachnio- specjalista onkologii klinicznej, przekazała nam bogate treści nt. **„Leczenia systemowego w nowotworach złośliwych”**. Pacjenci naszego Centrum są bardzo wdzięczni Pani Dorocie za holistyczne podejście do terapii onkologicznej. Z bólem jako pielęgniarka muszę przyznać, że jeszcze zbyt mało pacjentów onkologicznych jest objętych całościową opieką (holistyczną), co przedkłada się w efekcie finalnym na jakość leczenia.

W trakcie naszej konferencji nie zabrakło informacji o **problemach pielęgnacyjnych pacjentów w trakcie chemioterapii**. Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Onkologii – mgr Mariola Huras z W.Sz.S w Częstochowie podzieliła się z nami wiedzą i bogatym już doświadczeniem w zakresie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem onkologicznym.

O **opiece nad pacjentem leczonym napromienianiem** opowiedziała mgr pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa onkologicznego Jolanta Podstawka z Instytutu Onkologii w Gliwicach.

Podsumowując wykłady dwóch specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa należy podkreślić, że

Prawidłowo rozpoznane problemy pielęgnacyjne pacjenta, pozwalają pielęgniarcie na przygotowanie i realizację indywidualnego planu opieki, a także jego aktualizację i modyfikację w zależności od stanu zdrowia pacjenta.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem w trakcie leczenia onkologicznego powinna posiadać wiedzę z zakresu objawów niepożądanych, umiejętność podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących planowania i realizacji procesu pielęgnowania, co pozwoli jej:

- ☐ dostosować sposoby pielęgnowania do indywidualnych oczekiwań pacjenta
- ☐ uwzględnić w działaniach edukacyjnych możliwości percepcyjne każdego chorego
- ☐ świadczyć usługi medyczne w zakresie deficytu samoopieki pacjenta
- ☐ zaplanować opiekę dla konkretnego chorego, dającą mu poczucie ważności jego osoby, co w bardzo korzystny sposób może wpłynąć na jego stan psychiczny i fizyczny

Mówiliśmy dużo o problemach pielęgnacyjnych naszych pacjentów ale nie brakowało informacji o naszych problemach, z którymi pielęgniarki onkologiczne i inne muszą się zmagać w codziennej praktyce zawodowej. Miałam przyjemność podzielić się wiedzą i doświadczeniem z koleżankami, które zechciały uczestniczyć w naszym spotkaniu. Czy łatwo polskiej pielęgniarcie funkcjonować i realizować swoje ambicje zawodowe w obecnym systemie ochrony zdrowia? Z jakimi problemami się spotyka w placówkach ochrony zdrowia, jak sobie z nimi radzi?

Na te i wiele innych pytań postarałam się odpowiedzieć w trakcie swojego wykładu nt. **„Wybranych problemów zawodowych pielęgniarek onkologicznych”**. Większość uczestników konferencji zgodziła się ze mną, że pielęgniarkom polskim jest bardzo trudno realizować świadczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Stale podnosimy kwalifikacje zawodowe, jesteśmy autentycznymi członkami różnych zespołów interdyscyplinarnych, uczestniczymy w procesach akredytacyjnych, stale zabiegamy o jakość naszych usług,

dbamy o wizerunek naszych miejsc pracy. Mimo tego czujemy, że nadal jesteśmy niedocenioną personą społeczną. Brakuje nam satysfakcji zawodowej i ekonomicznej za trud włożony w opiekę nad naszymi pacjentami. Pozostaje nam życzyć sobie siły, cierpliwości i wierzyć w to, że w naszej polskiej rzeczywistości większość pielęgniarek będzie dumna z wykonywanego zawodu. Pozostaje nam jeszcze wiele do zrobienia, ale najważniejsze i najtrudniejsze to wzajemne okazywanie sobie szacunku i wspieranie się na naszych stanowiskach pracy. Jest to bardzo proste a zarazem tak trudne dla polskiej pielęgniarki.

Bardzo ciekawy wykład nt. „**Żywienia pacjentów onkologicznych**” przedstawiła Małgorzata Stanior- specjalista z dietetyki klinicznej. Jestem przekonana, że leczenie dietetyczne jest nie mniej ważne niż farmakologiczne. Tak wiele naszych pacjentów z chorobą onkologiczną dociera do naszych placówek w stanie niedożywienia. Najczęściej to niedożywienie rozpoczyna się w warunkach domowych, często nie rozpoznane i nieleczone. Nasila się w szpitalu, wydłuża czas hospitalizacji, koszty leczenia, zwiększa częstość powikłań, pogarsza rokowanie po wyjściu pacjenta ze szpitala.

Na zakończenie było nam bardzo miło wysłuchać wykładu naszej psycholog Marty Dudzińskiej z Centrum Medycznego „Małgorzata” nt. „**Wsparcia psychologicznego pacjenta w chorobie nowotworowej**”. Celem wspólnych działań zespołu terapeutycznego jest dążenie do odzyskania sprawności fizycznej ale i równowagi psychicznej. W wyniku tych działań chory może odzyskać dobrą jakość życia, mimo zachorowania. Wykładowca zachęcała do odwagi i unikania lęku. Odwaga staje się postawą terapeutyczną, która polega na wytworzeniu autentycznej więzi z pacjentem, w której chory zyskuje przekonanie, że w tej walce z chorobą nie będzie sam. Udzieliła nam bardzo wiele wskazówek psychologicznych, które będą pomocne w opiece nad chorym onkologicznym. Każdy pacjent przechodzi przez chorobę na swój sposób, nie można jednoznacznie określić, które metody są lepsze, a które gorsze. Przypomniła wszystkim uczestnikom konferencji: że

„Nie możemy zmienić innych, tylko nasz stosunek do innych”

Na zakończenie zaprosiliśmy wszystkich, najbardziej wytrwałych uczestników konferencji, na muzyczną niespodziankę: **akustyczny duet The Missing Part**, który tworzy Natalia Kwiatkowska i Robert Kapkowski. Zachęcili nas do wysłuchania pięknych nastrojowych utworów opowiadających różne historie za pomocą dźwięków i słów. Potrafili wzruszyć słuchaczy ale i rozbawić.

Ta muzyka stała się dopełnieniem tak mile zakończonego spotkania wszystkich uczestników konferencji. ■

Sprawozdanie przygotowała:
Renata Sówka



Prace autorskie

PRZEMOC W PRACY PIELEŃNIAREK

Przemoc w miejscu pracy stała się coraz powszechniej i dotkliwiej odczuwalnym problemem społecznym. Jest poważnym zagrożeniem dla funkcjonowania zarówno samych pracowników, jak i dla całej Ochrony Zdrowia. Niesie za sobą

poważne, fizyczne i psychiczne konsekwencje dla osób doświadczających przemocy, jak i osób tę przemoc obserwujących.

W sytuacji rosnącej frustracji społecznej związanej z wysokim poziomem bezrobocia i załamania poczucia bezpieczeństwa socjalnego, agresja staje się coraz powszechniejszą formą odreagowania napięć wywołanych chronicznym stresem. Jednakowo u ofiar przemocy, jak i jej sprawców.

Cierpienia, upokorzenia związane z doświadczaną przemocą, prowadzą do spadku motywacji, utraty pewności siebie i własnej wartości.

Za akt agresji w miejscu pracy uważa się wszystkie sytuacje w których pracownik jest obrażany, zastraszany lub atakowany w okolicznościach związanych z pracą i stanowi to wprost lub pośrednio zagrożenie jego bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia i zdrowia. Są to także wszystkie incydenty w których personel jest znieważany, poddany groźbom, wykorzystywany lub obrażany w okolicznościach i sytuacjach związanych z wykonywaniem obowiązków zawodowych.

Przemoc w miejscu pracy może przybierać różne formy takie jak: krzyk, słowne obelgi, zastraszanie, groźby, szantaż, wrogi stosunek, mobbing, bullying, molestowanie seksualne i wcale nie rzadko, fizyczne ataki. Przemoc może pochodzić z zewnątrz - gdy sprawcami są pacjenci, ich rodzina lub otoczenie oraz z wewnątrz - gdy sprawcami są współpracownicy, przełożeni lub osoby zarządzające. Wyniki wielu badań wskazują, że pielęgniarki w swoim środowisku pracy są narażone na różne rodzaje przemocy psychicznej i fizycznej. Do najczęstszych form doświadczanej agresji należą słowne obelgi (54%), zastraszanie (32%) i fizyczne ataki (26%). Sprawcami tych incydentów w większości są pacjenci. Konsekwencje doświadczanej przemocy dla pielęgniarek to przede wszystkim wewnętrzny nakaz bycia czujnym, w ciągłym, wzmożonym stanie czuwania, unikanie myślenia o przykrym zdarzeniu. Przemoc w miejscu pracy, zarówno fizyczna, jak i psychiczna jest zjawiskiem, które w ciągu ostatnich kilku lat bardzo wzrosło, stając się według Międzynarodowego Biura Pracy (ILO, International Labour Office), obok narkomanii, alkoholizmu, nikotynizmu i HIV/AIDS, jednym z głównych, światowych problemów.

Zjawisko przemocy w miejscu pracy oddziałuje na wszystkich pracowników, bez względu na grupę zawodową, dotykając bezpośrednio ich godności oraz stając się głównym źródłem nierówności, napiętnowania i konfliktów w zespole. Spośród wielu zawodów są jednak takie, w których pracownicy są szczególnie narażeni na przemoc fizyczną i psychiczną. Pielęgniarstwo jest zaliczane do tych właśnie profesji.

Według badań 1/4 całej przemocy w miejscu pracy to przemoc w sektorze opieki zdrowotnej, ponieważ dominują w nim takie czynniki ryzyka jak: stres, duże obciążenie i wysokie tempo pracy, ustawicznie zmieniające się wymagania, praca w systemie zmianowym, kontakt z cierpieniem i negatywnymi emocjami oraz bardzo bliskie interakcje z ludźmi.

Należy zaznaczyć że zjawisko może też dotyczyć wykonywania czynności poza miejscem zatrudnienia. Przykładami przemocy w miejscu pracy mogą być takie zachowania, jak: rozpowszechnianie plotek, słowne obelgi i zniewagi, przeklinanie, spory, niszczenie własności, wandalizm, sabotaż, popychanie,

kradzież, psychiczne urazy, molestowanie seksualne, gwałt, i inne.

Czynniki, które mają wpływ na występowanie zjawiska przemocy w miejscu pracy, można podzielić na indywidualne, organizacyjne i społeczne. Przemoc w miejscu pracy może wywoływać psychiczne i fizyczne cierpienie u ofiar oraz świadków zjawiska, co prowadzi do utraty motywacji, pewności siebie i braku poczucia własnej wartości. Jeżeli sytuacja utrzymuje się w czasie, może powodować zaburzenia psychiczne, choroby somatyczne oraz uzależnienia. Zjawisko przemocy w miejscu pracy w sektorze opieki zdrowotnej ma również negatywny wpływ na funkcjonowanie samej placówki, prowadząc do obniżenia jakości świadczonych usług zdrowotnych oraz przyczynia się do rezygnacji z pracy w zawodzie, co może mieć daleko idące konsekwencje, ponieważ może ograniczyć publiczny dostęp do usług medycznych. Zjawisko przemocy w placówkach opieki medycznej wymaga głębszego zbadania, gdyż obecna wiedza na ten temat stanowi zaledwie wierzchołek góry lodowej. Koniecznością jest także opracowanie odpowiedniej strategii prewencji i redukcja powyższego zjawiska w sektorze opieki zdrowotnej ze względu na jego istotę, jaką jest profesjonalne pomaganie drugiemu człowiekowi.

Bardzo ważną więc jest diagnoza zjawiska przemocy w miejscu pracy w polskich zakładach opieki zdrowotnej. Pytania na które usiłowałam znaleźć odpowiedzi:

1. Czy, jak często, i z jakimi formami przemocy spotykają się badane pielęgniarki w swoim środowisku pracy?
2. W jaki sposób badana grupa reaguje na doświadczaną przemoc w miejscu pracy?
3. Co ich zdaniem jest główną przyczyną agresji?
4. Jakie formy agresji są najczęstsze
5. Zapytałam o znajomość ustawy z dnia 15.07.2011 która daje zawodom pielęgniarki i położnej status funkcjonariusza publicznego.
6. Czy znajdują wsparcie ze strony pracodawców?
7. Czy są w tym temacie edukowane?

Wstępnym badaniem objęłam grupę 40 pielęgniarek zatrudnionych w częstochowskich szpitalach, w SOR. (Docelowo będzie to grupa 150 – 200 osób, a stanowiska pracy różne). Obecna grupa ankietowanych, stanowiły kobiety o średnim wieku 45 lat oraz ze stażem pracy w zawodzie średnio 24 lata.

Wyniki badania pokazały, że pielęgniarki w swoim środowisku pracy są narażone na przemoc psychiczną i fizyczną. Do najczęstszych form doświadczanej przemocy należą obelgi słowne (60%), zastraszanie (45%) i fizyczne ataki - popychanie, szturchanie (40%). Sprawcami incydentów w jednakowym stopniu są osoby postronne i rodziny chorych (48%) jak i sami pacjenci (49%).

90% pielęgniarek w sytuacji konfliktowej przyjmuje postawę szukającej kompromisu, 5% dominującą a 5% postawę uległą.

Najczęstszym podawanym powodem agresji jest alkohol i inne środki psychoaktywne (45%), następnie długie oczekiwanie na pomoc (32%) oraz choroby somatyczne i psychiczne (11%).

Pielęgniarki w zdecydowanej większości (85%) świadome są swojego statusu, jakim jest status funkcjonariusza publicznego, oraz używa go jako argumentu w sytuacjach zagrożenia. Tak odpowiedziało 55%. Niestety, aż 70% jest zdania, że argument nie jest skuteczny. Tylko 10% odpowiedziało na to pytanie twierdząco, 20% pominęło pytanie w ankiecie.

Wszystkie pielęgniarki zapytane o to, czy problem agresji wobec pielęgniarek narasta odpowiedziały, że zjawisko jest postępujące.

Optymizmem napawa to, że 65% skrzywdzonych może liczyć na wsparcie przełożonych, ale martwi fakt, że 25%, czyli ¼ tego wsparcia nie czuje.

Dużym zaniebdaniem jest brak szkoleń na temat agresji. Że tak właśnie jest odpowiedziało aż 95% respondentek

W badanej grupie były pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym, pracując między 7.00 a 19.00 i 19.00 a 7.00 rano, mające osobisty kontakt z pacjentem (95%)

Wszystkie pielęgniarki większość czasu pracy, spędzają w otoczeniu 1–5 współpracowników, opiekując się przede wszystkim osobami dorosłymi i starszymi, zarówno kobietami, jak i mężczyznami.

Istnieją różne sposoby przeciwdziałania przemocy w miejscu pracy, które można podzielić na oddziaływanie jednostkowe oraz oddziaływanie na poziomie organizacji (monitoring zagrożenia, systemy alarmowe, system informacyjny, kultura organizacji). Według respondentów do najskuteczniejszych metod zapobiegania incydentom przemocy w miejscu pracy, należą: redukcja sytuacji, w której pracownik jest sam, zwiększenie liczby personelu na poszczególnych stanowiskach pracy, organizowanie treningów radzenia sobie z przemocą, inwestowanie w rozwój zasobów ludzkich, na przykład możliwość awansu i dodatkowe wynagrodzenia, protokolowanie incydentów przemocy oraz jasne procedury postępowania dla pracowników, którzy stali się jej ofiarami.

Pielęgniarstwo należy do tak zwanej grupy helping professions, co oznacza, że istotą jego działania jest profesjonalne pomaganie, poświęcenie i zaangażowanie w sprawy drugiego człowieka. Pielęgniarki ze względu na rosnące obciążenia i wymogi związane z wykonywaną pracą, doświadczają coraz większego stresu na tle zawodowym, który wpływa na inne, także prywatne obszary życia.

Przemoc w miejscu pracy jest jednym z podstawowych źródeł stresu zawodowego, który w zależności od stopnia natężenia może prowadzić od zwykłego obciążenia pracą do skrajnego przeciążenia i wypalenia zawodowego (burnout syndrome). Biorąc pod uwagę fakt, że praca zawodowa jest jedną z najważniejszych sfer naszego życia, należy dołożyć wszelkich starań, by tworzyć w niej klimat sprzyjający zdrowiu i bezpieczeństwu pracowników. Dlatego też dostrzeganie, przeciwdziałanie i zwalczanie zjawiska przemocy w zakładach opieki zdrowotnej, powinno być działaniem priorytetowym.

Wnioski:

1. Najczęstszą formą przemocy, z jaką spotykają się badane pielęgniarki, jest przemoc psychiczna w postaci słownych

obelg i zastraszania. 1/3 respondentów deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy była także ofiarą fizycznych ataków. Sprawcami incydentów są w większości sami pacjenci ich otoczenie, ale także współpracownicy i przełożeni.

2. Psychospołeczne konsekwencje doświadczanej przemocy w miejscu pracy dla badanych, w dużym stopniu zależą od ich cech indywidualnych, ale jest to przede wszystkim bycie czujnym i ciągle „na straży” w obawie przed incydentami przemocy, unikanie myślenia na temat przykrych zdarzeń, a także poczucie, że wszystko, co się robi, przychodzi z trudem i wysiłkiem.
3. Większość ankietowanych pielęgniarek podaje, że w bezpośredniej reakcji na incydent przemocy próbuje słownie powstrzymać sprawcę, następnie informuje współpracowników i przyjaciół o zdarzeniu oraz szuka pomocy u najstarszego członka personelu.
4. **Respondenci prawie jednogłośnie stwierdzają, że nie ma konkretnych procedur raportu zjawiska przemocy oraz nikt ich do tego nie zachęca, a sprawcy pozostają bezkarni.**

Kontakt z przemocą ma wiele negatywnych konsekwencji dla ofiar, a także ich szerszego otoczenia, natomiast stopień jej wpływu na funkcjonowanie w sferze osobistej, zawodowej i społeczno-zawodowej jest zależny od cech indywidualnych osób, które przemocy doświadczają.

Badane pielęgniarki w zakresie zapobiegania zjawisku przemocy w ich środowisku pracy oczekują redukcji sytuacji, w których są same podczas wykonywania czynności związanych z pracą, zwiększenia liczby personelu na stanowiskach, organizowania „treningów” i szkoleń skutecznego radzenia sobie z przemocą oraz jasnych procedur postępowania dla pielęgniarek, które stały się ofiarami przemocy. ■

Ewelina Nowicka

Piśmiennictwo u autora.

ZASADY KOMUNIKOWANIA SIĘ W RELACJI PACJENT – PIELĘGNIARKA

„Aby zrozumieć drugiego człowieka, należy go rozumieć tak, jak gdyby być w jego wnętrzu. Należy patrzeć jego oczami, tak by widzieć, jak wygląda jego świat i jak on ocenia siebie. Zamiast przyglądać mu się z zewnątrz, jak gdyby był jakimś okazem naukowym, należy mieć przebywać w jego świecie, wnikać w niego po to, by odczuć od wewnątrz, jak dla niego wygląda życie.”

(M. Mayeroff)

Porozumiewanie się to dynamiczny proces werbalny i niewerbalny. Biorą w nim udział co najmniej dwie osoby określane umownie jako nadawca i odbiorca. Nawiązanie kontaktu jest podyktowane osiągnięciem celu, mówimy że nadawca ma określoną intencję w wyniku której przekazuje określone treści (wiadomość). Wybiera do tego celu pewien sposób - sygnał słowny, lub pozasłowny: mimika twarzy, postawa ciała, ton lub melodia głosu.

Znaczenie porozumiewania jest tak duże, że jego brak ma ujemny wpływ na stan zdrowia.

Najnowsze badania potwierdzają, że ludzie którzy przetwarzają negatywne doświadczenia, mówiąc o nich, są bardziej zadowoleni z życia, a także cieszą się lepszym zdrowiem i samopoczuciem niż ci, którzy przeżywają je w skrytości. Satysfakcjonujące relacje mogą być wręcz kwestią życia i śmierci. Na przykład:

- Ludzie, którzy nie mają silnych więzi społecznych, są dwu-, trzykrotnie bardziej narażeni na nagłą śmierć, bez względu na to, czy palą papierosy, piją alkohol czy też regularnie uprawiają sport.
- Śmiertelne nowotwory częściej dotyczą ludzi, którzy żyją w społecznej izolacji, niż tych, którzy pozostają w bliskich osobistych związkach.
- Osoby rozwiedzione żyjące w separacji i owdowiałe są od pięciu do dziesięciu razy częściej hospitalizowane z powodu chorób i zaburzeń psychicznych.
- Kobiety w ciąży przeżywające stres i pozbawione podtrzymujących więzi przeżywają komplikacje trzykrotnie częściej aniżeli kobiety w podobnym stanie, ale mające siłę wsparcie.
- Izolacja społeczna jest czynnikiem istotnie podwyższającym ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową, porównywalnym z czynnikami oddziałującymi na poziomie fizjologicznym, jak: dieta, palenie tytoniu, otyłość i brak ruchu.

Myśląc o komunikowaniu się z drugim człowiekiem, czyli po prostu o umiejętności rozmowy z ludźmi jesteśmy obarczeni doświadczeniami z własnego życia. Różne doświadczenia w kontaktach z innymi przenosimy na grunt prywatny bądź zawodowy. Trudnym jest oderwanie własnych emocji od komunikowania się z obcymi ludźmi. Jest to o tyle poważna sprawa gdy istotą naszej pracy jest właśnie kontakt z drugim człowiekiem. Tak jest właśnie w relacji pielęgniarki z chorym. Tu umiejętność kontaktu jest podstawą pracy.

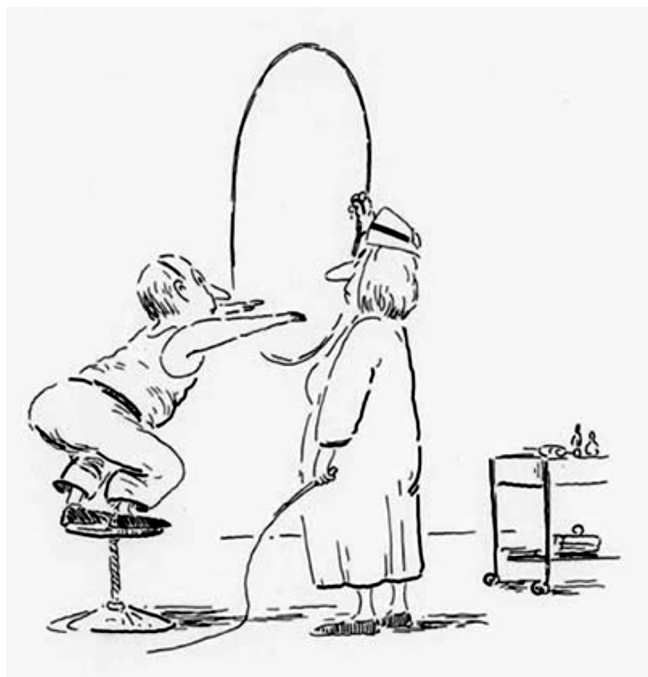
RELACJE PACJENT - PIELĘGNIARKA

Zawód pielęgniarki jest wyjątkowym zawodem. Przedmiotem pracy pielęgniarki jest drugi człowiek, ale ważne jest to, że człowiek ten zagrożony jest chorobą. Kontakt z osobą dotkniętą tak trudnym doświadczeniem jakim jest choroba wymaga wielu umiejętności i odpowiednich predyspozycji.

Pielęgniarka uczestnicząca w procesie leczenia nie ma decydującego głosu w sprawach pacjenta...ale to właśnie ona - pielęgniarka ma z chorym najczęstszy kontakt !

Fakt, że podmiotem działań leczniczo-pielęgnacyjnych jest zawsze cały człowiek, a nie tylko jego ciało, spowodował, że w teorii tradycyjny model biomedyczny choroby już dawno został zastąpiony bardziej współczesnym modelem biopsychosocjalnym.

Podejście to w sposób zdecydowany wskazuje na konieczność integracji metod pielęgnowania z praktycznie zorientowaną psychologią. Wydaje się, że integracja psychologii z pielęgnacją (podobnie jak z leczeniem) wyraża się najpełniej w terapeutycznej komunikacji z pacjentem.



Wśród wielu wymagań stawianych współczesnej pielęgniarce – profesjonalistce coraz częściej wymienia się umiejętność komunikowania się z innymi, a zwłaszcza zdolność terapeutycznego kontaktu z podmiotem opieki. Pielęgniarka jest tą osobą, z którą człowiek (zdrowy, zagrożony chorobą, chory) wchodzi w określoną interakcję. Sytuacja ta wymaga od pielęgniarki nie tylko merytorycznego przygotowania w zakresie szeroko rozumianego pielęgnowania, a także w zakresie nawiązania bliskiego, terapeutycznego kontaktu z każdym człowiekiem, potrzebującym jej pomocy. W kontakcie z pacjentem coraz częściej właśnie pielęgniarka jest tą osobą, do której kieruje się pytania, wątpliwości, oczekując nie tylko profesjonalnej i konkretnej informacji, ale również porady czy doradztwa w zakresie zdrowia i / lub choroby.

Kształtowanie relacji terapeutycznej cechuje postępowanie pielęgniarki zmierzające do pozyskiwania zaufania pacjenta, które ma duże znaczenie dla odzyskiwania przez niego poczucia bezpieczeństwa. Pozyskiwanie zaufania zależne jest od wielu czynników co wymaga od pielęgniarki m.in.:

- wytwarzania klimatu ciepła i bliskości;
- okazywania pacjentowi akceptacji i szacunku;
- zapewniania mu potrzebnego oparcia zarówno fizycznego, jak i psychicznego;
- autentyczności;
- celowości zachowań;
- otwartości;
- zdolności empatycznych.

Aby sprostać oczekiwaniom pacjentów i ich rodzin oraz zrealizować zadania zawodowe, jakim jest kształtowanie terapeutycznych relacji z pacjentem, pielęgniarka powinna:

- charakteryzować się szczególnymi cechami osobowości, humanistyczną postawą, głębokim zainteresowaniem człowiekiem i troską o jego dobro, poszanowaniem godności i praw człowieka, opartą na empatii, gotowością świadczenia opieki i pomocy;
- posiadać wiedzę o człowieku, zdrowiu, chorobie, rozwoju,

czynnikach na nie wpływających (o środowisku biologicznym, społecznym, kierunkach socjoekonomicznych, kulturowych, relacjach międzyludzkich oraz sposobach komunikowania i odzyskiwania zaufania) oraz umieć się nią posługiwać;

- znać i rozumieć siebie;
- znać swych podopiecznych i traktować ich indywidualnie, uwzględniając wszystkie rozpoznane czynniki mające wpływ na jego stan zdrowia i relacje ze światem;
- dobierać formy i metody przekazu tak, by stał się dla odbiorcy jasny i czytelny;
- odczytywać i interpretować otrzymane od podopiecznych komunikaty;
- przewidywać swoje zachowania w oparciu o odebrane komunikaty;
- tworzyć więzi z osobami;
- dawać wsparcie.

Umiejętność komunikowania się pielęgniarki z chorym człowiekiem jest istotą opieki medycznej. Istotne jest również umiejętne porozumiewanie się z rodziną pacjenta, wprowadzenie ich w proces pielęgnacyjny, pokazanie jak ważna jest ich rola w czasie trwania choroby.

Podstawą kontaktu pielęgniarki z podopiecznym jest ocena jego stanu psychicznego. Nie zawsze pacjent wyraża to co czuje. Postawa pacjenta jest dla pielęgniarki pierwszym komunikatem jaki on podaje, pacjent milczący również „mówi”, pokazuje, że konfrontacja ze światem zewnętrznym jest bolesna, wstydliva, upokarzająca, rodzi niepowodzenia, ból.

Aby umieć znaleźć się w tej trudnej sytuacji, i odpowiednio ją rozwiązać pielęgniarka powinna przestrzegać następujących zasad:

- uszanuj milczenie chorego - nie przełamuj na siłę jego zamknięcia, uporu w milczeniu
- nie prowokuj na siłę kontaktu słownego - to spowoduje jeszcze większe zamknięcie się na rozmowę
- chory milcząc ucieka być może w "swój" bezpieczny świat bez cierpienia - uszanuj to
- niezależnie od tego czy spełnia twoje oczekiwania czy nie - okaż mu życzliwość i troskę, nie okazuj niezadowolenia z jego nieustannego milczenia
- jednocześnie stale pokazuj mu jak bardzo zależy ci na kontakcie z nim. Okaż gotowość pomocy w trudnym doświadczeniu
- jeżeli chory przyjmie postawę milczenia jako sposób na walkę z chorobą - wspieraj to
- spróbuj na podstawie obserwacji lub kontaktu z rodziną ustalić przyczynę milczenia
- inicjatywa nawiązania kontaktu z pielęgniarką zawsze powinna wyjść ze strony chorego i jego rodziny, to chory decyduje o co pyta i co chciałby wiedzieć.
- **NAJWAŻNIEJSZĄ ZASADĄ ROZMOWY PIELĘGNIARKI Z CHORYM JEST MÓWIENIE PRAWDY !**

Możliwość mówienia o swojej chorobie i świadomość, że jest się wysłuchanym i rozumianym jest podstawą poczucia chorego, że nie jest odrzucony, wyobcowany ze społeczeństwa

Mówiąc o kontakcie pielęgniarki z chorym należy wskazać na szczególną sytuację rozmowy z chorym umierającym. Kiedy to pacjent wie, iż czeka go już tylko cierpienie i śmierć. O niekorzystnym rokowaniu wie również rodzina.

Jest to szczególna rola pielęgniarki w byciu przy chorym który stawia pytania typu: „Dlaczego ja?”, „Co jest potem, co jest po śmierci?”, „Co się stanie z najbliższymi?”

Aby umieć odnaleźć się również i w tej, wcale przecież nie rzadkiej sytuacji w szpitalu, pielęgniarka powinna wiedzieć o sposobie przekazywania informacji pacjentowi.

Diagnozę, jak i dalsze rokowanie w chorobie przekazuje pacjentowi bezpośrednio lekarz. Jednak dąży się do modelu partnerskiego w relacjach lekarz - pielęgniarka - chory. Rola pielęgniarki w takiej sytuacji, jaką jest przekazanie informacji na temat choroby pacjentowi i jego rodzinie jest wprost nieoceniona. Bowiem to właśnie pielęgniarka pozostaje przy chorym gdy lekarz przekazał wiadomość. To pielęgniarka, widzi kolejne reakcje na diagnozę, obserwuje też zachowanie rodziny wobec pacjenta podczas odwiedzin. Ważne jest przestrzeganie następujących zasad:

- nie należy podawać pacjentowi zbyt wielu szczegółów medycznych odnośnie jego choroby. Należy dostosować język do poziomu pacjenta, nie używać skomplikowanych pojęć medycznych - mówić językiem rzeczowym ale przystępnym
- nie trzeba ciszy wypełniać pustą paplaniną, banałami
- należy pozwolić choremu wyrazić swoje zdanie, które bardzo często dotyczy lekarza i pielęgniarek a skupia się głównie na oskarżaniu o nieumiejętność leczenia i braku kompetencji
- należy okazać współczucie i zrozumienie
- nie wolno dla poprawy samopoczucia stwarzać nierealnych nadziei
- w trakcie rozmowy minimalizować negatywne aspekty choroby a podkreślać to co możemy zrobić aby stawić jej czoła

Pielęgniarka aktywnie uczestnicząc w procesie leczenia współpracuje z lekarzem jest ogniwem pośrednim między nim a chorym. Znając etap na jakim znajduje się ustalenie diagnozy a wraz z tym kiedy należy spodziewać się przekazania jej choremu powinna zwrócić uwagę na:

- stworzenie odpowiedniej atmosfery i warunków do rozmowy pacjenta i jego rodziny z lekarzem. Nie powinien to być szpitalny korytarz czy sala chorych pełna ludzi, będących gośćmi pozostałych chorych na sali.
- należy ustalić co chory już wie o swojej chorobie - to szczególna rola pielęgniarki, która podczas wykonywania codziennych czynności pielęgnacyjnych prowadzi (lub nie) z chorym zwyczajne rozmowy. Na podstawie tego jak chory odnosi się do swojego stanu, jak reaguje na badania, stosowane leki, może określić stosunek chorego do choroby.

Pielęgniarka opiekująca się chorym, który właśnie został poinformowany o niepomyślnym dla niego rokowaniu powinna:

- nie odbierać pacjentowi nadziei
- nie używać słów: uleczalne i nie uleczalne
- nie podawać przykładów tej samej choroby, na którą cierpieli inni pacjenci dla których jej przebieg był tragiczny
- nie odpowiadać na pytania typu: „Ile jeszcze pożyję?”, „Ile mi jeszcze zostało czasu?”. W takiej sytuacji należy uświadomić chorego, że nikt nie może na takie pytanie odpowiedzieć, nikt nie jest w stanie prognozować długości życia. Należy podkreślić wówczas istnienie nadziei na okresową poprawę zdrowia.
- należy zachęcić chorego do podjęcia walki z chorobą, do podjęcia rozmowy o niej co bezpośrednio przełoży się na oswojenie jej
- nawet w niepomyślnym rokowaniu jest czas aby wypełnić podjęte zobowiązania, żyć w spokoju i w kontakcie z bliskimi.
- nie wolno - wbrew powszechnej opinii - stosować nieautentycznych pocieszeń typu: „wszystko będzie dobrze”. Jest to nie prawdą - a mówienie prawdy jest złotą, kardynalną zasadą w kontakcie z chorym.
- nie bać się ciszy: ani swojej jako pielęgniarki ani pacjenta. Chory musi mieć czas aby oswoić się z nową rzeczywistością w jakiej się znalazł oraz jaki ma to wpływ na jego dotychczasowe życie
- warto zapamiętać, że uczestnictwo w przyjmowaniu przez chorego informacji o jego stanie zdrowia jest procesem długotrwałym, i być może najważniejszą potrzebą chorego jaką należy zaspokoić to rozmowa o chorobie.

Jak odnaleźć się wobec milczenia chorego?

Jest rzeczą oczywistą, że długotrwałe, niezmiennie milczenie chorego czy jego rodziny jest sygnałem do uszanowania takiej postawy. Pacjent ma prawo odmówić rozmowy, a pielęgniarka powinna to uszanować. Jednak nawet przy braku słów kontakt jest zawsze, kontakt niewerbalny czyli **mowa ciała**.

Pielęgniarka spędza przy chorym wiele czasu, towarzyszy mu podczas wykonywanych badań, pomaga w czynnościach pielęgnacyjnych, karmieniu, spacerach. Podczas tych spotkań nie musi paść ani jedno słowo aby przekazać komunikat o zrozumieniu, współczuciu, szacunku.

Odpowiednia postawa pielęgniarki i jej ubiór są kluczem do porozumienia. Warto zapamiętać:

- zachowuj się przy chorym spokojnie
- czynności pielęgnacyjne wykonuj delikatnie i z poszanowaniem godności osobistej
- niech twój strój będzie skromny a zachowanie pełne szacunku do chorego ale i samej siebie
- zbliżając się do chorego zachowaj pogodny wyraz twarzy, uśmiech
- pokaż swoją postawą, że jesteś tu po to aby mu pomóc, ulżyć w chorobie
- zapewnij mu spokój i ciszę
- po wykonaniu zaplanowanych zadań, nie odchodź natychmiast, popraw ułożenie chorego, przytrzymaj za rękę - pokażesz przez to, że twoja praca to nie tylko podawanie leków czy zmiana kroplówek
- nawet jeżeli chory stale milczy, zawsze gdy jesteś na sali

chorego zapytaj czy czegoś nie potrzebuje czy możesz mu w czymś pomóc

- zaglądaj w miarę możliwości do sali chorego, pokazuj mu się - jest to sygnałem że jesteś gotowa reagować na jego potrzeby
- chory, który milczy może któregoś dnia poczuć wielką potrzebę rozmowy, kontaktu, bądź na to gotowa
- jeżeli chory płacze lub reaguje na chorobę bardzo silnymi emocjami - nie zawstydzaj go
- kontroluj swoje emocje związane ze stałym milczeniem pacjenta, być może będzie to dla Ciebie trudne

Podsumowując dotychczasowe rozważania dotyczące komunikacji w relacji pacjent – pielęgniarka można stwierdzić, że podstawą do osiągnięcia celów i zrealizowania misji pielęgniarstwa jest głęboka troska o jakość życia człowieka, oparta na zasadach etycznych oraz umiejętności skutecznego porozumiewania się, czyli komunikacji interpersonalnej.

Zasady pozwalające wyeliminować czynniki zakłócające dwustronne efektywne komunikowanie to: okazywanie akceptacji; szacunek i autentycznego zainteresowania drugą osobą; stała obserwacja i analiza zachowania rozmówcy; umiejętność podtrzymania kontaktu – zadawanie pytań, potwierdzanie rozumienia przekazanych treści, stawianie wniosków; zgodność między wypowiedzianymi słowami, a „mową ciała”; adekwatność zachowania do przekazywanych treści i elastyczność w reagowaniu na odbierane komunikaty; aktywne słuchanie; ukazywanie własnej osobowości. Jeżeli pielęgniarka będzie realizować swoje zadania według założeń: idea – troska o drugiego człowieka; metoda – gotowość działania na rzecz potrzebującego; narzędzie – otwarty i szczerzy kontakt z pacjentem, to istnieje szansa, że niezależnie od tego, jakim pacjentem będzie się opiekowała, z każdym będzie potrafiła nawiązać szczerzy kontakt.

Barbara Piątek

Piśmiennictwo u autora.

Procedury wewnątrznacyniowe w ostrym niedokrwieniu kończyn dolnych.

1. Tromboliza farmakologiczna

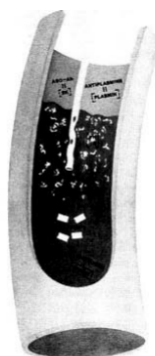
Najważniejszą metodą leczenia zachowawczego ostrego niedokrwienia kończyn jest tromboliza czyli rozpuszczenie zakrzepu poprzez podawanie dożylnie lub dotętniczo leków trombolitycznych. Postępowanie operacyjne pozostaje nadal złotym standardem w leczeniu chorych z ostrym niedokrwieniem kończyn.

Tromboliza stanowi alternatywę wobec interwencji chirurgicznych u chorych z ostrym niedokrwieniem kończyn na tle zakrzepicy bądź zatoru trwającym krócej niż 14 dni. Decyzja o podjęciu leczenia trombolitycznego powinna być jednak bardzo wyważona.

W przypadku urazu tętnicy tętniaka rozwarstwiającego aorty i ewidentnego zatoru zabieg operacyjny jest leczeniem z wyboru.

W trzech randomizowanych badaniach potwierdzono istotną rolę terapii trombolitycznej w leczeniu ostrego niedokrwienia kończyn. Mniejsza inwazyjność terapii wewnątrznacyniowej może skutkować redukcją śmiertelności i zachorowalności w porównaniu z otwartą chirurgią. Terapia trombolityczna jest więc wstępnym leczeniem pierwszego wyboru u pacjentów, u których stopień ciężkości niedokrwienia kończyny umożliwia rozciągnięcie terapii w czasie (stopnie ciężkości I i IIa SVS/ISCVS) i powinno być ograniczone do leczenia pierwotnej bądź wtórnej zakrzepicy w przebiegu miażdżycy.

Istnieje możliwość podawania leków trombolitycznych dożylnie bądź pod kontrolą radiologiczną, dotętniczo, bezpośrednio w miejsce skrzepliny (ryc. 1., 2.).



Ryc. 1. Koniec cewnika Umieszczony w skrzeplinie. Tromboliza celowana



Ryc.2. Podanie przez cewnik bezpośrednie do tętnicy środka trombolitycznego

Obecnie nie podaje się leków dożylnie, ale bezpośrednio w obręb skrzepliny.

Postępy technologiczne w sprzęcie do interwencji wewnątrznacyniowych i wprowadzenie nowych technik pozwalają na szybsze usunięcie zatoru i mogą umożliwić leczenie pacjentów z bardziej zaawansowanym niedokrwieniem.

Wybór terapii trombolitycznej zależy od wielu czynników takich jak:

- lokalizacja i anatomia zmian zamykających tętnice,
- czas trwania zamknięcia naczynia,
- typ zmiany (zator czy zakrzep),
- czynniki ryzyka pacjenta (choroby współistniejące),

- zagrożeń związanych z operacją np. embolektomię wykonuje się w znieczuleniu miejscowym, a wszczepienie pomostu omijającego w znieczuleniu ogólnym,
- przeciwwskazań do leczenia trombolitycznego,
- ryzyko procedury.

Zatory, które zatrzymały się w naczyniu kończyny dolnej, mogły wcześniej przez jakiś czas rezydować w miejscu powstania, są bardziej odporne na trombolizę farmakologiczną niż „nowe”, które powstały in situ. Należy także uwzględnić przeciwwskazania do trombolizy farmakologicznej.

Przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego.

Przeciwwskazania bezwzględne:

- ☐ rozpoznany incydent naczyniomózgowy (w tym przemijający napad niedokrwienny w ciągu ostatnich 2 miesięcy)
- ☐ czynna skaza krwotoczna
- ☐ krwawienie z przewodu pokarmowego (w ciągu ostatnich 10 dni)
- ☐ operacja neurochirurgiczna (wewnątrzczaszkowa, rdzeniowa) w ciągu ostatnich 3mies.
- ☐ uraz wewnątrzczaszkowy w ciągu ostatnich 3 miesięcy

Przeciwwskazania względne:

- ☐ resuscytacja krążeniowo-oddechowa w ciągu ostatnich 10 dni
- ☐ rozległa operacja nienaczyniowa lub uraz w ciągu ostatnich 10 dni
- ☐ niekontrolowane nadciśnienie tętnicze (skurczowe >180mmHg, rozkurczowe >110 mmHg)
- ☐ nakłucie naczynia, którego nie można ucisnąć
- ☐ guz wewnątrzczaszkowy
- ☐ operacja oka w ostatnim czasie

Przeciwwskazania o mniejszym znaczeniu:

- ☐ niewydolność wątroby, zwłaszcza z zaburzeniami krzepnięcia
- ☐ bakteryjne zapalenie wsierdza
- ☐ ciąża
- ☐ krwotoczna retinopatia cukrzycowa

Te przeciwwskazania dotyczą trombolizy układowej. Dobrze poznano profil bezpieczeństwa dla trombolizy miejscowej, a ryzyko trombolizy miejscowej w powyższych stanach w dużej mierze zależy od indywidualnej praktyki lekarza. Jedynym przeciwwskazaniem w badaniach TOPAS była ciąża.

Jeśli po wykonaniu arteriografii podejmie się decyzję o rozpoczęciu leczenia trombolitycznego, powinno się zastosować celowaną trombolizę dotętniczną (ang. catheter-directed thrombolysis, CDT), polegającą na wlewie leku poprzez cewnik naczyniowy, bezpośrednio w obręb skrzepliny. Zabiegi tego typu są trudniejsze do wykonania, ponieważ wymagają precyzyjnego umieszczenia w miejscu zakrzepu i ciągłego wlewu leku, lecz znacznie w mniejszej dawce niż w trombolizie ogólnej. Leczenie takie można z powodzeniem zastosować u większości chorych.

W tych przypadkach, bezpośrednio po wykonaniu angiografii, przez niedrożny segment tętnicy przeprowadza się prowadnik. Jeśli to się uda, przystępuje się do wlewu leku trombolitycznego do skrzepliny. Jeśli nie udaje się przeprowadzić prowadnika przez zmianę, można spróbować wlewu leku przez cewnik pozostawiony tuż powyżej, w nadziei że ułatwi to późniejsze wprowadzenie go do skrzepliny. Okres od rozpoczęcia wlewu i wprowadzenia cewnika w pożądane miejsce nie powinien przekroczyć 6 godzin. Każde pogorszenie stanu ukrwienia w trakcie trwania miejscowej trombolizy sygnalizuje potrzebę przerwania wlewu i przeprowadzenia operacji.

CDT jest metodą leczenia z wyboru w przypadku zakrzepicy pomostu naczyniowego oraz zakrzepicy tętniaka tętnicy podkolanowej.

Celowane (miejscowe) leczenie trombolityczne ma przewagę teoretyczną i praktyczną nad tromboembolektomią. Zaletami terapii trombolitycznej (o ile stosuje się ściśle do wskazań i przeciwwskazań do leczenia trombolitycznego) w porównaniu z klasyczną embolektomią są zredukowane ryzyko uszkodzenia śródbłonna oraz rozpuszczenie zakrzepu w naczyniach zbyt małych, dla embolektomii z użyciem balonu. Dzięki możliwości uzyskania obrazów angiograficznych można ustalić rodzaj zmiany (zator lub zakrzep) i uwidocznienie naczynia poniżej niedrożności. Jednocześnie wykazano przewagę leczenia miejscowego nad dożylnym, i tej drugiej metody nie powinno się stosować w ONK. Stopniowa reperfuzja pod niskim ciśnieniem, typowa dla trombolizy celowanej, może być korzystniejsza niż nagła reperfuzja pod wysokim ciśnieniem związana z embolektomią chirurgiczną.

Zalety trombolizy w stosunku do leczenia operacyjnego obejmują przede wszystkim małe ryzyko przy porównywalnej skuteczności (skuteczność jest tym większa, im bardziej proksymalnie jest umiejscowiona zmiana) i jednoczesowe, angiograficzne określenie anatomii zmian w tętnicach kończyn dolnych. Trombolizę można uzupełnić (a nawet w niektórych przypadkach zastąpić) trombektomią mechaniczną.

Pierwszym lekiem trombolitycznym była odkryta w 1933 r. przez Tilletta i Garnera streptokinaza. Jednak jej podanie dożylnie nastąpiło dopiero w 1955 r. Obecnie jest to najtańszy i najczęściej używany w Polsce lek trombolityczny. Ze względu na przeciwciała powstające w organizmie, jego zastosowanie jest jednak ograniczone u chorych, którzy przeszli infekcję paciorkowcową albo już wcześniej byli leczeni streptokinazą.

W 1952 r. wyizolowano z moczu kolejny lek trombolityczny – urokinazę.

W przeciwieństwie do streptokinazy urokinazę można podawać wielokrotnie. Obecnie jest to najczęściej stosowany lek w USA.

Kolejnym krokiem w poszukiwaniach leków trombolitycznych była synteza w latach 80-ych tkankowego aktywatora plazminogenu t-PA. Występuje on w komórkach śródbłonna i odpowiada za wewnątrz-naczyniową równowagę pomiędzy trombogenezą i trombolizą.

Jego skuteczność w leczeniu zawału mięśnia sercowego okazała się bardziej skuteczna aniżeli streptokinazy.

Stosowana niegdyś w trombolizie miejscowej, streptokinaza została obecnie zastąpiona przez urokinazę oraz rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu (recombinant tissue-type plasminogen activator - rt-PA). Oprócz wymienionych

leków obecnie bada się także inne preparaty, jak na przykład reteplazę.

Niedawno zaproponowano uzupełnienie postępowania trombolitycznego o podawanie antagonisty receptora glikoproteinowego IIb/IIIa płytek krwi, abciximabu. Wstępne badania pozwalają przypuszczać, że takie postępowanie pozwala wydłużyć przeżywalność bez konieczności amputacji kończyn oraz przyspieszyć proces rozpuszczania skrzepliny, jednakże kosztem zwiększenia odsetka krwawień.

Niewiele badań z randomizacją poświęcono porównawczej ocenie skuteczności różnych preparatów trombolitycznych. W większości prób skuteczniejszy okazywał się rt-PA podawany bezpośrednio w obręb skrzepliny, aniżeli stosowana w identyczny sposób urokinaza bądź rt-PA podawany dożylnie. W badaniu STILE (The Surgery vs Thrombolysis for Ischemia of the Lower Extremity) skuteczność oraz bezpieczeństwo zastosowania obu tych leków było podobne.

W badaniu The Prourokinase Versus Urokinase for Recanalization of Peripheral Occlusions, Safety and Efficacy Trial porównywano wpływ obydwu leków, podawanych w trzech różnych dawkach. Największą skuteczność w rozpuszczaniu skrzeplin zapewniały największe dawki leków (8 mg/h przez 8h, i potem wlew 0,5 mg/h), kosztem niedużego zwiększenia wskaźnika krwawień. Należy jednak stwierdzić, że jak dotąd nie stwierdzono obiektywnej i jednoznacznej przewagi żadnego z powszechnie stosowanych leków nad pozostałymi.

W oparciu o pięć badań z randomizacją oraz dwie metaanalizy porównano skuteczność trombolizy farmakologicznej oraz interwencji chirurgicznych. Wyniki tych porównań wskazują, że - chociaż śmiertelność i odsetek koniecznych amputacji są podobne - tromboliza zapewnia redukcję konieczności interwencji chirurgicznych, kosztem zwiększenia odsetka krwotoków i zatorowości obwodowej. Jakkolwiek odsetek uratowanych kończyn jest w obserwacji odległej (po roku) podobny w obu grupach, to skumulowana przeżywalność jest lepsza w grupie chorych leczonych farmakologicznie, z powodu zmniejszenia odsetka powikłań ze strony układów sercowego i oddechowego u chorych leczonych operacyjnie (84 vs 58%, $p = 0,01$).

We wspomnianym już badaniu STILE dokonano randomizacji w grupie 393 chorych z zakrzepicą tętnic bądź pomostów tętniczych kończyn dolnych (bez zatorowości), dokonując bądź udrożnienia chirurgicznego, bądź bezpośredniej infuzji w obręb skrzepliny rt-PA albo urokinazy. Złożony punkt końcowy obejmował zgon, amputację, postępujące niedokrwienie kończyny lub wystąpienie innych, poważnych powikłań. Po upływie miesiąca ten punkt końcowy osiągnięto u 36,1% chorych w grupie leczonych chirurgicznie oraz u 61,7% chorych leczonych trombolitycznie, czego przyczyną był znaczny odsetek nieskutecznej trombolizy - w wielu przypadkach z powodu niewłaściwie umieszczonego cewnika - oraz postępujące bądź nawrotowe niedokrwienie kończyn. W tym samym badaniu wykazano jednak, że w przebiegu ostrego niedokrwienia (<14 dni), skuteczniejsza w sensie zmniejszenia odsetka amputacji i skrócenia czasu pobytu w szpitalu jest tromboliza. Interwencja chirurgiczna wydaje się bardziej wskazana w przewlekłych przypadkach (>14 dni).

W badaniu STILE przeprowadzono analizę w grupach wyodrębnionych zgodnie z zaplanowanym leczeniem, oceniając osobno wyniki leczenia chorych z niedrożnością tętnic i niedrożnością pomostów naczyniowych, w okresie 30 dni, 6 miesięcy i jednego roku.

W tej pierwszej podgrupie, leczenie chirurgiczne pozwoliło zmniejszyć odsetek koniecznych amputacji kończyn (0 vs 10% po roku) i nawrotowego niedokrwienia (35 vs 64% po roku).

Czynniki, takie jak niedrożność w odcinku udowo-podkolanowym, cukrzyca oraz krytyczne niedokrwienie wskazywały na duże prawdopodobieństwo nieskuteczności postępowania farmakologicznego.

Podobnie też w podgrupie 124 chorych z niedrożnością protez naczyniowych, skuteczniejsze w sensie uzyskania przepływu krwi było leczenie chirurgiczne. Generalnie skuteczność trombolizy jest duża, sięga bowiem 84%, jednakże na znaczne zmniejszenie tegoż odsetka skuteczności wpływa duża liczba przypadków nieudanego umiejscowienia cewnika naczyniowego. Podobnie jak w poprzedniej grupie, tromboliza wykazywała przewagę (mniejszy odsetek amputacji po roku) u chorych z ostrym niedokrwieniem (<14 dni; 20 vs 48%, $p = 0,026$).

W kolejnym z badań z randomizacją (The Thrombolysis or Peripheral Arterial Surgery - TOPAS) porównywano w sposób prospektywny leczenie chirurgiczne i trzy różne schematy dawkowania rekombinowanej urokinazy u chorych z ostrą (<14 dni) niedrożnością tętnic kończyn dolnych. Najskuteczniejszy schemat dawkowania urokinazy polegał na jej początkowym 4-godzinym wlewie w ilości 4000 IU/min, co zapewniało najlepsze wyniki w stosunku do dawki (roczna przeżywalność bez konieczności amputacji) przy najmniejszym odsetku krwawień, w porównaniu z dawkowaniem 2000 IU/min i 6000 IU/min.

W porównaniu z leczeniem operacyjnym wskaźnik przeżycia jednego roku bez amputacji wyniósł odpowiednio 75 i 65%, co stanowiło różnicę nieznamienną statystycznie. Podobnie nieznamiennie różnice odnotowano w jeszcze innym badaniu, gdzie urokinazę podawano we wlewie przez pierwsze 4 godziny z prędkością 4000 IU/min i kolejnych 48 godzin z prędkością 2000 IU/min. Stwierdzono, że tromboliza farmakologiczna zmniejszała po upływie 6 miesięcy częstość koniecznych interwencji chirurgicznych, bez zwiększania ryzyka amputacji bądź zgonu.

Na podstawie dostępnych, opublikowanych danych nie można ustalić przewagi jednej z metod postępowania nad drugą. Pewne jest, że głównym problemem w przypadkach leczenia trombolitycznego jest ryzyko krwawień śródczaszkowych, których odsetek sięga nawet 2,1% (TOPAS-1).

W rezultacie grupa robocza ustaliła stanowisko w zakresie wskazań do trombolizy farmakologicznej u chorych z ostrym niedokrwieniem kończyn. U chorych z ostrym niedokrwieniem (<14 dni) należy wykonać trombolizę z ewentualną korektą wyjściowej przyczyny choroby. Jeżeli tromboliza miałaby się opóźnić, należy podjąć bezwzględnie leczenie operacyjne. Amputacja jest konieczna u chorych z nieodwracalnymi zmianami niedokrwinnymi. W razie niedrożności pomostu naczyniowego należy dokonać wyboru pomiędzy operacyjnym jego udrożnieniem, bezpośrednią trombolizą albo wszczępieniem nowego pomostu. Chirurg musi wziąć pod uwagę czas od wszczępienia pomostu i rodzaj materiału, z którego został wykonany, czas trwania i nasilenie niedokrwienia oraz dostępność żyły własnej w celu wykonania nowego pomostu obwodowego. Należy pamiętać, że odsetek drożności pomostów po skutecznej trombolizie wynosi jedynie około 20% po roku.

2. Inne techniki wewnątrznacyniowe

W przypadku kiedy skuteczna tromboliza ujawnia współistniejącą chorobę naczyniową, pozytywne rezultaty można uzyskać, stosując rewaskularyzację wewnątrznacyniową. Zwężenie krótkoodcinkowe czy zamknięcie rzadko są jedyną przyczyną ostrego niedokrwienia kończyn czy nawet ciężkich przewlekłych objawów, ale prowadzą one zazwyczaj do

zakrzepicy i dlatego należy je leczyć w celu uniknięcia nawrotów.

Do niedawna podstawowymi metodami leczenia zakrzepicy i zatorowości tętniczej były miejscowe fibrynoliza i trombektomia operacyjna.

Alternatywnymi sposobami leczenia wewnątrznaczyniowego ostrego niedokrwienia kończyn stały się przezskórna trombektomia aspiracyjna (PAT, percutaneous aspiration thrombectomy) i przezskórna trombektomia mechaniczna (PMT, percutaneous mechanical thrombectomy). Stanowią one niechirurgiczne modyfikacje leczenia ostrego niedokrwienia kończyn bez użycia farmakologicznych środków trombolitycznych. Kombinacja tych technik z trombolizą farmakologiczną może istotnie przyspieszyć rozpuszczenie zatoru, co jest ważne w bardziej zaawansowanym ostrego niedokrwienia kończyn, gdzie czas udrożnienia naczynia jest elementem kluczowym. W praktyce prawie zawsze stosuje się połączenie tych metod.

U chorych obciążonych dużym ryzykiem, u których leczenie operacyjne w jakiegokolwiek formie jest bardzo niebezpieczne, bezpieczniejsza od operacji w trybie doraźnym może się okazać któraś z tych nowych technik - PAT lub PMT.

Przezskórna trombektomia aspiracyjna (PAT)

Przezskórna trombektomia aspiracyjna to technika, w której stosuje się cienkościenne cewniki o szerokim świetle i ssanie z użyciem 50 ml strzykawki w celu usunięcia zatoru lub zakrzepu z zajętych tętnic i by-passów. Stosuje się ją razem z trombolizą, aby zredukować czas i dawki środków trombolitycznych, lub jako samodzielną procedurę.

Przezskórna trombektomia mechaniczna (PMT)

Większość urządzeń do PMT działa na podstawie recyrkulacji hydrodynamicznej. Zgodnie z tą koncepcją rozpuszczenie zakrzepu odbywa się w obszarze ciągłego mieszania, zwanego „punktem hydrodynamicznym”. Metoda ta selektywnie wychwytuje, rozpuszcza i ewakuuje zakrzep. Urządzenia nie-recyrkulacyjne, które działają poprzez bezpośrednią mechaniczną fragmentację zakrzepu, są używane rzadziej w PAD z powodu wyższego ryzyka zatorowości obwodowej i uszkodzenia naczynia. Wydajność PMT w dużym stopniu zależy od wieku zakrzepu; świeży reaguje lepiej niż stary i zorganizowany. W małych badaniach klinicznych wykazano krótkoterminowe przeżycie kończyny (30 dni) u 80–90% chorych. ■

Joanna Kwećka

Piśmiennictwo u autora.

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego

Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych jest przewlekłą niezapalną chorobą o wieloczynnikowej etiologii. Jest ona następstwem zaburzeń równowagi pomiędzy procesem regeneracji degradacji chrząstki stawowej oraz kości podchrzęstnej. W Polsce powszechnie stosowane jest łacińskie określenie choroby terminem: arthrosis lub arthrosis deformans. W piśmiennictwie światowym stosowany jest termin osteoarthritis i biorąc pod uwagę patogenezę choroby uznaje się go za najbardziej adekwatny.

Etiologia

Chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego dzielimy pod względem etiologii na:

- pierwotną
- wtórną

Pierwotna choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego

Z pierwotną mamy do czynienia wówczas, gdy przy użyciu dostępnych środków, badań laboratoryjnych, klinicznych, obrazowych i wywiadu nie ma określonej przyczyny podłoża choroby. Uważa się, że etiologia pierwotnej choroby zwyrodnieniowej stawów jest wieloczynnikowa, a wpływ jednego czynnika może przeważać nad innymi.

Teoria genetyczna. Badania na podłożu genetycznym wykazały, że w rodzinach, w których stwierdzono chorobę zwyrodnieniową pojawienie się jej miało charakterystyczny wzorzec dziedziczenia. Badania nad genami składników chrząstki stawowej dały dowody na istnienie aberracji genetycznych. Stwierdzone zaburzenia wpływały niekorzystnie na właściwości mechaniczne chrząstki stawowej oraz na jej przyspieszone zużycie.

Teoria mechaniczna. Za powstawanie zmian zwyrodnieniowych stawów biodrowych pod wpływem czynnika mechanicznego przemawia wzrost występowania choroby z wiekiem, częstość występowania w korelacji z nadwagą.

Za mniej istotne teorie dotyczące etiologii choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego uważane są:

- teoria biochemiczna dotycząca zmian w składzie płynu maziowego
- teoria hormonalno-naczyniowa, w której przyczyną choroby upatrywana jest w zaburzeniach ukrwienia nasad kości tworzących staw
- teoria immunologiczna- przyjmuje, że przyczyną choroby jest reakcja przeciwko antygenowi w obrębie chrząstki stawowej.

Wtórna choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego

Wtórna choroba zwyrodnieniowa rozwija się, w wyniku wrodzonego lub nabytego zaburzenia budowy i funkcji elementów składowych stawu. Nieprawidłowe rozłożenie sił działających na staw, nierównomierne przyleganie do siebie powierzchni stawowych, doprowadza do sytuacji, w której niektóre powierzchnie stawu zostają wyeksponowane na siły przekraczające wytrzymałość chrząstki stawowej. Powierzchnia chrząstki w tych miejscach zostaje uszkodzona, a powtarzalność urazów uniemożliwia jej odbudowę. Jednym z następstw wtórnych zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego jest dysplazja stawu biodrowego u dzieci.

Najczęstsze przyczyny wtórnej choroby zwyrodnieniowej to:

- urazy i ich następstwa ostre lub przewlekłe tj. złamania nasad kości, złamania przez stawowe, złamania wygojone z zaburzeniem osi kości, które niekorzystnie wpływają na zmianę sposobu przenoszenia obciążeń w stawie
- wrodzone niedorozwoje stawów; najczęściej wrodzona dysplazja stawu biodrowego
- choroby nasad kości długich, które doprowadzają do zaburzenia zborności stawu na tle deformacji nasad
- zapalenie swoiste i nieswoiste stawów

Zapalenie swoiste i nieswoiste stawów pierwotnie uszkadza ich strukturę, w tym chrząstkę stawową.

Spośród tych zapaleń należy wymienić: gruźlicze zapalenie stawów, jak również zapalenie bakteryjne o charakterze

ropnym. Zmiany w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów mają odmienny charakter od obserwowanego w chorobie zwyrodnieniowej. Dominują tam procesy zanikowe chrząstki stawowej i tkanki kostnej, rzadko na ich podłożu dochodzi do powstania zmian wtórnych typowych dla choroby zwyrodnieniowej.

Patogeneza

Stopniowa utrata kolagenu i proteoglikanów przez chrząstkę stawową i pogorszenie jej właściwości biomechanicznych jest istotą choroby zwyrodnieniowej stawów. Uszkodzenie łańcuchów kolagenu i proteoglikanów dokonuje się na drodze mechanicznej lub poprzez działanie enzymów proteolitycznych wydzielanych przez uszkodzone chondrocyty. Uszkodzenie dokonujące się w obrębie chrząstki stawowej, błony maziowej i kości podchrzęstnej doprowadza do wtórnych zmian pozostałych elementów stawu. Chrząstka stawowa bierze udział w czynnościach mechanicznych stawu przez absorpcję wstrząsów i dystrybucję sił działających na staw, a cienka warstwa płynu stawowego, która ją pokrywa minimalizuje tarcie pomiędzy nasadami. Masę chrząstki stanowi macierz zewnątrzkomórkowa, która głównie składa się z wody (65-80%), ponadto z włókien kolagenu typu I, proteoglikanu, oraz niewielkiej ilości innych typów kolagenu. Zmieniona chrząstka stawowa nie jest w stanie spełnić powierzonych jej funkcji. Powierzchnia jej staje się nierówna, włóknista, postrzępiona, a z czasem zmniejsza się jej grubość. Objawem odczynu naprawczego jest nadmierny przerost tkanki chrzęstnej na obwodzie powierzchni stawowej. Wyrosła chrzęstka kostnieją, powstają osteofity, które związane są nierozdzielnie z obrazem choroby zwyrodnieniowej. Zmiany w obrębie kości podchrzęstnej mają często charakter zanikowy, prowadzą do tworzenia się cyst podchrzęstnych, zwanych geogami, które wypełnia substancja o konsystencji żelu. Zmiany te powodują zaburzenia biomechaniczne podłoża chrząstki, narażając ją na nadmierne naprężenia mechaniczne. Zaburzenia w ukrwieniu nasady kości tworzących staw to kolejny aspekt patologii choroby zwyrodnieniowej stawów. W obrazie histopatologicznym obserwuje się wzmożone unaczynienie i przekrwienie żylnie kości podchrzęstnej, zwłaszcza w strefach największego obciążenia.

Często spotykanym elementem choroby jest zapalenie błony maziowej, które jest prawdopodobnie wtórne do zmian w chrząstce i jest następstwem zmiany zawartości płynu stawowego. Kliniczne objawy zmian zapalnych błony maziowej objawiają się wysiękiem i wzmożonym ociepleniem stawów. W wyniku reakcji na stan zapalny torebka stawowa staje się pogrubiona i zwłókniała, towarzyszy temu nierzadko przerost błony maziowej.

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny choroby może dotyczyć jednego lub wielu stawów równocześnie. Przebieg choroby jest bardzo szybki z gwałtownie postępującymi zmianami lub bardzo powolny. Najczęściej jednak obserwuje się narastanie objawów powolne w ciągu kilku lat. Nasilenie objawów związane jest z czasem trwania choroby zwyrodnieniowej. Jako pierwszy objaw występuje ból, często po większym wysiłku fizycznym lub po dłuższym chodzeniu. Ból ustępuje po okresie spoczynku, jednak w miarę trwania choroby dolegliwości nasilają się, stają się ciągłe i występują również w nocy. W początkowej fazie występują okresy remisji, później jednak ból jest ciągły, utrudnia wykonywanie czynności życia codziennego. Dość powszechnym objawem zwyrodnienia stawu biodrowego jest ból w dalszej części uda i kolana. Ból stawu odczuwalny jest

w pachwinie i w okolicy krętarza większego. Ograniczenie ruchomości stawu występuje najwcześniej w rotacji wewnętrznej, odwiedzenia i wyprostu. Prowadzi to do przykurczów głównie zgięciowo- przywiedzeniowo- rotacyjnych zewnętrznych. Przykurcze w stawach biodrowych przyczyniają się do patologicznego ustawienia kończyny, miednicy i grzbietu. Widoczne są one w pozycji stojącej bardziej niż leżącej, następstwem przykurczy zgięciowych stawów biodrowych jest zwiększona lordoza lędźwiowa.

Rzeczywiste lub pozorne skrócenie kończyn dolnych ma również wpływ na ustawienie i sposób poruszania się. Jeżeli doszło do przykurczu odwiedzeniowego w stawie biodrowym chory ustawia równolegle kończyny tylko wtedy gdy miednica ulegnie pochyleniu. Dzięki temu zdrowe biodro przesuwają się ku górze i powoduje względne wydłużenie kończyny chorej. Odwrotne zjawisko ma miejsce przy przykurczu przywiedzeniowym, wtedy jednak chora kończyna ulega pozornemu skróceniu. Przyczyną dolegliwości bólowych jest zwiększone ciśnienie w nasadach kości tworzących staw, które wynika z przekrwienia oraz nadciśnienia wewnątrz kostnego. Duże znaczenie w patogenecie bólu podczas ruchu w stawie ma rozciąganie zwłókniałej, przykurczonej torebki stawowej. Niekiedy pierwszym objawem nie jest ból w stawie, a uczucie sztywności stawów, zwłaszcza odczuwalne po spoczynku. Ruchomość stawu początkowo nie ulega ograniczeniu, dopiero maksymalne ruchy bywają bolesne. Zakres ruchów zostaje ograniczony wraz z postępem zmian zwyrodnieniowych, stopniowo prowadząc do przykurczów. Stwierdza się miejscowe poszerzenie i zniekształcenie obrysów stawu, które są spowodowane wysiękiem, przerostem błony maziowej, obecnością osteofitów i pogrubieniem torebki stawowej. Charakterystyczne dla bardziej zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych jest niestabilność stawu, która wynika z utraty chrząstki stawowej, zaników mięśniowych i asymetrycznych przykurczów torebki stawowej. Z czasem dochodzi do deformacji głowy kości udowej i przemieszczenia jej w głąb panewki. W obrazie radiologicznym wtórnej choroby zwyrodnieniowej widoczne są zmiany wskazujące na pierwotną patologię. Wraz z nasileniem się zmian stawowych i dolegliwościami bólowymi występuje utykanie i pojawiają się trudności w chodzeniu. Z czasem chory rezygnuje z aktywności ruchowej, a w zaawansowanym stadium choroby potrzebuje opieki innych osób. Przykurcz stawu to ograniczenie zakresu ruchomości stawu w określonej pozycji, wystąpić on może jako przykurcz zgięciowy, odwiedzeniowy, wyprostny, przywiedzeniowy i mieszany. Do przyjmowania takich pozycji stawu chorego zmuszają bodźce bólowe. Ograniczając w ten sposób jego funkcje i doprowadzając do sukcesywnego zaniku mięśni.

Przykurcze ze względu na patogenetę dzielimy na:

- dynamiczne
- mechaniczne
- zapalne

Ze względu na lokalizację wyróżnia się przykurcze:

- skórne
- powięziowe
- mięśniowe
- neurogenne
- stawowe

Wrodzona dysplazja stawu biodrowego

Na rozwój nieprawidłowości stawu biodrowego w okresie wewnątrzmacicznym ma wpływ wiele czynników. Występo-

wanie czynnika mechanicznego, który jest najistotniejszym w powstawaniu zniekształceń, ale również czynniki hormonalne i genetyczne. Zazwyczaj jeden z nich zapoczątkowuje łańcuch niekorzystnych zjawisk, których końcowym efektem może być zwichnięcie stawu biodrowego. Przyczyną deformacji w tym okresie jest niesynchroniczny rozwój mięśni, które odpowiedzialne są za ruch stawu biodrowego i genetyczne uwarunkowania, niewłaściwa dystrybucja kolagenu w torebce stawowej i więzadłach. Czynniki mechaniczne to miednicowe ustawienie płodu, małowodzie utrudniające zmiany pozycji, duża masa płodu, ułożenie plecami ku lewemu bokowi matki, ciąża u pierwiastki, tu ryzyko występuje ze względu na mniejszą rozciągliwość mięśni brzucha i macicy, co może powodować prawie pionowe ustawienie płodu i ucisk kończyn na kręgosłup matki. Czynniki hormonalne to wpływ hormonów na syntezę tkanki łącznej obniżający zawartość części włóknistej torebki stawowej. Czynniki genetyczne odpowiada za pierwotną dysplazję panewki stawu biodrowego i wiotkość torebki stawowej. W stawie dysplastycznym panewka jest płytka, obejmuje mniejszą część głowy kości udowej, przez co ciężar ciała rozłożony jest na mniejszej powierzchni. Następstwem tego są zmiany zwyrodnieniowe we wczesnym wieku, ograniczenie zakresu ruchu, upośledzenie chodu i dolegliwości bólowe. Osoby te w młodym wieku wymagają wymiany stawu. Najpoważniejszym powikłaniem leczenia rozwojowej dysplazji stawu biodrowego jest jałowa martwica bliższego końca kości udowej.

Przyczyną jest przewężenie naczyń tętniczych, które dochodzą do głowy kości udowej. W wyniku forsownego odwiedzenia i rotacji wewnętrznej dochodzi do ucisku naczyń odżywczych w obrębie głowy i doprowadza do zaburzeń krążenia. Uciśnięta jest najczęściej tętnica przyśrodkowa okalająca udo, przez tylny brzeg panewki albo mięsień biodrowo-lędźwiowy. Nie należy również pominąć czynników anatomicznych, które związane są z anomalią bliższego końca kości udowej.

Czynniki ryzyka wystąpienia martwicy to:

- wiek chorego w chwili rozpoczęcia leczenia
- stopień przemieszczenia głowy kości udowej
- stosowane metody leczenia

Konflikt udowo-panewkowy

Jedną z istotnych przyczyn wywołujących chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego uznano konflikt udowo-panewkowy. Szczególnie dotyczy on osób aktywnych w młodym wieku. Schorzenie występuje jednostronnie, rzadziej obustronnie, najczęściej w trzeciej lub w czwartej dekadzie życia. Mechanizm rozwoju choroby opisywany jest jako proces dynamiczny, spowodowany powtarzającym się nieprawidłowym kontaktem brzegu panewki i tej części końca kości udowej, która łączy głowę z szyjką kości udowej. Nieprawidłowy kontakt uszkadza powierzchnie stawową głowy i panewki powodując odrywanie się obrąbka panewkowego. Urazy te stymulują kość do wzrostu u podstawy obrąbka co prowadzi do skostnień. Powstanie deformacji związane z różnicami anatomicznymi między panewką a głową kości udowej prowadzi do odrywania się obrąbka i przylegającej do niego chrząstki stawowej od podchrzęstnej warstwy kości i brzegu panewki. Wyróżniamy dwa typy mechanizmu konfliktu udowo-panewkowego, są to: typ kleszczowy, który związany jest z nadmiarem pokrycia głowy przez panewkę i typ krzywkowy, który wywołany jest zniekształceniem połączenia głowowszyjkowego. Jednak u większości chorych występuje postać mieszaną posiadająca cechy obu typów. Rozpoznanie stawia

się na podstawie wywiadu, objawów, badania chorego i wyników badań obrazowych.

Objawem typu krzywkowego jest ból w pachwinie i w okolicy krętarza większego, który pojawia się podczas zwiększonej aktywności fizycznej i ból pojawiający się przy wykonywaniu ruchów w stawie o skrajnej amplitudzie. Bóle te świadczą najczęściej o obecności przedniego konfliktu udowo-panewkowego. Dolegliwości bólowe okolic pośladka spowodowane są konfliktem okolic tylnych struktur części stawu biodrowego. Typ kleszczowy charakteryzuje się ostrym bólem w pachwinie, który pojawia się po dłuższym okresie siedzenia albo w pierwszej fazie chodzenia. Choroba ta częściej występuje u mężczyzn. Badanie przeprowadza się w pozycji leżącej na plecach, oceniając ułożenie obu kończyn oraz ich długość. U chorego z podejrzeniem konfliktu panewkowego kończyna może być skrócona i nadmiernie ustawiona w rotacji zewnętrznej. Zdjęcie radiologiczne powinno być wykonane w projekcjach: przednio-tylnej i osiowej. Powinny być na nim ujęte oba stawy biodrowe i należy pamiętać o ustawieniu kończyn dolnych w wyproście, pozycji pośredniej pomiędzy przywiedzeniem, a odwiedzeniem i rotacji „0”. Konflikt udowo-panewkowy może być wyjaśnieniem przyczyn choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego nawet u 40% chorych z wcześniej rozpoznaną idiopatyczną postacią choroby.

Leczenie

Metoda leczenia operacyjnego zwyrodnienia stawu biodrowego uzależniona jest od wieku chorego, jego stanu ogólnego, aktywności oraz zaawansowania zmian. Przy niedużym nasileniu deformacji stawu u młodych pacjentów stosuje się metodę osteotomii międzykrętarzowej. Korzystny efekt zniesienia lub zmniejszenia bólu zawdzięcza się redukcji nadciśnienia wewnątrzkościowego i poprawę ukrwienia kości udowej. U osób starszych po 60 roku życia jak również u młodych z zaawansowanymi zmianami zwyrodnieniowymi stosowana jest całkowita endoprotezoplastyka stawu. Endoprotezy stawu biodrowego można podzielić na dwa typy, osadzone na akrylowy cement chirurgiczny i na mocowane bezpośrednio w tkance. O zastosowaniu konkretnego typu endoprotezy decyduje wiele czynników między innymi wiek chorego i biologiczna wytrzymałość kości.

Badania diagnostyczne

Rentgenodiagnostyka

Zdjęcie rentgenowskie jest najpopularniejszym nieinwazyjnym badaniem, o bardzo dużej wartości diagnostycznej i bardzo dobrym sposobem obrazowania układu kostno-stawowego. Badanie przeglądowe wykonuje się zawsze w dwóch płaszczyznach, projekcji bocznej i przednio-tylnej. Badania radiometryczne, które pozwalają dokładnie wymierzyć długość kości kończyn i określić wartość kątową odchylenia osiowych. Wykładnikiem radiologicznym choroby jest zwężenie szpary stawowej, podchrzęstna sklerotyzacja, osteofity i torbiele kostne. Zwężenie szpary stawowej świadczy o utracie chrząstki stawowej, uwidacznia się głównie w miejscu największego obciążenia powierzchni stawowej. Deficytem chrząstki towarzyszy sklerotyzacja kości podchrzęstnej, następnie pojawiają się torbiele i osteofity. Przy zmianach zwyrodnieniowych w wyniku dysplazji uwidacznia się płaska panewka, nasilona antetorsja, podwichnięcie głowy kości udowej, dysproporcja pomiędzy wielkością głowy a panewki i nieprawidłowe centrowanie głowy w panewce. Wyniku złuszczenia się głowy kości udowej obserwuje się zsuniecie się nasady bliższej kości udowej w stosunku do szyjki, poszerzenie



i powiększenie głowy. W przypadku koksartrozy po przebytych zapaleniu stawu biodrowego widoczne jest zniszczenie głowy kości udowej lub koncentryczne zwężenie szpary stawowej i niewielką deformację głowy.

Ultrasonografia

Badanie to jest nieinwazyjne i dużą jego zaletą jest brak szkodliwego działania na organizm, dlatego znalazło zastosowanie w diagnozowaniu dysplazji stawu biodrowego u noworodków.

Tomografia komputerowa

Jest badaniem rentgenowskim, które pozwala dzięki obróbce komputerowej ocenę poprzecznych przekrojów układu kostnego, ukazując jego struktury w obrazie trójwymiarowym. Badanie znalazło szczególne zastosowanie w obrazowaniu stawów biodrowych.

Rezonans magnetyczny

Ta nieinwazyjna metoda pozwala bardzo precyzyjnie pokazać w różnych przekrojach i płaszczyznach chore narządy. Metoda ta używana jest między innymi w diagnozowaniu wczesnej martwicy głowy kości udowej.

Ból w życiu pacjenta

„Ból jest doznaniem czuciowym, związanym zarówno z działaniem uszkadzającego bodźca jak i spostrzeżeniem powstającym na podstawie psychicznej interpretacji zachodzących zjawisk, zmodyfikowanym przez wcześniejsze doświadczenia i psychosomatyczne uwarunkowania”.

Ból może występować w wyniku podrażnienia receptorów bólowych- nocycceptorów, obniżenia progu ich pobudliwości lub w następstwie uszkodzenia układu nerwowego. Funkcja bólu w ustroju to jego ostrzegawczo –ochronne działanie.

Patomechanizm bólu przewlekłego

Ból występuje w wyniku podrażnienia zakończeń nerwowych układu nocycceptywnego przez bodźce, które powodują uszkodzenie tkanek. Ten rodzaj bólu nazywamy receptorowym, odczuwa go w ciągu swojego życia prawie każdy. Jeżeli ból ten trwa dłużej niż 3-miesiące i utrzymuje się po wygojeniu tkanek, nazywamy go bólem przewlekłym.

Ból przewlekły nie jest objawem, lecz sam w sobie stanowi chorobę o pewnych cechach charakterystycznych. Występują u pacjentów zmiany behawioralne i wahania nastroju, ograniczenie aktywności, a co za tym idzie utrata kondycji, spadek sił i gorsze wykonywanie obowiązków.

U chorych z bólem przewlekłym obserwuje się nadmierną drażliwość i zdenerwowanie, pojawia się depresyjny nastrój również zaburzenia snu, ociężałość psychoruchową, obniżony próg bólu i utratę łaknienia. U niektórych chorych pojawia się jednak nadmierna chęć jedzenia, co przy spowolnionej aktywności ruchowej prowadzi do otyłości.

U osób z zaburzoną sprawnością ruchową mogą wystąpić problemy psychopatologiczne, które związane są w dużej mierze z czasem wystąpienia dysfunkcji. Niepełnosprawność ruchowa powstająca w wyniku przebiegu schorzeń przewlekłych powoduje dolegliwości bólowe o zróżnicowanym nasileniu i czasie trwania nie dając żadnych szans na całkowite wyleczenie. Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego rozpoczyna się zwykle dolegliwościami bólowymi o charakterze wysiłkowym, dokuczliwymi bardziej pod koniec dnia, postępującymi w miarę ograniczenia ruchów w stawie. Zaostrzenie bólu pojawia się z miejscową tkliwością uciskową

i przykurczami. W późniejszym okresie pojawiają się bóle nocne i spoczynkowe. Unerwienie stawu biodrowego pochodzi z trzech źródeł, z nerwu kulszowego, udowego oraz zasłonowego, stąd też różnorodność jego lokalizacji. Często ból umiejscawia się w pachwinie, odczuwany jest w okolicy krętarza dużego, pośladka i rzutuje w okolice krzyżowo –lędźwiowe. Niejednokrotnie pierwszym sygnałem bólowym patologii stawu biodrowego jest ból przednio –przysródkowej części uda, który promieniuje do kolana. Mówiąc o bólu należy również wziąć pod uwagę indywidualną postawę konkretnego chorego, która związana jest z jego doświadczeniem życiowym, progiem odczuwania bólu i tolerancją, reakcją na farmakologiczne i niefarmakologiczne środki przeciwbólowe. Korzystne efekty walki z bólem w chorobie zwyrodnieniowej obserwuje się u chorych, którzy wykonują ćwiczenia poprawiające siłę mięśni i zakres ruchów w chorym stawie jak również przy wdrożeniu programu obniżenia masy ciała. Zniesienie dolegliwości bólowych można uzyskać również przy zastosowaniu zabiegów fizjoterapeutycznych, takich jak: krio-terapia, elektroterapia, laseroterapia, jonoforeza. Leczenie bólu przewlekłego w narządzie ruchu metodami farmakologicznymi oparte jest na zaleceniach WHO tzw. trójstopniowej drabinie analgetycznej. Początkowo stosowane są nieopioi-dowe analgetyki, później dodaje się „słaby” opioid, a na trzecim szczeblu w jego miejsce wprowadza się opioid o silnym działaniu. W okresie nasilenia dolegliwości bólowych w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego stosuje się do-stawowe wstrzyknięcia glikokortykosteroidów. W zaawanso-wanych stanach chorobowych konieczna jest interwencja chirurgiczna, czyli endoprotezo plastyka stawu biodrowego.

W celu zmniejszenia dolegliwości bólowych z powodzeniem można stosować promieniowanie jonizujące, jednak z powodu obaw przed ewentualnymi skutkami ubocznymi bezpie-czniejszym wydaje się napromieniowanie chorych w starszym wieku. Przeprowadzone badania skuteczności radioterapii w leczeniu pacjentów z silnymi dolegliwościami bólowymi z powodu zniszczonych procesem zwyrodnieniowym stawów, wykazały pozytywne efekty. Zmniejszenie dolegliwości bóło-wych zaobserwowano u około 85-90 % chorych. Leczenie zmian degeneracyjnych promieniami jonizującymi przyniosło nie tylko efekt kliniczny, ale również radiologiczny. Czas trwania choroby nie ma wpływu na wynik leczenia. Trwająca kilka lat koksartroza nie jest przeciwwskazaniem do leczenia naświetleniem.

Sylwia Gęsiarz

Piśmiennictwo u autora.

Informacje



Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego rozpoczyna przygotowania do jubileuszowej X edycji Konkursu „Pielęgniarka Roku 2014”.

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych: pielęgniarki i pielęgniarzy do zapoznania się z Regulaminem, a przede wszystkim do udziału w Konkursie. Tegoroczna edycja Konkursu będzie miała zmieniony harmonogram i przebieg Finału. Zgłoszenia uczestników należy przesyłać do Oddziałów Wojewódzkich

PTP do dnia 31 stycznia 2015 roku. Termin eliminacji wojewódzkich obejmujących egzamin testowy, zostanie podany w najbliższym czasie. Zapraszamy do sprawdzania informacji o Konkursie na naszej stronie internetowej.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
zaprasza do udziału w ogólnopolskim konkursie
Pielęgniarka Roku 2014

Beata Jurkiewicz
Pielęgniarka Roku 2013

**Podziel się swoimi sukcesami
– zostań Pielęgniarką Roku 2014**

Aplikacje pielęgniarek rekomendowanych przez pracodawców należy zgłosić do właściwego terytorialnie Zarządu Oddziału Wojewódzkiego PTP do dnia **31 stycznia 2015 r.**
Szczegółowe informacje i formularze aplikacyjne dostępne na stronie ZG PTP – <http://www.ptp.na1.pl/>

Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia ALMACH

Szanowna Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes
Szanowni Członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Będąc maleńkim trybikiem w dziele, jakie wspólnie tworzymy, bardzo serdecznie dziękuję Pani Prezes, Członkom Prezydium, Członkom NR PiP w tym Przewodniczącym Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych za okazaną pomoc i dar, jakim są przyznane środki na zakup kabin prysznicowych dla Domu Pielęgniarki i Położnej w Tylmanowej.

Uprzejmie informuję, iż pozyskałam sponsora na nowe umywalki i kompaktki we do łazienek. Wasz Dar przyczyni się do podwyższenia standardu higieny osobistej przebywającym w Naszym Domu. Przed Fundacją wiele pracy i starań o środki na podwyższenie standardu wyposażenia pokoi i wnętrza budynku. Działając społecznie dla dobra naszych zawodów wiem, że najłatwiej jest dziękować, łatwiej żądać, najtrudniej prosić.

Dziękuję wszystkim Koleżankom, Kolegom, jak również Członkom Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych za każdą „złotówkę” wniesioną jako dar na Nasz Dom.

Proszę ludzi dużego serca, Koleżanki i Kolegów o 1% z podatku przy najbliższym rozliczaniu się z Urzędem Skarbowym w 2015r. Wystarczy do zeznania podatkowego wpisać KRS 0000154303 i nazwę Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia Almach. Można również podarować przysłowiową „złotówkę” na konto Fundacji nr konta:

70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

Niech słowa Św. Jana Pawła II „człowiek jest wielki nie przez to co ma, nie przez to kim jest lecz przez to, czym dzieli się z innymi” będą moim wielkim podziękowaniem za wielkie serce i wszelkie dobro dla Fundacji realizującej wspólne dzieło.

Na nadchodzące Święta Bożego Narodzenia oraz Nowy Rok życzę Wszystkiego Najlepszego.

Z wyrazami szacunku
Prezes Zarządu
Bożena Banachowicz

Oferta kursów OI PiP 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 środowiska nauczania i wychowania
12. Pielęgniarstwo onkologiczne

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 – Odleżyny Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
6. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych



7. Szczepienia ochronne Nr 03/08
8. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
9. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
10. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
11. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
12. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
15. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego – kurs dla pielęgniarek „systemu”
16. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiokardografii

4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego
5. Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych

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 żylną i obrzęku limfatycznego
6. Diagnostowanie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi.

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów połączonych kursów/szkoleń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPIP pokój nr 407, Telefonicznie tel. 519 862 186

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

BiRaKo[®]
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

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

KALENDARZE DO REJESTRACJI NA 2015 ROK

- KALENDARZE DZIENNE KSIĄŻKOWE PRZEZNACZAJĄ CAŁĄ STRONĘ NA KAŻDY DZIEŃ
- KALENDARZE TYGODNIOWE 1 TYDZIEŃ NA DWÓCH STRONACH
(CAŁY TYDZIEŃ NA ROZKŁADÓWCE)

ZAPRASZAMY
ATRAKCYJNE CENY



GRATULACJE!

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i
Położnych w Częstochowie składam serdeczne
gratulacje*

*Wraz z życzeniami pomyślności i sukcesów
zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu
osobistym z okazji*

*Wyboru na stanowisko Przewodniczącej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Myszkowie Pani*

Wandzie Kowalskiej.

*Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie*



*„Człowiek jest wielki
nie przez to, co ma
nie przez to, kim jest,
lecz przez to, czym dzielił się z innymi”.
Jan Paweł II*

*w związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę,
podziękowania za długoletnią pracę,
zaangażowanie na rzecz środowiska
pielęgniarskiego, wspieranie chorych
życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają dla Pani*

Krystyny Chowańskiej

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie,
Oraz
Pielęgniarki Szpitala Neuropsychiatrycznego*



w Lublińcu.

*Najlepsze życzenia, to marzeń spełnienia.
Bo cóż piękniejszego, niż właśnie marzenia...?
Wiek emerytalny po to jest nam dany,
By realizować niespełnione plany.
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,
Tylko żyć i się delectować.
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.*

*w związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę,
podziękowania za długoletnią pracę,
codzienny trud, poświęcenie i życzliwość
życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają dla Pani*

Marii Onchimiuk-Imach

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie,
Oraz
Pielęgniarki Szpitala Neuropsychiatrycznego
w Lublińcu.*



*Ci którzy nas opuścili, nie odeszli
i są nadal z nami,
są wciąż obecni, choć niewidzialni.*

Koleżance

Alicji Stefańskiej

*Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci*

Męza

składają Pielęgniarki i Położne

*z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Częstochowie
oraz*

*Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.*

Szkolenie pt.: „Dobór opatrunków zgodnie z fazami gojenia ran”
Ośrodek Szkoleniowy przy OIPiP w Częstochowie, dnia 14 listopada 2014 roku.



Szkolenie pt. „Problem odleżyn i nietrzymania moczu ważnym zagadnieniem w opiece nad pacjentem w wieku starszym”
Częstochowa, dnia 27 listopada 2014 roku.



**Uroczyste rozdanie Dyplomów uzyskania tytułu Pielęgniarki Specjalisty w dziedzinie Pielęgniarstwa neonatologicznego
Częstochowa dnia 24 listopada 2014 roku.**



**Uroczyste rozdanie Dyplomów uzyskania tytułu Pielęgniarki Specjalisty w dziedzinie Pielęgniarstwa psychiatrycznego.
Lubliniec, dnia 14 października 2014 roku.**

