

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Promocja książki Hanny Paszko pt. „Nadzieja w ludzkim cierpieniu”



Styczeń 2015r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Promocja książki Hanny Paszko pt. „Nadzieja w ludzkim cierpieniu”



W NUMERZE:

OIPiP	1
Prawo	2
Ministerstwo Zdrowia	4
PRACE AUTORSKIE:	
Rola zabiegów sanitarnych w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym	6
Gwałt	12
Specyfika pracy pielęgniarki ratunkowej	14
Diagnozowanie urazów czaszkowo-mózgowych. Rola pielęgniarki w diagnozowaniu i rehabilitacji	16
Informacje	19
Kondolencje	23

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.

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 17 grudnia 2014 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Skreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyło pięć pielęgniarek.
- Anulowano adnotację o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej pielęgniarki.
- Stwierdzono posiadanie kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu czterem pielęgniarkom.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla dwóch pielęgniarek - na kwotę 4 000.00 zł.
- Przyznano dofinansowania kształcenia podyplomowego dla dziewięciu pielęgniarek, za studia - magister pielęgniarstwa na kwotę 6 300.00 zł. ■

KALENDARIUM

Grudzień 2014 rok – styczeń 2015 rok

17.12.2014r. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. PCK 7 odbyło się uroczyste spotkanie Wigilijne Kierowniczej Kadry Pielęgniarek i Położnych. W spotkaniu udział wzięła Przewodnicząca ORPiP.

17.12.2014r. W siedzibie OIPiP odbyło się spotkanie Przewodniczącej ORPiP z Dyrekcją Szpitala Miejskiego Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka w Zabrze. Celem spotkania było nawiązanie współpracy w zakresie prowadzenia szkoleń dla położnych.

07.01.2015r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu noworocznym dla pracowników Hospicjum Częstochowskiego.

09.01.2015r. Przewodnicząca ORPiP na zaproszenie Prezydenta Miasta Częstochowy Krzysztofa Matyjaszczyka i Przewodniczącego Rady Miasta Zdzisława Wolskiego uczestniczyła w corocznym Spotkaniu Noworocznym, które odbyło się w Filharmonii Częstochowskiej.

12-13.01.2015r. Przewodnicząca uczestniczyła w nadzwyczajnym posiedzeniu NRPiP w Warszawie.

15.01.2015r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu zwyczajnej Sesji Rady Miasta, która odbyła się w sali sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy.

21.01.2015. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

21.01.2015r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

21.01.2015r. W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

23.01.2015r. 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.

23-24.01.2015r. Na Jasnej Górze odbyła się XIX Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych. Tematem przewodnim konferencji było „Rodzina – pocieszenie dla chorego czy powód do żałoby”. W Konferencji uczestniczyła Sekretarz ORPiP.

27.01.2015r. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym odbyły się konkursy na stanowiska: Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurochirurgii, Pielęgniarki Oddziałowej Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniu komisji konkursowej na ww. oddziałach. Nowo wybranym Oddziałowym serdecznie gratulujemy. ■

Oferta kursów OIPiP 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 Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Prowadzenie porodu w wodzie
13. Pielęgniowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10

14. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dościa doszpikowego – kurs dla pielęgniarek „systemu”
15. Opieka pielęgniarstwa nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów
16. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji – kurs dla położnych

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiokardiografii
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 pielęgniarstwa w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żyłnej i obrzęku limfatycznego
6. Diagnozowanie 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 ■

**Prawo**

Przedruk z Dziennika Gazeta Prawna 18.12.2014 nr 245

Kiedy badania lekarskie są bezpłatne i co zrobić, by otrzymać wyniki

Placówka medyczna nie może odmówić wydania wyników badań bez konsultacji pacjenta z lekarzem. Musi udostępnić zainteresowanemu np. ich kopię.

Czy gabinet prywatny zleci tylko płatne analizy?

Choruję przewlekłe na tarczycę i często muszę wykonywać badania. Leczę się prywatnie, a mój lekarz nie chce mi wystawić skierowania na nie, bo twierdzi, że nie ma takich uprawnień. Czy to prawda?

TAK. Każda osoba posiadająca ubezpieczenie zdrowotne ma co prawda prawo do badań diagnostycznych finansowanych przez NFZ, ale warunkiem ich bezpłatnego wykonania jest uzyskanie skierowania. Ten dokument może wydać tylko uprawniony medyk. Musi to być lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, czyli taki, który sam ma podpisaną umowę z NFZ lub pracuje w placówce medycznej, która zawarła kontrakt z funduszem. To oznacza, że lekarz w swoim prywatnym gabinecie nie może wystawić skierowania na badania finansowane przez NFZ.

Podstawa prawna

Art. 32 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.).

Czy POZ zleci tylko niektóre badania?

Lekarz rodzinny nie chciał mnie skierować na rezonans magnetyczny kolana. Twierdzi, że nie jest do tego uprawniony. Czy to prawda?

TAK. Lekarze POZ, w przeciwieństwie do specjalistów, nie mają prawa kierować pacjentów na każdy rodzaj diagnostyki. Wykaz badań, których wykonanie mogą zlecać, jest ściśle określony. Obejmuje zarówno podstawowe analizy (np. morfologię lub badania moczu), jak i diagnostykę obrazową, np. wykonanie prześwietleń rentgenem. Od stycznia lista tych badań jeszcze się wydłuży, np. lekarz rodzinny będzie mógł zlecać swoim chorym analizy w kierunku raka prostaty lub testy tarczycowe. Wszystkie te badania są w ramach POZ nieodpłatne. Lekarz rodzinny może też wystawić skierowanie na dwa rodzaje badań endoskopowych, tzn. gastroskopię i kolonoskopię. Nie ma natomiast uprawnień do kierowania chorych na badania kosztochłonne, w tym prześwietlenia rezonansem magnetycznym.

Podstawa prawna

Część IV załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1248).

Czy na odmowę można się poskarżyć?

W szpitalu odmówiono mi wydania wyników badań oraz sporządzenia ich kserokopii. Czy mogę złożyć skargę?

TAK. Pacjent, który spotka się z odmową dostępu do dokumentacji medycznej, którą stanowią wyniki jego badań, w pierwszej kolejności powinien złożyć skargę (najlepiej na piśmie) do dyrekcji placówki medycznej, w której taka sytuacja miała miejsce. Jeżeli interwencja u dyrektora nie skutkuje i wyniki nie zostaną mu udostępnione do wglądu lub w formie odpisu lub kserokopii, zainteresowany może skierować sprawę do rzecznika praw pacjenta. Ten zaś na jego wniosek może wszcząć postępowanie wyjaśniające, czy doszło do naruszenia praw pacjenta.

Podstawa prawna

Art. 50 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.).

Czy za kopię badań trzeba zapłacić?

Szpital odmówił mi wydania oryginałów wyników badań. Zażądałem więc sporządzenia kopii, za które placówka medyczna pobrała ode mnie opłatę. Czy miała do tego prawo?

TAK. Za wykonanie odpisu lub kopii wyników badań świadczeniodawca może pobierać opłatę od pacjenta. Jej maksymalna wysokość jest ściśle ustalona. Podstawą jej wyliczenia jest publikowana kwartalnie przez Główny Urząd Statystyczny wysokość przeciętnego wynagrodzenia. Maksymalna wysokość opłat za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej, sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych (jeżeli jest prowadzona w formie elektronicznej) nie może przekraczać 0,002 wspomnianej podstawy wyliczenia. Zgodnie z tym w grudniu 2014 r. opłaty wynoszą:

- jedna strona wyciągu lub odpisu, wyciąg, odpis lub kopia na nośniku elektronicznym – 7,45 zł,
- jedna strona kopii – 0,75 zł.

Żądanie wyższych kwot jest niezgodne z prawem.

Podstawa prawna

Art. 28 ust. 4 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.).

Czy wyniki badań są własnością przychodni?

W ramach NFZ miałam wykonaną biopsję tarczycy. Przychodnia, w której się leczę, nie chce mi jednak wydać wyników. Czekają na mnie w gabinecie lekarza, ale na wizytę jestem zapisana dopiero za cztery miesiące. Czy placówka medyczna ma prawo nie wydać mi wyników?

NIE. Wyniki badań są częścią dokumentacji medycznej pacjenta. Dysponuje nimi placówka medyczna, która wystawiła skierowanie na nie choremu. Ich oryginał lub kopia powinny zostać umieszczone w historii choroby, a placówka medyczna musi rozliczyć się z nich z NFZ. Badania (z wyjątkiem najdroższych, jak m.in. tomograf komputerowy) stanowią bowiem część porady lekarskiej. Lekarz może wydać wynik pacjentowi po wpisaniu do dokumentacji medycznej. Z tego powodu wiele przychodni wprowadza wewnętrzne regulaminy, zgodnie z którymi wyniki analiz prosto z pracowni lub laboratorium są przekazywane do lekarza. Wprowadzając takie rozwiązanie, chcą uniknąć sytuacji, gdy zainteresowany odbiera wyniki i nie pojawia się już w gabinecie medyka, a fundusz nie płaci im za wykonane świadczenie. Pacjent może dostać wynik bezpośrednio z pracowni tylko wtedy, gdy ta zapewni dostarczenie go również do lekarza, który badanie zlecił. Przywoływany przepis nie może być jednak podstawą do odmowy wydania pacjentowi wyników badań przed wizytą lekarską. Chory bowiem ma prawo wglądu do nich na każdym etapie leczenia. Ponadto jest uprawniony do uzyskania kopii lub odpisu swojej dokumentacji medycznej. Tak więc placówka medyczna na żądanie zainteresowanego ma obowiązek sporządzić kserokopię lub odpis wyników badań.

Podstawa prawna

Art. 27 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.).

Czy za diagnostykę w POZ trzeba zapłacić?

Lekarz rodzinny nie chciał mi wydać skierowania na badanie krwi. Odesłał mnie do prywatnego laboratorium, gdzie za analizę musiałem zapłacić z własnej kieszeni. Czy miał prawo tak postąpić?

NIE. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ma obowiązek zlecać pacjentom przeprowadzenie badań laboratoryjnych, np. krwi lub moczu. Powinien mieć podpisaną umowę z laboratorium diagnostycznym na wykonywanie takich świadczeń. Ma obowiązek kierować do tej placówki swoich chorych. Pacjent, któremu lekarz pierwszego kontaktu zlecił jakieś badanie, nie musi za nie płacić. Wykonanie danej analizy jest finansowane ze środków przekazanych placówce POZ przez NFZ. Lekarz rodzinny nie może odmówić wydania zlecenia na badania, kierować do laboratorium, w którym są one wykonywane odpłatnie, ani samemu domagać się opłat od pacjenta.

Podstawa prawna

Par. 4 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z 24 września

2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1248).

Beata Lisowska

Przedruk z Dziennik Gazeta Prawna 4.12.2014 nr 235

Wojewoda decyduje, ile szpitalnych łóżek potrzeba w regionie

Obowiązki

Resort zdrowia chce, aby każde województwo określiło, jakie jest zapotrzebowanie jego mieszkańców na świadczenia zdrowotne oraz jaka jest ich dostępność.

Obecnie są duże różnice pomiędzy regionami a nawet powiatami - jednych usług jest za dużo, bo nikt nie nadzoruje powstawania nowych placówek medycznych, innych zaś za mało. Wojewodowie będą więc musieli dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w powiatach i całym województwie. Efektem mają być regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Powinny być gotowe przed 4 kwietnia 2016 r. Resort zdrowia przekazał do konsultacji projekt rozporządzenia, które określa, w jaki sposób powinny być one tworzone.

Zgodnie z nim mapy mają się składać z trzech części: analizy demograficznej i epidemiologicznej (min. liczby urodzeń, wskaźnika umieralności), oceny infrastruktury zdrowotnej (np. aparatury medycznej, łóżek szpitalnych) i jej wykorzystania oraz prognozy potrzeb zdrowotnych, w tym zapotrzebowania na konkretne świadczenia.

- Opracowanie prognoz nie będzie łatwe. Od lat borykamy się z problemem wyludniania się województwa, a musimy przewidzieć, jak będzie się zmieniała struktura ludności. To zadanie dla ekspertów, urząd może zapewnić im tylko obsługę organizacyjną - uważa Szymon Ogłaza, z Urzędu Wojewódzkiego w Opolu.

Każdego wojewodę w tworzeniu map wesprze wojewódzka rada ds. potrzeb zdrowotnych. Mają do niej wejść min. przedstawiciele marszałka, konwentu powiatów, reprezentatywnych organizacji pracodawców, NFZ, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (NIZP) oraz wojewódzkiego urzędu statystycznego.

- Powołanie tego gremium jest najpilniejszym zadaniem, bo powinno ono powstać już od stycznia. Tworzeniem map zajmiemy się w drugiej kolejności, prawdopodobnie w połowie 2015 r. - mówi Michał Borkowski, dyrektor wydziału zdrowia w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim.

Informacji statystycznych do tworzenia map mają dostarczyć wojewodom nieodpłatnie NFZ, GUS i NIZP.

- Wojewodowie powinni oprzeć mapy na danych, które ma NFZ. Jego zasoby są ogromne - radzi prof. Mirosław Jarosz, rektor Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie, ekspert w dziedzinie informatyki medycznej. Zaznacza jednak, że te dane nie wystarczą do opisu potrzeb zdrowotnych mieszkańców, bo ci w dużej części zaspokajają je w sektorze prywatnym. - Jeśli nie obejmie się go analizą, to nie będzie kompletny obraz - przestrzega.

Etap legislacyjny

Projekt rozporządzenia przekazany do konsultacji społecznych

Beata Lisowska

**Odpowiedź sekretarza stanu
w Ministerstwie Zdrowia -
z upoważnienia ministra - na
interpelację nr 26903 w sprawie
konsekwencji wynikających ze
zmniejszającej się liczby pielęgniarek
w polskiej służbie zdrowia**

Szanowna Pani Marszałek!

W związku z interpelacją pana posła Marka Łatasę, otrzymaną przy piśmie z dnia 16 czerwca 2014 r., znak: SPS-023-26903/14, w sprawie konsekwencji wynikających ze zmniejszającej się liczby pielęgniarek w polskiej służbie zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Odnosząc się do aktualnej i prognozowanej liczby pielęgniarek i położnych w Polsce, uprzejmie informuję, że w ramach szeroko zakrojonej współpracy z przedstawicielami:

- Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;
- Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- Krajowego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej została przeprowadzona szczegółowa analiza zagadnień związanych z wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej. Prace te były prowadzone w ramach dwóch zespołów merytorycznych.

W ramach Zespołu do spraw analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, powołanego zarządzeniem ministra zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. (Dz. Urzęd. Min. Zdrow. z 2012 r. poz. 12 i poz. 32), zostały przeanalizowane propozycje zmian do obowiązujących uregulowań prawnych związanych z wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej. Zostały podjęte także działania legislacyjne mające na celu wdrożenie zaproponowanych zmian do ustaw zawodowych. W tym celu zgodnie z procedurą legislacyjną obowiązującą w Ministerstwie Zdrowia został przygotowany projekt założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, w którym zostały przedstawione propozycje wypracowane przez ww. zespół. Niemniej jednak kierunek dalszych prac legislacyjnych będzie uzależniony od decyzji kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

Natomiast w ramach Zespołu do spraw analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego, powołanego zarządzeniem ministra zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. (Dz. Urzęd. Min. Zdrow. z 2012 r. poz. 13 i poz. 86, z 2013 r. poz. 26), dokonano:

- analizy i oceny zabezpieczenia świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki i położne w wybranych obszarach ochrony zdrowia.
- analizy systemu kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i na kierunku położnictwo,
- analizy zapotrzebowania na różne rodzaje kształcenia

podyplomowego, w szczególności szkolenia specjalizacyjne dofinansowane ze środków publicznych.

Efektom prac zespołu są rekomendacje dotyczące struktury i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne w wybranych obszarach ochrony zdrowia oraz kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego.

Odnosząc się bezpośrednio do pytania, jakie nowe kroki zostaną podjęte, aby zapewnić pacjentom odpowiednią opiekę pielęgniarską w placówkach służby zdrowia oraz jakie działania zabezpieczające mające na celu zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach zostaną podjęte, uprzejmie informuję, że zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013r. poz. 1520), świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zobowiązany jest do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej lub położnych we wszystkie dni tygodnia. W niektórych zakresach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego określone są również warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym także pielęgniarek i położnych, np. w oddziale o profilu neonatologicznym, w oddziale o profilu anestezjologii i intensywnej terapii/anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym.

W pozostałych zakresach, zgodnie z przepisami zawartymi w § 5 ust. 4, zapewnienie opieki pielęgniarskiej lub położnych w zakresie nieuregulowanym w przedmiotowym rozporządzeniu następować będzie z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013, poz. 217).

Podkreślam, że od 2000 r. obowiązywały przepisy rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314). Powyższe rozporządzenie zostało zastąpione rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545), które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 r. Przedmiotowe rozporządzenie jest narzędziem dla kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie służącym do określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i położniczą oraz wskazania liczby pielęgniarek i położnych do sprawowania opieki nad pacjentami w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W sytuacji kiedy podmiot leczniczy realizuje świadczenia zdrowotne na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, zobowiązany jest spełniać również wymogi określone w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 81, poz. 484), które wskazuje, iż niezależnie od formy działalności podmiotu leczniczego (będący przedsiębiorcą, niebędący przedsiębiorcą), każdy świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń zawartymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami

wymagany od świadczeniodawców, określonymi przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych dla poszczególnych rodzajów świadczeń (zarządzenia prezesa NFZ).

Świadczeniodawcy, którzy podpisali z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązani do przestrzegania przepisów dotyczących zatrudnienia i podlegają nadzorowi oraz kontroli uprawnionych organów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto należy wskazać, że oprócz zastosowania sposobu ustalania minimalnych norm zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia ważnymi czynnikami, które mają wpływ na zabezpieczenie opieki pielęgniarstwa pacjentom, jest organizacja pracy w danym podmiocie, poziom zatrudnienia, wyposażenie w sprzęt do opieki i pielęgnacji, zapewnienie profesjonalnego wykonania innych pomocniczych czynności służących realizacji bezpośredniej opieki nad chorymi przez właściwe osoby czy jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego.

Jednocześnie wskazuję, że zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Ta odpowiedzialność dotyczy nie tylko organizacji pracy w tej placówce, ale także związana jest z przestrzeganiem przepisów obowiązującego prawa, w tym ustalania norm zatrudniania pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy, tym samym zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom korzystającym z usług szpitala.

Informuję, iż w celu oceny wdrożenia przez podmioty lecznicze ww. rozporządzenia minister zdrowia powołał Zespół ds. przeprowadzenia analizy funkcjonowania przepisów określających sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarstwa i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Zadaniem powyższego zespołu jest analiza danych dotyczących realizacji przez podmioty lecznicze posiadające w swojej strukturze łóżka szpitalne przepisów rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarstwa i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Po zakończeniu prac powyższego zespołu będzie można określić funkcjonowanie nowego sposobu ustalania minimalnych norm w podmiotach leczniczych i wprowadzić ewentualne zmiany w tym zakresie.

W odniesieniu do pytania, kiedy Ministerstwo Zdrowia planuje przeznaczyć dodatkowe środki na wynagrodzenia dla pracujących w szpitalach pielęgniarstwa, wskazuję, że zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, który jest także odpowiedzialny za organizację udzielania świadczeń w tym podmiocie. Do kierownika podmiotu leczniczego należy także decydowanie w sprawach związanych z zatrudnianiem i wynagradzaniem pracowników. Jego działania powinny być uzasadnione rzeczywistymi potrzebami i możliwościami występującymi w tym konkretnym, zarządzanym podmiocie.

Odpowiadając na pytanie, w jaki sposób zostanie uregulowany problem braku chętnych do pracy w charakterze pielęgniarki w polskiej służbie zdrowia, uprzejmie informuję, że

obecnie w resorcie zdrowia trwają prace dotyczące ustalania średniookresowych celów z zakresu ochrony zdrowia w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego na lata 2014-2020, której cel strategiczny został sformułowany jako: „Zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych”. Realizacji powyższego służą mają działania podejmowane w ramach trzech celów operacyjnych, takich jak dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych, poprawa stanu zdrowia społeczeństwa oraz poprawa efektywności funkcjonowania ochrony zdrowia.

W ramach trzeciego celu operacyjnego, obejmującego taki obszar, jak: „Dostosowanie modelu kształcenia kadr medycznych do potrzeb systemu ochrony zdrowia”, na wniosek Ministerstwa Zdrowia zostały uwzględnione m.in. następujące zadania zaplanowane do realizacji: umieszczenie kierunków pielęgniarstwa i położnictwa na liście kierunków zamawianych przez ministra zdrowia i podniesienie atrakcyjności kształcenia na tych kierunkach, zwiększenie liczby przyjęć na studia pierwszego stopnia na kierunki pielęgniarstwa i położnictwa, stworzenie systemu monitorowania zapotrzebowania na absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa, promocję zawodu pielęgniarki/położnej wśród uczniów szkół średnich oraz kształtowanie pozytywnego wizerunku pracy w tych zawodach.

W ramach ww. strategii zaplanowano sfinansowanie systemu, który zachęcałby do podejmowania studiów na kierunkach pielęgniarstwa i położnictwa. Kierunki posiadałyby status tzw. kierunków zamawianych, poprzez oferowanie studentom środków finansowych w formie stypendium motywacyjnego. Formuła studiów zamawianych przewidywać będzie również podniesienie atrakcyjności kształcenia poprzez umożliwienie pogłębienia umiejętności praktycznych w formie np. zagranicznych praktyk i wizyt studyjnych.

W związku ze zmniejszającą się stale liczbą pielęgniarstwa i położnych aktywnych zawodowo oraz znacznym zmniejszaniem zainteresowania kształceniem się w tych zawodach, system kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarstwa i położnych zostanie dostosowany do potrzeb kadrowych w tym zakresie, co zostało zaplanowane do realizacji w Strategii Rozwoju Kraju 2020, określonej w uchwale nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r. (M.P. poz. 882).

Niezależnie od powyższych działań, Ministerstwo Zdrowia dostrzegając problem dotyczący możliwości wystąpienia istotnych niedoborów personelu pielęgniarstwa w dłuższej perspektywie czasu, podjęło już działania mające na celu wprowadzenie nowego zawodu - opiekuna medycznego, którego zadaniem jest pomoc osobie chorej i niesamodzielnej. Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej osoby profesjonalnie przygotowanej do wykonywania czynności higieniczno-opiekuńczych powinno przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania czasu pracy pielęgniarki (z aktualnie dostępnych danych wynika, że dyplom opiekuna medycznego uzyskało łącznie ok. 10 000 osób). ■

Sekretarz stanu
Sławomir Neumann
Warszawa, dnia 22 lipca 2014 r.

Opinia w sprawie: przesuwania pielęgniarek do pracy na blok operacyjny w charakterze pielęgniarki „brudnej”.

Ustawa o Zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. Art.11 i Art. 14, wskazuje iż kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz do wdrożenia i zapewnienia funkcjonalnego systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Jednym z elementów zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i personelu jest właściwe określenie zasad i procedur oraz dobór odpowiednich indywidualnych środków ochrony osobiste personelu poprzez wdrożenie skutecznych metod zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Personel medyczny świadczący usługi pielęgnacyjno-lecznicze dla pacjenta jest zobowiązany do przestrzegania zasad reżimu sanitarno-epidemiologicznego, w szczególności w zakresie zasad higieny i ochrony osobistej.

Blok operacyjny jest miejscem podwyższonego ryzyka epidemiologicznego i bezwzględnie zachowywania procedur ograniczających ryzyko przeniesienia drobnoustrojów i ich rozprzestrzeniania się w środowisku. Ograniczenie ilości personelu mającego kontakt z pacjentem do tzw. „personelu stałego” (instrumentariuszka, personel pomocniczy „pielęgniarka brudna”, zespół operujący i znieczulający pacjenta) w obrębie jednej sali operacyjnej danego Bloku operacyjnego jest wskazany i może znacznie wpłynąć na stan operowanego, leczzonego pacjenta. Podwyższony reżim sanitarno-epidemiologiczny związany jest z zachowaniem zasad higienicznych – kąpiel przed wejściem i po wyjściu z obszaru bloku operacyjnego, zabezpieczenie w odzież roboczą („świeży” - czysty mundurek, maskę, czapkę, obuwie ochronne używane tylko w tym obszarze, rękawice ochronne). **Dużym niebezpieczeństwem jest wprowadzanie w obszar bloku operacyjnego personelu o nieznanym statusie czystości epidemiologicznej,** który na co dzień pełni obowiązki w innym oddziale w szczególności ze względu na:

- inną specyfikę pracy uwzględniającą między innymi zachowanie zasad poruszania się w obszarze Sali operacyjnej, dynamiczność i fachowość oraz precyzję wykonywanych czynności
- brak znajomości infrastruktury bloku operacyjnego oraz zasad pracy – poruszania się w obszarze Sali operacyjnej bezpośrednio w trakcie trwania zabiegu operacyjnego w sytuacji nagłej uzupełnienia powstałego braku sprzętu lub materiału
- brak znajomości instrumentarium operacyjnego oraz metod operacyjnych a co za tym idzie niebezpieczeństw z tego wynikających w sytuacjach nagłych związanych z różnymi etapami zabiegu operacyjnego a także przygotowania samego pacjenta (jego ułożenia i zabezpieczenia na stole operacyjnym).

Mając na uwadze powyższe uważam, iż udział personelu pielęgniarskiego oddziału chirurgii w obsłudze instrumen-

tariuszki asystującej do operacji oraz opieki nad pacjentem w trakcie trwania zabiegu jest naganne i niebezpieczne, taki stan rzeczy zaburza prawidłową organizację i funkcjonowanie bloku operacyjnego. Szybkie, sprawne i właściwe przeprowadzenie zabiegu często ratującego życie pacjenta wymaga bezwzględnie pracy wykwalifikowanego stałego personelu zatrudnionego w obszarze bloku operacyjnego znajdującego doskonale infrastrukturę bloku operacyjnego, zasady pracy obowiązujące w trakcie trwania operacji oraz zasady reżimu sanitarno-epidemiologicznego w zakresie stosowania środków ochronnej osobistej, aseptyki i metod prewencji zakażeń. ■

mgr Bożena Prządka

Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego



Prace autorskie

ROLA ZABIEGÓW SANITARNYCH W ZAPOBIEGANIU ZAKAŻENIOM SZPITALNYM

Wykopalka archeologiczne i badania nad początkami życia na Ziemi wskazują, że człowiek pierwotny dokonywał już różnych zabiegów operacyjnych. Stosował do tego celu narzędzia wykonane z kości, ości ryb, kamienia, korzeni itp. Z biegiem czasu narzędzia operacyjne wykonywano z cyny, brązu i ołowiu, a około 1200 r.p.n.e. z żelaza. W Pompei stosowano już około 100 różnych rodzajów narzędzi, które w kształtach były zbliżone do instrumentów stosowanych współcześnie. Chirurdzy okresu starożytności wykonywali wiele różnych operacji, w tym plastyczne twarze, amputacje kończyn, operacje żyłaków, przepuklin, trepanacje czaszki. Stosowano takie instrumenty jak: haki chirurgiczne, piły sondy trepany. Rozwój chirurgii, jak również innych nauk, został zahamowany w okresie średniowiecza. W tych czasach wiele chorób, w tym na przykład zakażenia tłumaczono wolą Boga. Wyjaśnienie niepowodzeń leczenia związanych z zakażeniami chorych po zabiegach chirurgicznych postępowało bardzo wolno, znacznie wolniej niż rozwój innych nauk medycznych.

Pierwsze doniesienia o zbiegach sanitarnych obejmujących środowisko znajdujemy w poemacie greckim „Odyseja”. Są to doniesienia o tzw. „zażegnaniu nieszczęścia”. Czytamy tam, jak Odyseusz po wymordowaniu załotników, nakazuje wykadzić siarką salę, w której odbył się mord. Celem tego zabiegu było przeblaganie Bogów, natomiast racjonalnym wytłumaczeniem tych poleceń jest dezynfekcja powierzchni zabrudzonych krwią przy użyciu dwutlenku siarki, który ma działanie odkażające. W IX wieku p.n.e. Hindusi stosowali do celów odkażenia rtęć i arszenik. Hipokrates (460 – 377 r. p.n.e.) twierdził, że choroby o charakterze zakaźnym są ze złym środowiskiem, gdzie znajdują się „miazmaty”, czyli wyziewy gnijącej materii. Stosował jednocześnie empiryczną profilaktykę przeciw zakażeniom przez:

- obmywanie ran przegotowaną wodą deszczową z winem;
- golenie włosów dookoła ran na głowie;
- stosowanie w leczeniu ran: ałunu i siarczanu miedzi.

Żydom zbiór zasad religijnych zawartych w Talmudzie zabraniał dotykania ran gołymi rękami. Arabowie wynaleźli i wprowadzili do leczenia alkohol. Medycyna ludowa w wielu

krajach nakazywała stosowanie w leczeniu ran wywarów i wyciągów z ziół oraz okadzanie dymem powstałym po spaleniu ziół. Guitton (1773) stosował chlor do okadzania grobowców, a Kejbisz (1808) zalecał dodawanie wapna niegaszonego do wody. Wszystkie te działania były wykonywane na podstawie obserwacji ich korzystnego działania, chociaż nie znano jeszcze ciągle przyczyn zakażenia, którymi są drobnoustroje.

Narodziny „mikrobiologii”, a jednocześnie narodziny „aseptyki” jako nauki wiążą się z osobą Ludwika Pasteura (1822 – 1895). L. Pasteur (pierwotnie chemik) obalił teorię „samoródtwa” i opisał drobnoustroje jako przyczynę zakażenia. Mianem aseptyki określamy obecnie postępowanie jałowe, które traktowano wówczas głównie jako „postępowanie bezgnilne”. Na posiedzeniu francuskiej akademii lekarskiej w dniu 30 kwietnia 1878 roku Ludwik Pasteur wypowiedział znamienne słowa:

„Gdybym miał zaszczyt być chirurgiem, to w przewidywaniu niebezpieczeństwa grożącego ze strony drobnoustrojów pokrywających powierzchnię wszystkich przedmiotów, zwłaszcza w szpitalach, posługiwałem się nie tylko narzędziami doskonale wygotowanymi, ale po nadzwyczaj starannym doprowadzeniu do czystości własnych rąk, używałem wyłącznie szarpili, opasek i gąbek, uprzednio poddanych działaniu ciepłoty pomiędzy 130 – 150°C oraz wody, która uprzednio wrzała w temperaturze 110 - 120°C”. Polecany przez Pasteura sposób na „czystość medyczną” w głównych zarysach przetrwał do dnia dzisiejszego i jest podstawą współczesnej aseptyki. Na jego cześć działania biobójcze ciepłem wilgotnym w temperaturze 60 - 70°C noszą do dziś nazwę pasteryzacji.

Drugim i znaczącym działaniem składającym się na „czystość medyczną” jest antyseptyka. Pierwszym świadomym jej zastosowaniem było postępowanie wiedeńskiego ginekologa Sommelweissa (1847). Dr Sommelweiss uważał, że gorączka połogowa jest zakażeniem przenoszonym przez ręce lekarza badającego pacjentkę. Uczony zalecał stosowanie wodnego roztworu chlorku wapnia do odkażania rąk oraz narzędzi i materiałów opatrunkowych. Postępowanie takie doprowadziło do spadku śmiertelności z powodu zakażeń z 8,3% do 1%.

Osobą uznaną za ojca antyseptyki jest szkocki chirurg Józef Lister (1827 – 1912), który wprowadził na szeroką skalę odkażanie na drodze chemicznej. Na niegojące się rany polecał stosować tzw. „opatrunek karbolowy” i splukiwanie 3% kwasem karbolowym, a powietrze polecał odkażać przez rozpylanie 2,5% kwasu karbolowego.

W 1886 roku van Bergman (1836-1907) wraz ze swoim asystentem Kurtem Schimmelbuschem (1860-1895) był twórcą wielu urządzeń do sterylizacji, zastosował sterylizację parową, wprowadził sterylizację materiałów opatrunkowych i narzędzi chirurgicznych, udowodnił, że sterylizacja wszystkiego co się styka z raną zapobiega jej zakażeniu.

Polski chirurg Jan Mikulicz – Radecki (1850-1905), wybitny naukowiec, nauczyciel akademicki i lekarz, wprowadził do antyseptyki jodoform oraz stosowanie rękawiczek i maseczek ochronnych podczas zabiegu. W środowisku człowieka chorego (dom, szpital) nie ma miejsca, którego drobnoustroje nie potrafiłyby zasiedlić. Śmierć miliarda komórek bakteryjnych po zalaniu środkiem dezynfekcyjnym lub spaleniu w ogniu jest dla gatunku wydarzeniem bez większego znaczenia. Jeśli przetrwa tylko 1 komórka i będą sprzyjające warunki do jej namnażania, to po upływie 1 doby liczba komórek może sięgnąć 1 miliona.

Późniejsze prace badawcze z początku XX wieku podnosiły rolę aseptyki fizycznej, obniżając jednocześnie zastosowanie

antyseptyki chemicznej. Zlekceważono przenoszenie zaraźków drogą powietrza, a tym samym zapominając o problemie zakażenia przez kontakt. Niestety aseptyka fizyczna nie sprawdziła się w warunkach wojennych. Nie miała zastosowania w biednych krajach oraz w placówkach prowincjonalnych. Doprowadziło to wkrótce (okres I wojny światowej) do weryfikacji poprzednich twierdzeń oraz ponownego zwrócenia większej uwagi na właściwości antyseptyczne substancji chemicznych (środki chemiczne antyseptyczne są wygodniejsze w użyciu i praktyczniejsze w warunkach polowych). Wyciągnięto wnioski, iż nie należy przeciwstawiać antyseptyki chemicznej – antyseptyce fizycznej. Oba rodzaje antyseptyki powinny się wzajemnie uzupełniać. Pogląd ten pozostaje aktualny do dzisiaj.

Obecnie stosowane metody walki z zakażeniami szpitalnymi polegają na:

- stworzeniu środowiska medycznego nieprzyjawnego dla namnażania i przetrwania drobnoustrojów patogennych;
- uniemożliwienia transmisji (dyslokacji) drobnoustrojów chorobotwórczych z jednego miejsca w inne, czyli kontaminacji środowiska;
- prowadzenie skutecznych zabiegów sanitarnych, takich jak pasteryzacja, dekontaminacja, sanizacja, dezynfekcja, sterylizacja.

ASEPTYKA

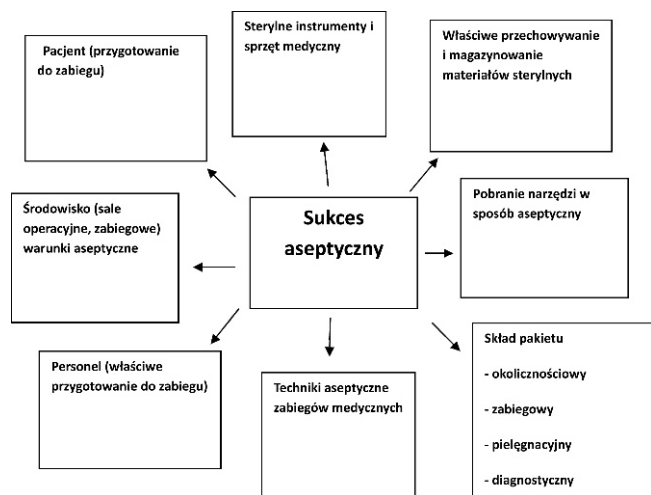
Wiele procedur medycznych, zarówno diagnostycznych, jak i leczniczych, wymaga stosowania jałowego sprzętu. Cały personel służby zdrowia zaangażowany w leczenie, a w szczególności w badania inwazyjne chorego lub zabieg operacyjny, zobowiązany jest do działań aseptycznych, które są podstawą zapobiegania zakażeniom. Sukces aseptyczny nie zależy jedynie od jałowego sprzętu medycznego. Jest sprawą oczywistą, że sprzęt musi być sterylny, niezależnie od tego, gdzie został przygotowany, poza szpitalem (metody przemysłowe) czy w sterylizatorni szpitalnej. Na ostateczny efekt działań aseptycznych składa się wiele elementów, do których należą:

- jałowe pobranie sprzętu z pakietu;
- technika zabiegu medycznego;
- właściwe przygotowanie chorego, a w szczególności pola operacyjnego;
- przygotowanie personelu do pracy aseptycznej przez ubiór ochronny oraz właściwe zachowanie na sali operacyjnej;
- przygotowanie pomieszczenia – za pomieszczenie bezpieczne dla chorego pod względem mikrobiologicznym uważa się takie, w powietrzu którego znajduje się mniej niż 10 komórek bakteryjnych w 1m³.

Suma tych elementów składa się na ostateczny sukces aseptyczny.

Jednocześnie należy pamiętać o możliwości niepowodzeń działań aseptycznych. Do najczęstszych błędów należą:

- brak możliwości sterylizacji całego sprzętu, który bierze udział w przerwaniu ciągłości tkanek oraz pozostaje w kontakcie ze spojówkami i śluzówkami;
- niewłaściwe kwalifikowanie sprzętu do zastosowanej metody sterylizacji;
- nieprawidłowa kontrola procesu i technologii sterylizowania;
- brak właściwego wyposażenia sterylizacyjnego w szpitalu;
- niewielka pojemność sterylizatorów parowych;
- brak innych metod wyjaławiania (obok najczęściej stosowanych metod termicznych);
- błędy organizacyjne w funkcjonowaniu Centralnej Sterylizatorni.



Wykres 1. Profilaktyka zakażeń przez działania aseptyczne.

PODZIAŁ ŚRODOWISKA SZPITALNEGO

Środowisko szpitalne dzieli się na obszary i strefy sanitarne, a niektórych jednostkach organizacyjnych wydzielają się dodatkowe strefy czystości, np. blok operacyjny, centralna sterylizatornia, kuchnia mleczna.

W środowisku szpitala wyróżnić można trzy obszary:

- medyczny;
- techniczny;
- administracyjno – gospodarczy.

W ramach obszarów występują cztery strefy sanitarne:

- strefa I – „ciągłej czystości” (magazyny materiałów sterylnych, magazyny zasobów czystych, boksy jałowe);
- strefa II – „ogólnej czystości medycznej” (sale chorych, komunikacje wewnętrzne, gabinety lekarskie);
- strefa III – „czystości zmiennej” sale operacyjne, gabinety zabiegowe, opatrunkowe);
- strefa IV – „ciągłego skażenia” (toalety, baseniarnie, składy brudne).

Obszary oraz strefy wykazują zróżnicowane zanieczyszczenie szczepami patogennymi i wymagają zróżnicowanych działań sanitarnych. Pisemne opracowanie zalecanych technik sanitarnych oraz sporządzenie harmonogramu ich wykonywania ułatwia dekontaminację oraz utrzymanie odpowiedniej czystości w całym szpitalu.

PODZIAŁ SPRZĘTU SZPITALNEGO

Wybór sposobu sterylizacji czy dezynfekcji konkretnego sprzętu medycznego jest ściśle związany z ryzykiem zakażenia chorego, jakie niesie ze sobą jego użycie. Sprzęt szpitalny z uwagi na potencjalne zagrożenie chorego zakażeniem został podzielony na 3 grupy:

- grupa I – sprzęt przerywający ciągłość tkanek lub mający kontakt ze spojówkami i śluzówkami; wg WHO zalecanym postępowaniem dla tej grupy jest sterylizacja;
- grupa II – sprzęt mający kontakt ze skórą nieuszkodzoną, śluzówkami jamy ustnej (sztućce), sprzęt pielęgnacyjny, sprzęt do badań; wg WHO sprzęt ten wymaga dezynfekcji;
- grupa III – sprzęt środowiska szpitalnego mający kontakt ze skórą lub nie mający bezpośredniego kontaktu z chorym, taki jak meble szpitalne, pomieszczenia (szczególnie pokoje chorych); sprzęt ten podlega dezynfekcji na niskim poziomie.

Podział sprzętu szpitalnego został opracowany przez Spauldinga (1972). Klasyfikuje sprzęt w zależności od ryzyka zakażenia chorego:

- I. Narzędzia i urządzenia medyczne, które wchodzi w kontakt z naturalnie sterylnymi obszarami ciała ludzkiego – wymagają sterylności;
- II. Narzędzia i urządzenia, które dotyczą błon śluzowych – wskazana jest sterylizacja lub dezynfekcja wysokiego stopnia;
- III. Urządzenia oraz sprzęt medyczny, które kontaktują się ze skórą lub nie mają bezpośredniego kontaktu z chorym – wymagają dezynfekcji, czyszczenia lub mycia.

Szpital jest miejscem, w którym ze względu na duże zgromadzenie ludzi chorych istnieje większe ryzyko zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi. W ograniczeniu rozprzestrzeniania się drobnoustrojów chorobotwórczych w szpitalu podstawowe znaczenie ma stosowanie skutecznych środków dezynfekcyjno-myjących o szerokim spektrum działania przeciwbakteryjnego oraz ściśle przestrzeganie odpowiednich zasad reżimu sanitarnego. Należy stale wdrażać nowoczesne metody dezynfekcji i sterylizacji instrumentów chirurgicznych, endoskopów, hemodializatorów oraz aparatury anestetycznej. Istotne znaczenie ma stosowanie jednorazowych opakowań do sterylizacji oraz stała kontrola procesów sanitarnych w szpitalu.

Dekontaminacja jest to proces usuwania lub zabicia drobnoustrojów, doprowadzający do tego, że materiały stają się bezpieczne dla zdrowia. Pojęcie to obejmuje: czyszczenie, dezynfekcję i sterylizację.

Podstawą zwalczania drobnoustrojów w środowisku szpitalnym jest wysoki poziom higieny, a dezynfekcja jest jej wspomaganie. Jest to złożony proces, w wyniku którego zniszczone zostają formy wegetatywne drobnoustrojów.

Często występuje złudne poczucie bezpieczeństwa, że wystarczy użyć środka dezynfekcyjnego dla zniszczenia wszystkich drobnoustrojów. W środowisku szpitalnym mycie i czyszczenie niejednokrotnie wystarczają i nie ma konieczności zastosowania dodatkowej dezynfekcji chemicznej. Dezynfekcja jest selektywnym eliminowaniem niektórych niepożądanych drobnoustrojów.

Drobnoustroje występujące w środowisku człowieka różnią się między sobą wrażliwością na działanie czynników fizycznych i chemicznych. Dlatego procesy niszczenia drobnoustrojów wymagają różnych metod.

Zasadnicza różnica między sterylizacją a dezynfekcją polega na tym, że dezynfekcja odnosi się do ograniczonego działania na niektóre drobnoustroje i ich formy. We wszystkich przypadkach kiedy konieczne jest zredukowanie drobnoustrojów do minimum, stosuje się procesy sterylizacji. Dezynfekcję stosujemy w przypadku braku technicznych możliwości sterylizacji przedmiotu w celu uzyskania wysokiego stopnia czystości bakteriologicznej lub wtedy, kiedy sterylizacja jest niepotrzebna.

Sterylizacja i dezynfekcja jako elementy systemu izolacji, która jest jedną z podstawowych zasad higieny szpitalnej polegającej na podziale przestrzeni, sprzętu oraz narzędzi na skażone (potencjalnie zanieczyszczone drobnoustrojami stanowiącymi zagrożenie dla pacjentów oraz personelu medycznego) i jałowe (wolne od zagrożeń mikrobiologicznych), mogą być przeprowadzane z powodzeniem dzięki zastosowaniu odpowiednich czynników, które gwarantują osiągnięcie celu dla każdego z tych procesów. Czynnikiem jałowienia to ważna część (element, składnik, punkt, moment, bodziec, impuls czy przyczyna), coś co pobudza, wywołuje oczekiwany efekt. Ze względu na różnorodność stosowanych czynników, istnieją różne rodzaje sterylizacji i dezynfekcji. Dezynfekcja jest to proces zabicia drobnoustrojów chorobotwórczych lub

ich inaktywacji (zwykle w praktyce dotyczy to form wegetatywnych), albo obniżenia ich liczby do poziomu, który nie zagraża zdrowiu człowieka. Skuteczność dezynfekcji zależy od doboru czynnika dezynfekującego działającego skutecznie na drobnoustroje stanowiące potencjalne zagrożenie, a jednocześnie nie niszczącego materiału, który zostanie poddany temu procesowi.

Ważne jest również to, aby stosowane metody dezynfekcji nie były szkodliwe dla człowieka oraz środowiska naturalnego.

Procesy dezynfekcji wykonywane w szpitalu dzielimy na :

- dezynfekcję przed sterylizacją,
- dezynfekcję sprzętu, który nie musi być jałowy; a powinien być bezpieczny dla chorego.

Dezynfekcję można przeprowadzić przy użyciu następujących metod: fizycznej za pomocą promieni nadfioletowych (pomieszczenia), ultradźwięków (narzędzi o skomplikowanej budowie), czy też filtracji (np. płynów lub powietrza w salach operacyjnych), termicznej, chemicznej, termiczno – chemicznej.

Dezynfekcja termiczna przebiega z wykorzystaniem ciepła mokrego jako czynnika dezynfekującego (o temperaturze 93°C w czasie 10 minut, 90°C, 5 min.). Procesy tego rodzaju dezynfekcji przeprowadzane są w specjalnych urządzeniach, tzw. myjniach – dezynfektorach (urządzenia te mają również możliwość przeprowadzania procesów dezynfekcji termiczno – chemicznej). Zaletą opisywanej metody jest możliwość monitorowania procesu przy użyciu różnorodnych testów (do kontroli skuteczności dezynfekcji termicznej, badających pozostałości białkowe, czy skuteczność mycia), brak toksyczności oraz wysoka skuteczność i wyeliminowanie możliwości zakażenia personelu. Podczas procesów maszynowych następuje eliminacja wpływu ludzkiego na jego prawidłowy przebieg, jak to może mieć miejsce w przypadku dezynfekcji manualnej. Metoda ta jest łatwa, szybka i bezpieczna, nadająca się do dezynfekcji prawie wszystkiego z wyjątkiem żywych tkanek oraz sprzętu i materiałów termolabilnych. Ciepło jako czynnik zastosowany w tej metodzie prowadzi do uszkodzenia komórek drobnoustrojów, a w końcu do ich zabicia.

Dezynfekcja chemiczna odbywa się przy zastosowaniu czynnika dezynfekcyjnego w postaci preparatów chemicznych o różnych właściwościach. Wybór odpowiedniego preparatu jest zależny od znanego lub spodziewanego skażenia, rodzaju dezynfekowanego materiału i toksyczności środka. Roztworów środków dezynfekcyjnych należy używać zgodnie z przeznaczeniem, uwzględniając wymagane w danych okolicznościach spektrum działania (bakteriobójcze, prątkobójcze, grzybobójcze, wirusobójcze, sporobójcze), w ściśle określonym czasie i odpowiednim stężeniu. Ich działanie polega na niszczeniu struktury oraz funkcji białek drobnoustrojów. Przy doborze środka dezynfekcyjnego należy zwracać uwagę na to, czy preparat nie jest szkodliwy dla człowieka, czy wykazuje dostateczną tolerancję materiałową, a także czy usunięcie zużytego roztworu roboczego nie spowoduje zachwiania zasad ochrony środowiska naturalnego (biodegradacja).

Dezynfekcja chemiczno – termiczna jest połączeniem działania odpowiednich środków chemicznych oraz ciepła o temperaturze 60°C przez 10 minut. Metoda służy do dezynfekcji sprzętu medycznego wrażliwego na wysoką temperaturę i zarazem o skomplikowanej budowie. Ten rodzaj dezynfekcji pozwala na obniżenie temperatury przy jednoczesnym zastosowaniu środka chemicznego.

Zależnie od celu, zakresu oraz miejsca stosowania dobiera się środki dezynfekcyjne przydatne w danych warunkach, przy

czym nie wszystkie wymagania stawiane preparatowi dezynfekcyjnemu są w równym stopniu istotne.

Idealny preparat dezynfekcyjny to taki, który:

- eliminuje niepożądane drobnoustroje;
- utrzymuje aktywność w obecności substancji organicznych (białko, ropa, krew) i innych (mydła, detergenty itp.) oraz niezależnie od jakości wody użytej do przygotowania roztworów (twardość wody, środki dezynfekcyjne używane do dezynfekcji wody), występujących jako czynniki towarzyszące dezynfekcji;
- jest skuteczny w stężeniach, które są limitowane względami organizacyjnymi (możliwie krótki czas działania);
- jest trwały zarówno w postaci preparatu stężonego, jak i roztworów użytkowych;
- dobrze rozpuszcza się w wodzie wodociągowej;
- nie wywiera niszczącego działania na dezynfekowane powierzchnie;
- nie jest toksyczny dla ludzi i środowiska;
- nie posiada przykrego zapachu;
- jest akceptowalny ze względów ekonomicznych.

Warunkiem zapewniającym prawidłową dezynfekcję jest wstępne oczyszczenie i mycie dezynfekowanego sprzętu. Proces ten zależy także od liczby bakterii obecnych na powierzchni poddanych dezynfekcji, w czasie której ulegają zabiciu lub inaktywacji formy wegetatywne bakterii, wirusów i grzybów. Skuteczność dezynfekcji uwarunkowana jest także dotarciem środka dezynfekcyjnego do drobnoustrojów.

Sprzęt i narzędzia, które użyte były w zabiegach polegających na przerwaniu ciągłości skóry lub miały bezpośredni kontakt z krwią czy też ropą, winny być po użyciu poddane dezynfekcji tak szybko, jak to jest możliwe.

Mycie i dezynfekcję dzielimy na:

- ręczną (szmatki, szczotki, pistolety);
- maszynową (myjki ultradźwiękowe, przelotowe myjnie – dezynfektory).

Do mycia ręcznego musimy dobrać taki środek dezynfekcyjny – myjący, który nie będzie ścinał białka, będzie dobrze rozpuszczał krew, nie niszczył sprzętu i narzędzi, a także nie zagrażał personelowi.

Narzędzia i sprzęt do mycia i dezynfekcji maszynowej docierają najczęściej w stanie suchym. Dlatego też zaleca się, aby sprzęt i narzędzia po użyciu zanurzone zostały w środku dezynfekcyjnym – myjącym, słabo pieniącym się.

Przy myciu skażonego sprzętu należy przestrzegać następujących zasad:

- instrumenty powinny być całkowicie zanurzone w roztworze;
- roztwór środka myjącego należy wymieniać tak często, by uniknąć „wysycenia brudem”, co może osłabić skuteczność mycia;
- narzędzi nie wolno wkładać do roztworu soli fizjologicznej, bowiem dłuższy kontakt z tym roztworem może doprowadzić do korozji i rdzewienia;
- do mycia nie wolno używać metalowych szczotek, które mogą uszkodzić powierzchnię narzędzi;
- do mycia wąskich światłań używać pistoletu wodnego;
- do suszenia sprzętu posiadającego kanał można używać pistoletu na sprężone powietrze, który podczas dosuszania, pozwala na sprawdzenie drożności sprzętu.

Przygotowując narzędzia i sprzęt do zanurzenia w roztworze, należy pamiętać o tym, aby narzędzia były otwarte, aby środek dezynfekujący mógł dotrzeć do wszystkich powierzchni. Sprzęt o wąskich światłach lub długich przestrzeniach wewnętrznych trudno jest domyć i odpowiednio zdezynfekować. Należy zatem zwrócić uwagę na ich drożność. Instrumenty

należy układać tak, aby wzajemnie się nie uszkadzały, a pojemniki ze sprzętem nie powinny być przeładowane.

Do mycia i dezynfekcji sprzętu i narzędzi należy używać środka zalecanego przez Państwowy Zakład Higieny. Obowiązuje przestrzeganie zaleceń co do stężenia, czasu działania i temperatury. Po dezynfekcji sprzęt należy dobrze przepłukać pod bieżącą wodą, a następnie ponownie przepłukać wodą zdemineralizowaną, o ile nie była ona stosowana w czasie całego procesu.

STERYLIZACJA

Pojęcie sterylizacji najkrócej opisuje ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6 września 2001r. Zgodnie z tą ustawą sterylizacja to zniszczenie wszystkich drobnoustrojów oraz ich form przetrwalnikowych przez zastosowanie czynników fizycznych lub chemicznych.

Gwarancją sterylności narzędzi i sprzętu jest prawidłowe postępowanie z materiałem przed sterylizacją, prawidłowo przeprowadzony proces sterylizacji oraz zabezpieczenie wysterylizowanych przedmiotów przed skażeniem do czasu ich użycia. Przed sterylizacją przedmioty powinny być odpowiednio opakowane, w nieprzepuszczalne dla drobnoustrojów tworzywa, przez które penetruje czynnik sterylizujący. Obowiązują następujące zasady sterylizacji:

1. Przedmioty powinny być idealnie czyste, odpowiednio opakowane i ułożone w komorze sterylizatora;
2. Metody i parametry sterylizacji powinny być rygorystycznie przestrzegane (kontrola urządzeń i procesu);
3. Warunki przechowywania powinny wykluczać możliwość wtórnego zanieczyszczenia wysterylizowanego sprzętu.

Dobór metody sterylizacji zależy od rodzaju i właściwości sterylizowanego materiału i rodzaju pakowania.

Różnica między sterylizacją a dezynfekcją polega na tym, że sterylizacja jest procesem redukującym drobnoustroje i ich formy przetrwalnikowe do minimum, natomiast dezynfekcja odnosi się do niektórych z nich w ograniczonym zakresie. Sterylizacja jest praktycznym procesem biobójczym, który eliminuje drobnoustroje na nałowanej powierzchni, z prawdopodobieństwem błędu jeden do miliona. Stopień pewności procesów sterylizacyjnych wyznaczony dla wyrobów medycznych (wg ENi ISO) to SAL 10⁻⁶. Oznacza on możliwość przeżycia tylko jednej z miliona bakterii testowych w jednej z miliona sterylizowanych jednostek wsadowych. Pojęcie SAL (Sterility Assurance Level) zostało wprowadzone dla ilościowej oceny procesu sterylizacji. Poziom zapewnienia sterylności (SAL) zdefiniowano jako prawdopodobieństwo przeżycia przez drobnoustrój procesu sterylizacji.

Steryliacji poddawane są narzędzia i sprzęt mający kontakt z jałowymi tkankami. Oczekiwany efekt (produkt sterylny) osiągany jest w wyniku: prawidłowego przygotowania materiałów do sterylizacji, prawidłowego doboru metod sterylizacji, poprawności tego procesu, odpowiedniego przechowywania materiałów po sterylizacji. Czynniki wykorzystywanymi w tym procesie mogą być: suche gorące powietrze, para wodna w nadciśnieniu, tlenek etylenu, formaldehyd, promienie gamma, nadtlenek wodoru, ozon, kwas nadoctowy. Aby proces sterylizacji był skuteczny czynniki muszą spełniać wymagane parametry (czas, temperatura, wilgotność, stężenie itp.).

Istnieje kilka sposobów klasyfikacji procesów sterylizacji. Ze względu na czynniki zastosowane podczas technologii wyjaławiania możemy wyróżnić sterylizację fizyczną (np. para wodna w nadciśnieniu) i chemiczną (sterylizacja tlenkiem etylenu, czy formaldehydem).

W zależności od temperatury w jakiej przebiega proces wyróżniamy:

1. Sterylizację wysokotemperaturową oznaczającą proces, podczas którego jako czynnik zostaje użyta para wodna w nadciśnieniu lub suche gorące powietrze;
2. Sterylizację niskotemperaturową, która jest procesem wyjaławiania w temperaturze niższej niż 60°C, a czynnikami są tlenek etylenu, formaldehyd, nadtlenek wodoru oraz promieniowanie jonizujące.

Podstawowym celem procesów sterylizacji jest wytworzenie artykułu jałowego w momencie jego użycia.

Przedmiot jest jałowy, jeżeli sterylizacja była skuteczna. Każda metoda musi więc być kontrolowana pod tym względem. Do badania skuteczności sterylizacji stosuje się jako wskaźniki biologiczne najbardziej odporne na dany czynnik sterylizacji drobnoustroje. Skuteczna sterylizacja określonych artykułów nie zależy wyłącznie od samego procesu wyjaławiania, bowiem jest ona złożona i uzależniona od wielu czynników, a nie tylko od metody i urządzenia.

Skuteczność procesów sterylizacji to łańcuch zależności, w którym najważniejszy jest świadomy i odpowiedzialny personel.

Osiągnięcie sterylności można przewidzieć na podstawie poziomu zanieczyszczenia mikrobiologicznego wyrobów, oporności drobnoustrojów stanowiących to zanieczyszczenie oraz zastosowanej metody wyjaławiania. W praktyce nie jest możliwe sprawdzenie, czy każdy wyrób wybrany losowo ze sterylizowanych artykułów spełnia warunki sterylności. Odpowiedzialność za sterylizację należy wykazać w dostarczonej dokumentacji oraz zapisach stwierdzających, że wyrób został poddany zwalidowanemu procesowi sterylizacji i spełnia odpowiednie wymagania. Dokumentację i zapisy oraz ich przechowywanie wyszczególniają normy EN 46001/93, EN 46002/93.

Należy zapewnić zachowanie sterylności podczas manipulacji, magazynowania i dostarczenia jałowych wyrobów w momencie ich użycia. Sprzęt przeznaczony do sterylizacji trzeba opakować przed wyjałowieniem. Opakowanie musi przepuszczać dany czynnik sterylizujący. Parametry sterylizacji powinny być rejestrowane na wskaźnikach fizycznych urządzenia. Procesy wyjaławiania muszą być monitorowane za pomocą wskaźników chemicznych i biologicznych.

Zapobieganie zakażeniom szpitalnym nie jest możliwe bez zapewnienia wysokich standardów sterylizacji w placówce, co może zapewnić tylko personel odpowiedzialny za ten proces.

KONTROLA I WYBÓR PROCESÓW STERYLIZACJI

Kontrola sterylizacji to potwierdzenie skuteczności działań biobójczych, czyli tzw. technologicznej osi redukcji mikroorganizmów. Oś redukcji obejmuje postępowanie higieniczno-sanitarne wobec powierzchni od momentu jej skażenia, aż do pozyskania jałowości, tj. działania takie jak: nawilżanie, sanityzujące, dezynfekcję wstępną, dezynfekcję właściwą, suszenie, sterylizację.

Kontroli podlega każdy rodzaj sterylizacji. Kontrolę podlega sprzęt, wsad, ekspozycja. Kontrolę procesu sterylizacji przeprowadza się za pomocą wskaźników fizycznych, chemicznych i biologicznych.

1. Wskaźniki fizyczne - termometry, manometry, zegary, mierniki wilgotności, mierniki zawartości gazu i inne przyrządy wmontowane do urządzenia sterylizującego informują o stanie technicznym sterylizatora. Mierzą punktowo dany parametr. Oprócz obserwacji wskazań tych

przyrządów coraz częściej stosuje się system rejestracji podstawowych parametrów fizycznych w postaci wydruków, wykresów lub raportów.

2. Wskaźniki chemiczne, w których substancja chemiczna poddana procesom fizycznym i chemicznym wystarczającym do zabicia spór w procesie sterylizacji trwale, wyraźnie i jednoznacznie zmienia swoje właściwości fizyczne (np. barwę). Wskaźniki chemiczne informują jedynie czy w danym cyklu pracy zostały osiągnięte warunki sterylizacji, nie dają one gwarancji, że poddany sterylizacji materiał został wyjałowiony.
3. Wskaźniki biologiczne - zawierają określone liczby żywych, zdolnych do przejścia w formy wegetatywne, opornych na dany rodzaj czynnika wyjaławiającego przetrwalników bakteryjnych:
 - a. *Bacillus subtilis* - suche gorące powietrze, tlenek etylenu
 - b. *Bacillus stearothermophilus* - nasycona para wodna pod ciśnieniem
 - c. *Bacillus pumilis* - promieniowanie jonizujące;

Skuteczność sterylizacji powinna być kontrolowana:

1. Okresowo - przy użyciu wskaźników biologicznych;
 - kontrola zewnętrzna - wykonywana przez stacje sanitarno-epidemiologiczną - każdy sterylizator raz na kwartał;
 - kontrola wewnętrzna - prowadzona przez użytkownika - co najmniej raz na miesiąc, w miarę potrzeb i możliwości częściej;
2. Na bieżąco - przy użyciu wskaźników chemicznych - użytkownik ma obowiązek kontroli każdego procesu sterylizacji.

Miejszem, w którym wykonuje się sterylizację dla potrzeb medycznych jest Centralna Sterylizatornia (CS), swoista fabryka produkująca artykuły sterylne. Sam proces sterylizacji i jego organizacja podlegają ściśle określonym regułom.

Organizowanie centralnych służb szpitalnych w zakresie sterylizacji i dezynfekcji stało się w obecnej dobie, przy tak szybkim postępie medycznym – koniecznością. Korzyści jakie wynikają z centralnych służb sanitarnych w szpitalach, to przede wszystkim:

- efektywna i skuteczna sterylizacja oraz dezynfekcja instrumentów, urządzeń i sprzętu,
- określenie i przyjęcie odpowiedzialności za efekt sterylizacji,
- zabezpieczenie szpitala w sterylne sprzęt,
- nadzór nad dezynfekcją profilaktyczną i uczestniczenie w dezynfekcjach kontrolowanych na terenie szpitala,
- współpraca merytoryczna z oddziałami w zakresie rozwijania technik aseptycznych w zabiegach medycznych i tworzenia środowiska bezpiecznego dla pacjenta. Centralna Sterylizatornia jest to jednostka organizacyjna szpitala, która przyjmuje sprzęt medyczny „skażony”, a wydaje „sterylny”, co oznacza, że jest w stanie kontrolować cały proces tworzenia produktu, jakim dla Centralnej Sterylizatorni jest jałowy pakiet. Realizacja tych zadań jest możliwa przy właściwej strukturze organizacyjnej Centralnej Sterylizatorni.

Centralna Sterylizatornia jako dział usługowy szpitala jest odpowiedzialna za obieg materiałów, narzędzi i sprzętu, które wymagają sterylizacji. Zaopatruje użytkowników w następujące grupy wyrobów: bielizna operacyjna i materiały tekstylne, materiały opatrunkowe, narzędzia i sprzęt, artykuły gumowe

i wyroby wrażliwe na ciepło.

Kompletny skuteczny ciąg działań musi być ujęty w takie ramy organizacyjne, żeby jednocześnie zagwarantować właściwą wydajność oraz spełnienie były wymogi ergonomii i czystości mikrobiologicznej. Materiał przeznaczony do sterylizacji od fazy „brudnej” do sterylnej powinien przejść przez następujące kolejno po sobie działania przygotowawcze i finalne. Poszczególne podstawowe zabiegi technologiczne sterylizacji to: czyszczenie i mycie, dezynfekcja, kontrola i kompletowanie, pakowanie, sterylizacja, magazynowanie i wydawanie. Wszystkie te czynności uzupełnione są transportem wewnętrznym i zewnętrznym łączącym sterylizatornię z użytkownikiem.

Przed dostarczeniem do CS materiału skażonego należy przeprowadzić dezynfekcję wstępną, już w miejscu jego powstania. Polega ona na niszczeniu mikroorganizmów wegetatywnych poprzez zanurzenie materiału skażonego w płynie dezynfekcyjnym przez odpowiedni czas. Po jej wykonaniu, materiał może być przetransportowany do CS, do strefy przyjmowania materiału brudnego. Dla tkanin (obłożenie pola operacyjnego, serwety, fartuchy itp.) proces dezynfekcji równoznaczny jest z ich praniem.

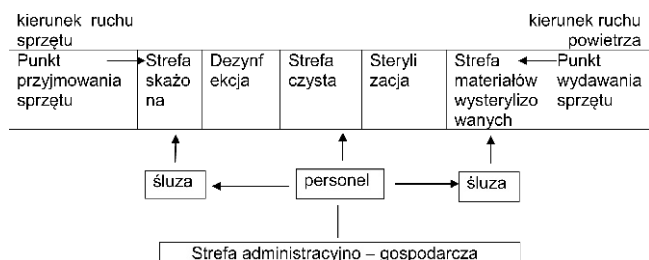
Przyjmowanie artykułów w strefie brudnej. Narzędzia z sal operacyjnych, oddziałów, poradni dowożone są do punktu przyjęć w strefie brudnej windą lub wózkami. Prawie wszystkie artykuły ładuje się do przelotowych myjni-dezynfektorów. Do mycia sprzętu anestezyjologicznego w myjniach służą specjalne wózki wsadowe. Tylko nieliczne narzędzia wymagają mycia ręcznego lub mycia w myjniach ultradźwiękowych. Barierą dla mikroorganizmów chorobotwórczych stanowią wbudowane w ściany przelotowe myjnie-dezynfektory, wyposażone w drzwi załadunkowe po stronie brudnej i wyładunkowe po stronie czystej. Kontrolę jakości procesu dezynfekcji prowadzi się z użyciem testów chemicznych. Cel tej bariery jest dwójaki i polega na ochronie narzędzi przed powtórny skażeniem przez personel w strefie brudnej oraz ochronie personelu pracującego w strefie czystej. Można to osiągnąć tylko poprzez rozwiązanie z użyciem przelotowych myjni-dezynfektorów. Istota użycia myjni-dezynfektorów sprowadza się do: mycia narzędzi i usuwania materiału organicznego, który chroni mikroorganizmy przed zabiciem podczas sterylizacji i dezynfekcji, tj. zmniejszenia liczby mikroorganizmów przed sterylizacją. Proces mycia składa się z kilku faz: splukiwanie zimną wodą, następnie mycie gorącą wodą z detergentem i dezynfekcja. Narzędzia, które nie mogą być myte maszynowo, po umyciu w myjni ultradźwiękowej lub ręcznie, przekazywane są do strefy czystej poprzez okienko podawcze.

Rozładunek myjni-dezynfektorów odbywa się w strefie czystej. Tu również odbywa się suszenie (pistoletem), sortowanie, kontrola i pakowanie czystych, zdezynfekowanych artykułów. Po zapakowaniu narzędzia umieszczane są w przelotowych sterylizatorach zamontowanych pomiędzy strefą czystą a sterylną, które stanowią drugą barierą dla mikroorganizmów. Każdy pakiet zaopatrywany jest w test, który po procesie sterylizacji świadczy o skuteczności tego procesu. Personel zatrudniony w tej strefie zajmuje się również przygotowaniem bielizny operacyjnej i materiałów opatrunkowych.

Magazynowanie i dystrybucja. Po zakończeniu procesu sterylizacji autoklawy są rozładowywane. Materiał sterylny jest układany w magazynie materiałów sterylnych, skąd odbywa się wydawanie oraz transport do użytkowników.

Dodatkowym środkiem zabezpieczającym przed kontaminacją materiału sterylnego są śluzы umywalkowo - faruchowe znajdujące się pomiędzy strefami.

Przykład pełnego scentralizowania przedstawia wykres 2



Wykres 2 Pełna centralizacja

Nowoczesny szpital ma za zadanie leczyć w sposób bezpieczny. Jednym z głównych mierników bezpieczeństwa jest liczba zakażeń szpitalnych, których przyczyną są między innymi zakażone narzędzia medyczne, opatrunki bielizna zabiegowa i sprzęt medyczny. O poziomie bezpieczeństwa pacjentów świadczy sterylizacja szpitalna, jej organizacja i wyposażenie. System kontroli zakażeń w szpitalu i prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych ma sens wtedy, gdy zostaną wyeliminowane przyczyny.

Zakażenia szpitalne to jedno z najpoważniejszych zagrożeń dla hospitalizowanych pacjentów. Dlatego właśnie w ostatnich latach w polskich placówkach zaczęto zwracać większą uwagę na Centralną Sterylizatornię, a także na ich systemy zarządzania.

Bezpieczeństwo pacjenta i gwarancja użycia podczas zabiegów sterylnych materiałów medycznych stało się priorytetem dla polskich szpitali, zwłaszcza, że wymogi Ministerstwa Zdrowia są jasne: w szpitalu należy zapewnić stałe zaopatrzenie w materiały sterylne;

Uzyskanie produktów sterylnych jest możliwe tylko, gdy wszystkie czynności wykonywane podczas ich przygotowania będą kontrolowane, a zebrane dowody wykażą, że każdy etap przebiegał zgodnie z projektem.

Przy wytwarzaniu produktów sterylnych, niezależnie od ilości, nie ma miejsca na przypadek. Dla każdego produktu muszą być zaplanowane wszystkie etapy produkcji, jak również metody i narzędzia monitorowania. ■

Sylwia Rogozik

Literatura u autora.

GWAŁT

Definicje

Zgwałcenie - szerokim tego słowa znaczeniu jest to doprowadzenie drugiej osoby do obcowania, poddania się innej czynności seksualnej lub wykonania takiej czynności:

- przy użyciu przemocy, groźby bezprawnej lub podstępem (przestępstwa z art. 197 K.k.)
- przy wykorzystaniu bezradności lub wynikającej z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem (przestępstwo z art. 198 K.k.)
- przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystania krytycznego położenia tej osoby (przestępstwa z art. 199 paragraf 1 i 2 K.k.)

Zgwałcenie jest przestępstwem, niezależnie od tego kogo dotyczy - młodej dziewczyny, dziewicy, prostytutki, dojrzałej kobiety, żony czy staruszki. Nikt nie ma prawa wymagać współżycia ani egzekwowania go wbrew woli. Nie jesteś winna/y, bez względu na to, jak się zachowywałaś/łeś i gdzie byłaś/łeś. Za przemoc seksualną jest odpowiedzialny wyłącznie sprawca, cokolwiek mówiliby ludzie.

KODEKS KARNY

Art. 197 paragraf 1. Kto przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

Paragraf 2. Jeżeli sprawca, w sposób określony w paragrafie 1, doprowadza inną osobę do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

Paragraf 3. Jeżeli sprawca dopuszcza się zgwałcenia określonego w paragrafie 1 lub 2, działając ze szczególnym okrucieństwem lub wspólnie z inną osobą, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Art. 198 Kto wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikającą z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art. 199. § 1. Kto, przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia, doprowadza inną osobę do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 został popełniony na szkodę małoletniego, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Karze określonej w § 2 podlega, kto doprowadza małoletniego do obcowania płciowego lub poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, nadużywając zaufania lub udzielając mu korzyści majątkowej lub osobistej, albo jej obietnicy.

Art. 200. § 1. Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do lat 12.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto w celu zaspokojenia seksualnego prezentuje małoletniemu poniżej lat 15 wykonanie czynności seksualnej.

Art. 201. Kto dopuszcza się obcowania płciowego w stosunku do wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

DEFINICJE

Przestępstwo zgwałcenia może również popełnić jeden małżonek na szkodę drugiego. Żona nie musi utrzymywać kontaktów seksualnych z mężem i na odwrót. Obowiązek wspólnego pożycia małżonków określony jest w art 23 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w żadnym wypadku nie uprawnia małżonka do jego egzekwowania w jakiegokolwiek sposób. Niedochowanie tego obowiązku przez jednego małżonka może jedynie uprawnić drugiego do żądania rozwiązania małżeństwa przez rozwód.

PAMIĘTAJ

Do 27 stycznia 2014 roku ściganie sprawcy następowało na wniosek osoby pokrzywdzonej - to znaczy, że policja nie podejmowała żadnych działań z urzędu, dopóki ofiara nie złożyła wniosku o ściganie. Zgwałcenie ścigane było z urzędu tylko wtedy, gdy dotyczyło osoby poniżej 15 roku życia.

Karalność zgwałcenia ustaje dopiero po upływie 10 lat. Nie należy zwlekać z powiadomieniem o popełnionym przestępstwie. Odwlekanie momentu zgłoszenia utrudnia właściwe zabezpieczenie dowodów. Szanse na doprowadzenie do skazania sprawcy są największe, gdy złożenie wniosku o ściganie niezwłocznie po gwałcie. Trzeba się liczyć z tym, że jeśli osoba zgwałcona odmówi współpracy z policją, to najprawdopodobniej sprawa zostanie umorzona.

PAMIĘTAJ

Krótką instrukcją dla ofiar zgwałcenia:

1. Działaj jak najszybciej! Ułatwi to ambulatoryjne pobranie dowodów przestępstwa.
2. Nie daj się zastraszyć gwałcielowi.
3. Zabezpiecz ślady przestępstwa (nie myj się, nie zmieniaj ubrania)
4. Natychmiast udaj się do najbliższego komisariatu policji.
5. Złóż zawiadomienie o przestępstwie i zażądaj ścigania sprawcy(ów).
6. Nie daj się „spławić” lub zbyć byle czym.
7. Zażądaj przeprowadzenia obdukcji przez lekarza, który pobierze wymaz, który posłuży jako dowód w śledztwie i rozprawie.
8. Aby uniknąć ryzyka niepożądanego ciąży, zażądaj konsultacji ginekologicznej, w trakcie której otrzymasz instrukcję co do dalszego postępowania.
9. Zażądaj postępowania poekspozycyjnego.

ZAPAMIĘTAJ

Użyteczne kontakty:

1. Ogólnopolski nr pogotowia policji - 997 lub 112
2. Adres e-mail pod którym możesz uzyskać niezbędną informację: temida@medianet.com.pl

Centrum Praw Kobiet:

0-22 621 35 37

0-22 652 01 17

Ul. Wilcza 60 lokal 19, Warszawa

POSTĘPOWANIE

Pierwszym krokiem w przypadku sądowego-lekarskiego badania ofiar zgwałcenia jest zebrane stosownego wywiadu od ofiary.

- Czy doszło do penetracji sromu przez prącie napastnika?
- Czy napastnik miał wytrysk nasienia?
- Czy napastnik użył prezerwatywy?

Pytana te zadaje się także w przypadku gdy miał miejsce stosunek analny lub też oralny. Należy także zapytać ofiarę, czy przed badaniem brała prysznic, kąpała się lub myła, oraz czy załatwiała swoje potrzeby fizjologiczne. Zależy od tego czy zachowując się na jej ciele dowody mogące świadczyć na niekorzyść napastnika. Lekarz dokonujący obdukcji powinien zabezpieczyć wkładki oraz podpaski pokrzywdzonej na nich bowiem może znajdować się nasienie napastnika wypłukane z pochwy.

W razie śmierci ofiary, przed przetransportowaniem zwłok do prosektorium, należy umieścić na rękach ofiary papierowe torby. Stosujemy tutaj papierowe torby, a nie foliowe dlatego, że w foliowych woreczkach dochodzi do skraplania się pary wodnej po przemieszczeniu zwłok z zimnego do ciepłego pomieszczenia.

Ważne jest także dokładne przeprowadzenie oględzin odzieży pokrzywdzonej. Mogą bowiem na niej znajdować się ślady pochodzące od napastnika. Badamy też oczywiście zewnętrzne narządy płciowe. Zwraca się uwagę czy wśród włosów łonowych pokrzywdzonej nie ma włosów pochodzących od napastnika. Następnie bada się wnętrze pochwy i szyjkę macicy.

Jeżeli zachodzi podejrzenie, iż na ciele ofiary znajdują się ślady ugryzień pochodzące od napastnika, to z miejsc tych należy pobrać wymazy w celu zabezpieczenia śladów śliny, która może posłużyć nam do badania profilu DNA sprawcy.

W przypadku oględzin zwłok, dokonujemy najpierw ich zdaktyloskopowania.

Przestępca seksualny - "statystyczny portret"

Na podstawie danych z 2008r. powstał "statystyczny portret" podejrzanego o przestępstwa przeciwko obyczajności. Podane niżej informacje odpowiedzą m.in. na te pytania.

Zdecydowanie najczęściej jest to poczytalny mężczyzna (w 2008 roku tylko 111 podejrzanych to kobiety i tylko 31 podejrzanych to osoby niepoczytalne). 3 na 4 ofiary tych przestępstw znają sprawcę (w przypadku pedofilii odsetek ten jest wyższy i wynosi 80%).

Przy popełnieniu przestępstwa najczęściej używają siły fizycznej, zastraszania, groźby, podstęp, wykorzystują zależność ofiary od sprawcy. Podejrzani o zgwałcenie 5 razy grozili ofiarom bronią palną lub inną, 21 razy niebezpiecznym narzędziem.

Większość podejrzanych to bezrobotni lub niepracujący i nie poszukujący pracy - 919 osób, ale było także 651 uczniów, 204 emerytów i rencistów, 51 rolników, 42 studentów.

7 % podejrzanych było wcześniej karanych za podobne przestępstwa.

Po zatrzymaniu i przedstawieniu zarzutów sąd zdecydował o tymczasowym aresztowaniu 1038 podejrzanych, z tego w 203 przypadkach areszt został uchylony.

Co robić?

- Gdy stałeś się ofiarą napadu: uciekaj jeżeli tylko masz taką możliwość, jeśli nie możesz uciekać, alarmuj otoczenie. Krzycz wzywając pomocy np. „pali się” albo zwracaj się do wybranej osoby wymyślonym imieniem.
- Postaraj się zapamiętać jak najwięcej cech charakterystycznych napastnika.
- Jeśli zostaniesz zaatakowany masz prawo się bronić. Użyj czegokolwiek aby ten atak odeprzeć: parasolki, obcasa buta, lakieru w sprayu, kluczy itp. Gdy walczysz o swoje zdrowie lub życie Twoje prawo do samoobrony jest bardzo szerokie. Gdy atak napastnika się udał, jak najszybciej zawiadom Policję, jeśli sytuacja tego wymaga - odwiedź lekarza. Im dłużej będziesz zwlekać z poinformowaniem Policji, tym trudniej będzie zatrzymać sprawcę. Jeśli nie będziesz mogła przyjść na Policję - zadzwoń, funkcjonariusze przyjadą do Ciebie.
- Wybierając się na imprezę lub spotkanie z przyjaciółmi do klubu, pubu czy też w inne miejsce, gdzie jest podawany alkohol, musisz mieć świadomość zagrożeń związanych z użyciem tzw. "pigułki gwałtu".
- Tak zwana "pigułka gwałtu" to wiele substancji chemicznych, które w różnej formie i postaci (nie tylko tabletki) w połączeniu z alkoholem mogą spowodować utratę świadomości, zanik woli, niepamięć.
- Tegu typu substancję chemiczne mogą być podawane lub wykorzystywane w innych sytuacjach - nie tylko w klubie, czy też dyskotecie, ale również w pociągu, autobusie, na

plaży itp., stąd też nie przyjmuj napojów i poczęstunków od nieznanymi osobom.

- Unikaj samotnych wizyt w klubach i na imprezach w towarzystwie nieznanymi osobom.
- Nie pij niczego, co oferuje nieznaną osobę. Unikaj dzielenia się lub wymieniania napojami. Pij z własnoręcznie otwartej butelki lub puszki, a jeżeli robi to barman, poproś aby zrobił to na twoich oczach. Obserwuj jak napój jest przyrządzany.
- Nie zostawiaj napoju bez opieki, nawet gdy odchodzisz tylko na chwilę. Jeżeli stwierdzisz, że twój napój wygląda lub smakuje inaczej, nie ryzykuj, nie pij go.
- Jeśli po wypiciu jakiegoś napoju poczujesz się dziwnie (np. mdłości, zawroty głowy, zaburzenia widzenia itp.), szukaj pomocy u zaufanej osoby lub zadzwoń na pogotowie. W tym czasie unikaj miejsc ustronnych i ciemnych pomieszczeń. Bądź tam, gdzie jest dużo ludzi.
- Wychodząc z klubu lub imprezy z powodu złego samopoczucia, zapewnij sobie pomoc zaufanej osoby podczas powrotu do domu. ■

Magdalena Gradoń

Specyfika pracy pielęgniarki ratunkowej.

Funkcjonowanie ratownictwa medycznego w Polsce zostało określone w następujących aktach prawnych;

- Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011r o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach oraz o zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. 2001, nr 208 poz. 1241)
- Ustawa z dnia 18 sierpnia 2001r o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. 2001, nr 208, poz. 1240)
- Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991r o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. 1991, nr 81, poz. 351)
- ustawa z dnia 26 kwietnia 2007r o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. 2007, nr 89, poz. 590)
- **Ustawa z dnia 8 września 2006r o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006, nr 191, poz. 1410), zwana dalej ustawą o PRM.**

Rzeczpospolita Polska ma obowiązek zapewnić pomoc wszystkim obywatelom znajdującym się w stanie zagrożenia zdrowia i życia i w tym celu utworzono System Ratownictwa Medycznego. Do działań systemie powołani zostali: lekarze systemu, pielęgniarki systemu oraz ratownicy medyczni. Należy jednak wspomnieć, iż zgodnie z ustawą o PRM (art. 4), kodeksem karnym (art. 162), każdy obywatel ma obowiązek udzielać pierwszej pomocy, osobie znajdującej się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, pod groźbą sankcji karnej.

Ratownicy medyczni, pielęgniarki i lekarze systemu realizują swoje zadania w jednostkach Państwowego Systemu Ratownictwa tj. SOR, specjalistyczny i podstawowy zespół wyjazdowy, lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, współpracują z centrami urazowymi i szpitalami wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Pielęgniarka systemu to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii a także pielęgniarka legitymująca się ukończeniem kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki,

chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz co najmniej 3-letnim stażem pracy na oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub w pogotowiu ratunkowym.

Pielęgniarka ratunkowa powinna mieć dobre przygotowanie zawodowe, doświadczenie w opiece nad pacjentem stanach nagłych oraz specjalistyczne uprawnienia uzyskane w trakcie kształcenia podyplomowego. Konieczność dobrego przygotowania pielęgniarki do opieki nad chorym wynika z zadań ukierunkowanych na zapobieganie procesowi wczesnego umierania w stanach nagłych zagrożeń zdrowia i życia, niezależnie od ich przyczyn i charakteru. Działania pielęgniarskie ukierunkowane są na: hamowanie mechanizmów prowadzących do rozwijania się niewydolności krążenia, ostrej niewydolności oddechowej, destrukcji centralnego układu nerwowego.

Ogólnie w praktyce działania te obejmują; specjalistyczne postępowanie resuscytacyjne, podtrzymanie zagrożonych funkcji życiowych, ograniczenie w jak największym stopniu destrukcji i uszkodzeń tkanek i narządów, walka z bólem i cierpieniem wywołanym stanem nagłego zagrożenia życia.

Pielęgniarka systemu może być zatrudniona jako członek zespołu wyjazdowego, lotniczego pogotowia ratunkowego oraz SOR.

Zgodnie z ustawą o PRM pielęgniarka systemu zyskała uprawnienia do realizacji szkoleń dzieci i młodzieży z zakresu pierwszej pomocy, w celu podejmowania działań, które mają na względzie eliminację lęku przed udzielaniem pomocy i zmniejszenie śmiertelności w tzw. „złotej godzinie”.

Działania pielęgniarskie mające na celu rozwój własny i zawodowy to; samokształcenie, kształcenie ustawiczne, działalność w towarzystwach naukowych (np PTPR), wskazywanie obszarów do badań naukowych, uczestniczenie w badaniach naukowych w celu poprawy jakości opieki w stanach nagłych.

Aspekty pracy pielęgniarki w zespołach ratownictwa medycznego.

Praca w zespołach ratownictwa medycznego ma charakter szczególny, który ma wpływ nie tylko na wykonywane zadania ale i na funkcjonowanie całego zespołu. Praca pielęgniarki w zespole ratownictwa medycznego cechuje się dużym napięciem emocjonalnym, i jest spowodowana czynnikami stresowymi takimi jak; odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, podejmowanie szybkiej i trafnej diagnozy, obawa przed popełnieniem pomyłki, częsta konfrontacja z pacjentem umierającym i jego rodziną. Do sytuacji stresowych należy zaliczyć również; negatywne relacje w zespole, zła organizacja i warunki pracy, rosnące negatywne zainteresowanie mediów i społeczeństwa.

Medyczny zespół ratunkowy tworzą trzy grupy zawodowe: lekarze systemu, pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni. Dojrzały i doświadczony zespół powinien się cechować: zaufaniem, umiejętnością rozwiązywania problemów, przestrzeganiem przyjętych procedur postępowania, efektywną komunikacją interpersonalną, umiejętnością podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów, kreatywnością i ewaluacją.

Do cech psychofizycznych niezbędnych w ratownictwie medycznym możemy zaliczyć; samodzielność, odporność na stres, zdolność szybkiej oceny sytuacji, koncentrację, wytrzymałość oraz samokontrolę.

W procesie podejmowania decyzji przez pielęgniarką pomocne są standardy, procedury i algorytmy postępowania, opracowane na podstawie udokumentowanych badań. Dobra znajomość algorytmów, procedur ułatwia analizę, interpretację podejmowanych działań, a także wskazuje kolejność

postępowania w określonej sytuacji. Prawidłowe wykorzystanie w praktyce procedur zapewnia optymalne działanie w stanach zagrożenia zdrowia i życia chorego.

Zadania pielęgniarki w Zintegrowanym Systemie Ratownictwa Medycznego.

Pielęgniarki w zespole podstawowym mogą pełnić rolę członka zespołu lub kierownika zespołu, natomiast w zespole specjalistycznym pełnią funkcję członka zespołu. Podział zadań wykonywanych przez pielęgniarkę zespołu jest często umowny i zależy od przyjętego schematu pracy w danej jednostce.

Do zadań pielęgniarki obejmującej dyżur w zespole wyjazdowym należy;

- kontrola sprzętu, pod kątem jego sprawności, obecności i kompletności.
- kontrola materiałów opatrunkowych i sprzętu jednorazowego użytku.
- wykonanie testu sprawności defibrylatora i naładowanych rezerwowych akumulatorów.
- sprawdzenie ciśnienia tlenu w butlach stacjonarnych i przenośnych.
- kontrola płynów infuzyjnych i ich temperatury w ogrzewaczu.
- kontrola sprawności wszystkich elektrycznych urządzeń.
- kontrola sprzętu do nawiązywania i utrzymywania łączności.
- kontrola czystości ambulansu.

Pielęgniarka dokonuje również kontroli okresowej leków pod kątem daty ważności i sterylności sprzętu. Do zadań kierownika w zespole podstawowym należy zgłoszenie składu osobowego zespołu oraz gotowości pracy dyspozytorowi medycznemu. O wyjeździe zespołu do wezwania decyduje dyspozytor medyczny, który informuje zespół drogą np. radiową, komputerową, telefoniczną, itp. O czasie, miejscu, wywiadzie, liczbie poszkodowanych, oraz kodzie wyjazdu i tak; **K-1** oznacza wyjazd do stanu zagrożenia życia w ciągu 60 sekund z użyciem sygnałów świetlnych i dźwiękowych. **K-2** oznacza wyjazd do zachorowania w ciągu 120 sekund z użyciem lub bez użycia sygnałów świetlnych lub dźwiękowych. W dokumentacji powinny być odnotowane z dokładnością co do minuty wszystkie kolejne etapy realizacji zgłoszenia.

Do zadań pielęgniarki zespołu podstawowym należy; zebranie wywiadu od pacjenta, rodziny lub świadków zdarzenia, ocena stanu pacjenta i podjęcie działań ratunkowych, przeprowadzenie badania fizykalnego, podjęcie decyzji o wykonaniu procedur medycznych i farmakoterapii, ustalenie miejsca przewiezienia pacjenta, udzielenie informacji rodzinie (o ile pacjent wyraża zgodę na udzielenie informacji wskazanej przez niego osobie). W sytuacji gdy poszkodowany odmawia transportu do szpitala należy odnotować ten fakt na karcie wyjazdowej gdzie poszkodowany potwierdza odmowę czytelnym podpisem z datą i godziną, wskazane byłoby potwierdzenie takiej sytuacji jeszcze podpisem świadka zdarzenia.

W zespole specjalistycznym do zadań pielęgniarki należy; wykonywanie pomiarów (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja), założenie dostępu dożylnego, wykonanie EKG, pomiar glikemii, podłączenie chorego tlenu, przygotowanie sprzętu do działań ratunkowych, zapewnienie bezpiecznego transportu, asystowanie np. podczas intubacji, wykonanie koniecznych zabiegów elektroterapii, podanie leków, płynów infuzyjnych i prowadzenie resuscytacji.

W związku z kompetencjami wszystkich członków zespołu w zakresie medycznych czynności ratunkowych podział zadań może ewaluować w płynny i umowny sposób. Po każdorazowym

zakończeniu działań zespół jest odpowiedzialny za doprowadzenie w jak najkrótszym czasie ambulansu do ponownego wykorzystania. Dokonuje dekontaminacji i dezynfekcji przedziału medycznego, noszy, sprzętu medycznego, zmiana bielizny, uzupełnia brakujące leki, płyny infuzyjne i materiał opatrunkowy. Do obowiązków kierownika zespołu należy; uzupełnienie dokumentacji, przekazanie jej do archiwum, rozliczenie zużytego sprzętu, środków medycznych, leków.

W praktyce dobrym i przyjętym zwyczajem jest ewaluacja zakończonego działania, która ma na celu; rozładowanie emocji, omówienie zaistniałych problemów, zrozumienie działań podjętych przez poszczególne osoby, poprawa współpracy w zespole oraz poprawa jakości świadczonej opieki.

Zadania pielęgniarki w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Pielęgniarka systemu w SOR realizuje zadania na rzecz pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Od pielęgniarki ratunkowej oczekuje się szczególnych umiejętności, predyspozycji do udzielania świadczeń z zastosowaniem inwazyjnych metod diagnostycznych, terapeutycznych, rozpoznawanie stanów zagrożenia życia, obsługi aparatury monitorującej i leczniczej oraz współdziałanie w zespole terapeutycznym. W SOR pielęgniarka realizuje świadczenia w zakresie diagnostycznym, terapeutycznym, profilaktycznym i pielęgnacyjnym. Zakres uprawnień pielęgniarki zależy od rodzaju ukończonego kształcenia i jest uregulowana prawnie.

Zadania diagnostyczne podejmowane przez pielęgniarkę ratunkową Swor obejmują;

- przeprowadzenie wstępnej oceny osób znajdujących się w stanie zagrożenia życia według obowiązujących procedur, standardów i schematów oraz zakwalifikowanie ich w zależności od ciężkości stanu klinicznego do odpowiedniej grupy z priorytetem pilności wdrożenia zabiegów resuscytacyjnych.
- wykonywanie wstępnej oceny ciężkości urazów według obowiązujących procedur.
- wykonywanie segregacji medycznej w sytuacjach mnogich, masowych czy katastrof, kwalifikowanie pacjentów do odpowiedniej grupy oznaczonej kolorem, który informuje pozostały personel o szybkości wdrożenia procedur medycznych.
- przekazywanie informacji lekarzowi o pacjencie, po wcześniejszej ocenie danych uzyskanych drogą teletransmisji, monitorujących parametry życiowe z obszaru pozaszpitalnego lub po przeprowadzeniu wstępnej oceny pacjenta.
- oznaczenie parametrów krytycznych i interpretowanie wyników badań.
- rozpoznawanie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- zebranie wywiadu o pacjencie od zespołu ratownictwa medycznego, rodziny, opiekuna prawnego lub osoby towarzyszącej.
- założenie dokumentacji medycznej, wprowadzenie pacjenta do ewidencji szpitalnej.

Zadania pielęgnacyjne mają na celu zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa, komfortu, zmniejszenia lęku związanego ze stanem zdrowia i koniecznością hospitalizacji w oddziale ratunkowym.

Zadania organizacyjne podejmowane przez pielęgniarkę ratunkową;

- koordynowanie działań podległego zespołu
- organizowanie zasobów potrzebnych do realizacji czynności diagnostycznych i terapeutycznych.

- współpracę z zespołami terapeutycznymi, Centrum Powiadomienia Ratunkowego, zespołami ratownictwa medycznego, lotniczym pogotowiem ratunkowym.
- przekazywanie informacji o chorym i spostrzeżeń organizacyjnych.
- zapewnienie sprawnego i bezpiecznego transportu pacjentów do innych obszarów SOR.

Pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia są przewożeni z obszaru segregacji bezpośrednio do obszaru resuscytacyjno-zabiegowego, gdzie wyposażenie i organizacja pracy umożliwia prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej-mózgowej i resuscytacji okołourazowej.

Zadania diagnostyczne podejmowane przez pielęgniarkę w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym.

- pomiary podstawowych parametrów życiowych.
- monitorowanie czynności życiowych; rytmu serca, ciśnienia tętniczego i żylnego, wysycenia tlenowego hemoglobiny, końcowo-wydechowego stężenia dwutlenku węgla, temperatury powierzchniowej i głębokiej ciała.
- przeprowadzenie kompleksowego badania fizykalnego ciała.
- ocena ciężkości urazów, wg określonych skal i algorytmów.
- ocena stopnia i rozległości oparzeń.
- wykonuje badanie EKG i ocenia pod kątem nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- pobiera materiały do badań laboratoryjnych.
- dokonuje oceny wskaźników z analizatora parametrów krytycznych.
- przygotowuje pacjenta do badań specjalistycznych i bierze udział w badaniach inwazyjnych i nieinwazyjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych.
- monitoruje stan pacjenta i rejestruje odczyty z monitorów w indywidualnej dokumentacji medycznej chorego.

Zadania lecznicze;

- wykonywanie i współudział w zaawansowanych zabiegach resuscytacyjnych: defibrylacja, przyrządowe udrażnianie dróg oddechowych, zgodnie z uprawnieniami, współczesnymi metodami i technikami stosowanymi w medycynie ratunkowej.
- 8 dział w zabiegach ratunkowych takich jak: nakłucia jam ciała, drenaże obarczające, nagła torakotomia, laparotomia, tracheotomia, doraźne stabilizacje złamań kości długich i niestabilnych złamań miednicy.
- wykonywanie kaniulacji żył obwodowych, dojścia doszpikowego, asystowanie przy zakładaniu wkłucia centralnego.
- podawanie dożylnie lub doszpikowo leków i płynów infuzyjnych.
- wykonywanie konikotoni, konikopunkcji i obarczanie odmy prężnej.
- prowadzenie tlenoterapii.
- realizacja innych zadań terapeutycznych: cewnikowanie pęcherza moczowego, zakładanie zgłębnika do żołądka, opanowywanie krwawień i krwotoków zewnętrznych.
- wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna.
- zabezpieczanie krwi zgodnej grupowo.

Zadania organizacyjne podejmowane są zazwyczaj przez pielęgniarkę oddziałową, koordynującą czy lidera.

- zapewnienie zasobów potrzebnych do realizacji zadań (aparatury diagnostycznej, monitorującej, leczniczej).
- zapewnienie sprzętu ochrony indywidualnej
- koordynowanie działań podległego personelu, wspieranie zespołu w jego pracy
- zapewnienie sprawnego obiegu informacji o pacjencie w zespole terapeutycznym

- dokumentowanie stanu pacjenta i przebiegu działań
- udzielanie wsparcia rodzinie, osobom bliskim.
- Pozostałe świadczenia terapeutyczne
- diagnostyczne wykonywane przez pielęgniarkę ratunkową w SOR;
- przygotowanie pacjentów do zabiegów chirurgicznych
- przygotowanie narzędzi chirurgicznych, produktów leczniczych i założenia opatrunków gipsowych.
- asystowanie podczas wykonywania drobnych zabiegów chirurgicznych
- dobór sposobów w opatrywaniu ran urazowych, oparzeniowych, owrzodzeniowych i przetok

Działania opiekuńcze mają na celu;

- pomoc w rozwiązywaniu problemów wynikających z reakcji pacjenta na udział w procesie leczniczym, ból i sytuację zdrowotną.
- informowanie pacjenta o celu, rodzaju zabiegu, sposobie zachowania się podczas jego wykonywania.

Pielęgniarka ratunkowa realizuje również zadania związane z rozwojem własnym i zawodu, udziałem w kształceniu i badaniach naukowych.

- uczestniczy w kształceniu studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego
- uczestniczy w kształceniu podyplomowym pielęgniarek poprzez uczestnictwo w szkoleniach, kursach kwalifikacyjnych i specjalizacji
- prowadzi szkolenia wewnątrzszkolowe np. z zakresu pierwszej pomocy, RKO, czy postępowania urazowego
- współuczestniczy w planowaniu programów kształcenia oraz doskonalenia pielęgniarek systemu
- wyznacza obszary do badań naukowych w obszarze ratownictwa medycznego i współuczestniczy w badaniach naukowych prowadzonych przez zespoły naukowe
- wykorzystuje wyniki badań naukowych w praktyce zawodowej. ■

Opracowała Dorota Goleniewska.

Literatura u autora.

Diagnozowanie urazów czaszkowo-mózgowych. Rola pielęgniarki w diagnozowaniu i rehabilitacji.

Diagnozowanie urazów czaszkowo-mózgowych

Badanie podmiotowe

Zarówno w teorii jak i praktyce pielęgniarstwa najważniejszy jest miejsce zajmuje proces pielęgnowania. Pojęcie to zostało wprowadzone w latach 50. XX w. kluczowym elementem procesu pielęgnowania jest diagnoza pielęgnarska. Diagnoza ta stanowi ocenę aktualnych i potencjalnych problemów związanych ze zdrowiem oraz reakcji człowieka na te problemy. Na jej podstawie można zaplanować i podjąć działania mające być najbardziej efektywne.

Diagnoza – słowo to pochodzi z języka greckiego (διαγνοσις) i oznacza rozpoznanie kliniczne – czyli identyfikację choroby lub zespołu chorobowego, na które cierpi

pacjent diagnoza jest wnioskiem, który wynika z dokonanej oceny objawów subiektywnych. Wnioski te wyciąga się z badań podmiotowych, przedmiotowych oraz badań dodatkowych (badań laboratoryjnych i obrazowych). Diagnoza urazów obejmuje, tak jak przy każdym diagnozowaniu:

- badanie podmiotowe (wywiad)
- badanie przedmiotowe (badanie fizykalne)
- badania dodatkowe.

Wywiad jest ważnym czynnikiem umożliwiającym postawienie diagnozy. Często ze względu na stan chorego jest zbierany od rodziny lub przygodnych świadków zdarzenia. Należy ustalić jaki był początek choroby, jaki jest charakter dolegliwości i dynamika objawów. Ważne jest też chronologiczne ustalenie wszystkich objawów.

Częstym objawem towarzyszącym jest ból. Należy ustalić kiedy się pojawił, jaki jest jego zakres, charakter, jak długo występuje i kiedy się nasila.

Pytamy chorego:

- czy występowały bóle głowy,
- wymioty,
- zaburzenia widzenia,
- zawroty głowy,
- zaburzenia równowagi,
- zaburzenia połykania,
- zaburzenia snu,
- osłabienie kończyn.

Podczas zbierania wywiadu należy okazać cierpliwość, pozwolić choremu na pełną relację. W przypadku kiedy pacjent jest nieprzytomny zbieramy wywiad od osób będących świadkiem zdarzenia. Ustalamy:

- dane personalne,
- ewentualne spożycie alkoholu,
- początek przebiegu choroby.

Badanie przedmiotowe

Pielęgniarka biorąc udział w **badaniu przedmiotowym** może ustalić: stan świadomości za pomocą skali Glasgow. Skala Glasgow obejmuje reakcję ruchową, kontakt słowny i otwieranie oczu.

Wyniki testu Glasgow:

- 14-15 – stan dobry zachowana przytomność
- 11-13 – półśpiączka, półprzytomny, stan średni
- 5-7 – stan ciężki
- 3-4 – stan krytyczny, głęboka nieprzytomność – odmóżdżenie

W badaniu przedmiotowym ocenia się stan neurologiczny chorego – ocenę tę przeprowadza lekarz.

Badanie dodatkowe

U pacjenta z urazem czaszkowo-mózgowym konieczne jest wykonanie wielu **badania dodatkowych**. Takich jak:

- przeglądowe zdjęcie rentgenowskie czaszki i kręgosłupa,
- nakłucie lędźwiowe,
- tomografię komputerową,
- angiografię,
- jądrowy rezonans magnetyczny – MRI,
- elektroencefalografię – EEG,
- pozytronową tomografię komputerową – PET,
- emisyjną tomografię komputerową pojedynczego protonu – SPECT.

Do **badania radiologicznych** należą zdjęcia czaszki oraz kręgosłupa. Nie ma szczególnego przygotowania do wykonania tego badania. Wykonanie go jest szybkie i proste. Ma na

Tabela 1. Skala Glasgow.

Badana reakcja	Stopień zaburzeń	Liczba punktów
otwieranie oczu	Spontaniczne	4
	na polecenie	3
	w odpowiedzi na bodziec bólowy	2
	brak reakcji	1
odpowiedź słowna	prawidłowa, pacjent jest w pełni zorientowany	5
	odpowiada, ale jest zdeorientowany	4
	używa niewłaściwych słów	3
	wydaje nieartykułowane dźwięki	2
	brak reakcji	1
odpowiedź ruchowa	na polecenie	6
	potrafi umiejscowić bodziec bólowy	5
	prawidłowa reakcja zgięciowa (wycofanie w odpowiedzi na bodziec bólowy)	4
	nieprawidłowa reakcja zgięciowa (odkorowanie)	3
	reakcja wyprostna (sztywność odmóżdżeniowa)	2
	brak reakcji	1

Źródło: http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=30647&_tc=294CA646319E4B68A80025ABCF03F7BE, dn. 3.01.2011r.

celu wyjaśnienie, czy nie ma zmian patologicznych w obrębie kości: złamań, zwapnień. Wykonuje się je głównie w zespołach bólowych i urazach. Jeżeli jest możliwość wykonania tomografii komputerowej należy odstąpić od wykonania zdjęcia przeglądowego czaszki i kręgosłupa. Rola pielęgniarki sprowadza się do przygotowania psychicznego pacjenta. Wyjaśnienia w jakim celu jest wykonywane badanie, na czym ona polega. Ponadto przygotowuje fizycznie chorego: pomaga odpowiednio ułożyć, rozebrać się, zapewnia bezpieczeństwo w trakcie i po wykonaniu badania.

Nakłucie lędźwiowe polega na pobraniu za pomocą nakłucia płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie to jest badaniem inwazyjnym i może prowadzić do powikłań. Do zadań pielęgniarskich należy wyjaśnienie celowości badania i sposobu jego wykonania. Pacjent w miarę możliwości pozostaje na czczo. Należy go poinformować jak ma się zachować w czasie i po badaniu. Czasami konieczne podanie jest premedykacji. Pielęgniarka układa chorego w odpowiedniej pozycji (na boku z podkurczonymi nogami), uspokaja go podczas wykonywania nakłucia, przygotowuje miejsce nakłucia i potrzebny sprzęt. Po badaniu układa pacjenta prosto na wznak i informuje o konieczności pozostania w tej pozycji przez 24 godziny po zabiegu – w celu uniknięcia powikłań. Należy obserwować stan ogólny chorego, ewentualne bóle głowy, nudności i wymioty oraz podstawowe parametry życiowe. Pielęgniarka dba o dobry stan psychiczny chorego. Wszystkie działania odpowiednio dokumentuje.

Tomografia komputerowa daje możliwość zdiagnozowania wszystkich patologii wewnątrzczaszkowych. Badanie to może przebiegać bez podania środka kontrastowego lub z podaniem takiego środka. Przygotowanie chorego obejmuje:

1. fizyczne przygotowanie
 - informację o wykonaniu badania – zebranie informacji o ewentualnych uczuleniach,
 - sprawdzenie dokumentacji chorego,
 - założenie kaniuli do żyły obwodowej,

- przewiezieniu chorego do pracowni.
- 2. psychiczne przygotowanie
- informację na czym polega badanie,
- zapewnienie atmosfery życzliwości i zaufania,
- informację o celowości wykonywanej czynności.

Po badaniu pielęgniarka:

- prowadzi obserwację chorego na sali,
- zapewnia bezpieczeństwo,
- kontroluje podstawowe parametry życiowe,
- prowadzi dokumentację,
- odbiera wyniki badań.

Angiografia jest badaniem z udziałem środka kontrastowego zawierającego jod, podawanego do tętnicy szyjnej lub kręgowej. W badaniu tym widoczne są tętniaki, naczyniaki i niedrożne naczynia. Rola pielęgniarki w tym badaniu to: informowanie o rodzaju wykonywanego badania, sprawdzaniu dokumentacji, zgody na wykonanie badania, dopilnowaniu aby chory pozostał na czczo, zakłada kaniulę do żyły obwodowej, podaje premedykację, przewozi do pracowni. Wspiera chorego psychicznie stwarzając atmosferę życzliwości i zaufania. Po badaniu natomiast odbiera pacjenta z pracowni, obserwuje jego stan ogólny, układu płasko na plecach, obserwuje opatrunek, co 15 minut kontroluje parametry życiowe, informuje o konieczności pozostania w łóżku od 6 do 12 godzin, zapewnia bezpieczeństwo, prowadzi dokumentację obowiązującą w oddziałach i odbiera badanie.

Jądrowy rezonans magnetyczny umożliwia bardzo dokładne obrazowanie badanych struktur mózgu, pozwala odróżnić krew od płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie to jest bezpieczne dla pacjenta. Pozwala ono na diagnostykę krwinków nad i podtwardówkowych, zmian malacyjnych naczyń oraz złamań kości czaszki.

Elektroencefalografia to badanie obrazujące czynności pracy mózgu. Rejestruje czynności mózgu będącego w fazie spoczynku oraz po aktywizacji czyli hiperwentylacji i po podaniu środków farmakologicznych. Badanie to uwidacznia wystąpienie fal theta (60-100), która są charakterystyczne w przypadku urazów czaszkowo-mózgowych nie wymagających interwencji neurochirurgicznej.

Pozytronowa emisja tomografia komputerowa (PET) opiera się na podaniu pewnych radiofarmaceutyków. Służy do obrazowania funkcji mózgu, jest badaniem bardzo kosztownym.

Emisyjna tomografia komputerowa pojedynczego fotonu (SPECT) to metoda bardzo kosztowna w związku z tym bardzo rzadko stosowana. W diagnozowaniu zbliżona do metody PET.

Powikłanie u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych

Zaburzenia świadomości towarzyszące urazom czaszkowo-mózgowym oraz ogólne złe funkcjonowanie wszystkich układów organizmu na długi czas unieruchamiają chorego w łóżku. Powoduje to wiele niebezpieczeństw i powikłań. Należą do nich:

- odleżyny,
- przykurcze,
- zastoje żylne,
- zatory płucne,
- zaniki mięśniowe (brak ruchu prowadzi do atrofii mięśni, obniża siłę mięśniową, upośledza ukrwienie i odżywianie),

- zapalenia kostniejące mięśni,
- zapalenia pęcherza przez zaleganie moczu,
- zapalenia płuc spowodowane zaleganiem wydzieliny,
- zaburzenia układu pokarmowego (zaparcia).

Rola pielęgniarki w rehabilitacji pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym

Rehabilitacja pacjentów z urazami czaszkowo-mózgowymi rozpoczyna się już w oddziale IT (Intensywnej Terapii) gdzie najczęściej trafiają tacy chorzy.

Rehabilitacja w pierwszym etapie koncentruje się głównie na poprawie krążenia i profilaktyce zapalenia płuc. Polega na:

- stosowaniu u chorych nieprzytomnych inhalacji, drenażu ułożeniowego, oklepywanie i odsysanie celem polepszenia wentylacji i lepszego dotlenienia mózgu
- ćwiczenia klatki piersiowej i masaż mięśni klatki piersiowej
- zapobieganie przykurczom poprzez ćwiczenia izometryczne mięśni oraz rehabilitację bierną, mają one na celu zapewnienie ruchomości stawów, zapobiegają zanikowi mięśni, poprawiają równocześnie ukrwienie, zapobiegają zakrzepicy oraz powikłaniom ze strony układu pokarmowego (zaparcia).

Ćwiczenia bierne muszą być wykonywane umiejętnie, w możliwie pełnych zakresie ruchomości stawu, ale nie mogą sprawiać bólu.

W drugim okresie choroby ćwiczenia rehabilitacyjne mogą być nieco bardziej intensywne w zależności od stanu pacjenta. Muszą one ulegać stopniowaniu. Stosuje się ćwiczenia bierne przy współpracy terapeuty, ćwiczenia czynne oraz przyrządowe. Mają one na celu przygotować chorego do pozycji siedzącej i stojącej. Stosowane są łóżka umożliwiające zmianę pozycji, stoły pionizujące. Pomocne są również kołnierze, pasy, podwieszki, wózki. Czas ćwiczeń należy sukcesywnie wydłużać i zwiększać intensywność ćwiczeń. Wczesne uruchamianie ma dobry wpływ na szybszy powrót pacjenta do sprawności fizycznej.

Następnym krokiem w rehabilitacji jest przystosowanie chorego do pionizacji czynnej. Polega ona na ćwiczeniach obejmujących stanie chorego przy łóżku – zawsze z asekuracją. Nauka chodzenia jest kolejnym elementem w rehabilitacji i uruchamianiem chorego. Rozpoczyna się ją za pomocą barierki, które dają poczucie bezpieczeństwa. Zwracamy uwagę na prawidłowe stawianie stóp. Należy przeciwdziałać tendencjom chodzenia bokiem – naturalnym w niedowładzie połowicznym oraz tendencji do opadania stopy objętej niedowładem. Do zabiegów rehabilitacyjnych dołączyć można leczenie ciepłem lub miejscową krioterapię, ultradźwiękami, polem magnetycznym. Zabiegi te są ważne w leczeniu zespołów bólowych. Równolegle powinna być prowadzona rehabilitacja psychiczna. Psychika chorego po urazach czaszkowo-mózgowych różni się od jego psychiki sprzed choroby. Często dochodzi do depresji oraz rezygnacji. Chory obawia się jak będzie dalej wyglądało jego życie. Również rodzina pacjenta nie potrafi odnaleźć się w nowej sytuacji. Ważna jest wtedy rozmowa i kontakt z terapeutą i psychologiem.

Okres trzeci pozaszpitalny. Urazy czaszkowo-mózgowe w dużym stopniu dotyczą osób młodych, czynnych zawodowo. Rehabilitacja w trzecim okresie ma na celu pomoc w powrocie do życia aktywnego. Okres ten obejmuje kontakt z psychologiem, logopedą, specjalistą rehabilitantem. Może mieć charakter ambulatoryjny lub przebiegać w specjalnych ośrodkach sanatoryjno-rehabilitacyjnych.

Beata Markowska

Literatura u autora.



Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia ALMACH

ul. Kulińska 2
87-800 Włocławek
tel. 601 256 845

KRS: 0000154303
REGON: 911327517
NIP: 888-27-47-997

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

biuro@fundacja-almach.org.pl

www.fundacja-almach.org.pl

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

Szanowna Pani Prezes
Szanowni Członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Będąc małym trybikiem w dziele, jakie wspólnie tworzymy, bardzo serdecznie dziękuję Pani Prezes, Członkom Prezydium, Członkom NRPIP 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 wc 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
Bożena Banachowicz

DW. Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych

Promocja książki Hanny Paszko która, odbyła się w piątek 12 grudnia 2014 roku w Starostwie Powiatowym w Częstochowie.

Książka pamięci Zofii Kostek. „Nadzieja w ludzkim cierpieniu” – to tytuł nowej książki wydanej przez Księgarnię św. Jacka. Jej autorką jest mieszkająca w Bytomiu pielęgniarka Hanna Paszko.

Hania Paszko ukończyła Szkołę Podstawową w Poczesnej, a następnie Liceum Medyczne w Częstochowie. Już podczas trwania nauki w Liceum Medycznym wykazywała talent pisarski i aktorski.

W Liceum bardzo aktywnie pracowała w „Kółku recytatorskim”, w każdej szkolnej akademii występowała – pięknie recytując wiersze. Po zakończeniu nauki i zdobyciu zawodu pielęgniarki wyjechała na Śląsk, tam podjęła pracę w zawodzie, tam znalazła swoją miłość i związała swoje życie z Bytomiem. Do Częstochowy powraca często, ponieważ tutaj nadal mieszka jej najbliższa rodzina i wielu znajomych.

Odwiedza Jasną Górę, a swoje książki przekazuje jako Wota dla Klasztoru Jasnogórskiego.

Hania Paszko jest osobą głęboko wierzącą, bardzo czułą i wrażliwą na ludzkie cierpienie.

Do napisania kolejnej książki zainspirowała Hannę Paszko bytomianka Zofia Kostek. Trzy lata temu zginęła ona w wypadku samochodowym. Wcześniej jednak doświadczyła wielu cierpień. W wyniku powikłań cukrzycowych Zosia Kostek straciła wzrok. Następnie przeszła ciężką operację – transplantację nerki i trzustki. Mimo to nie załamywała się, pozostawała aktywna. Prowadziła w Bytomiu koncerty papieskie, występowała w czasie spotkań na temat transplantacji, promując tzw. deklarację zgody.

Podczas spotkania promującego jej książkę Hanna Paszko opowiadała, o pierwszym spotkaniu z Zofią Kostek. Na tym spotkaniu usłyszała o marzeniu Pani Kostek, dotyczącym zamiaru napisania książki o przeżyciach ludzi chorych, w tym dializowanych i czekających na przeszczep. Zofia Kostek martwiła się jednak, że utrata wzroku utrudni jej pracę. – Jeżeli pan Bóg pozwoli, pomogę pani – powiedziała wtedy Hanna Paszko. Jednak Zofia zginęła tragicznie w wypadku samochodowym, który zdarzył się w dniu 5 rocznicy jej operacji transplantacyjnej. Hanna Paszko podjęła wtedy postanowienie, że z szacunku dla jej niezwyklego życia napisze tę książkę.

W książce zawarta jest opowieść o Zofii Kostek. Hanna Paszko rozmawiała z jej bliskimi: rodziną i przyjaciółmi, autorkę wspierała także ks. Hubert Kowol. Kolejne rozdziały opowiadają o innych ludziach, z którymi Hanna Paszko zetknęła się w czasie swojej pracy zawodowej. Książka w większości dotyczy mieszkańców Bytomia, są tutaj historie m.in. czteroletniego chłopca, który stracił wzrok oraz lekarza, dla którego wielkim przeżyciem i doświadczeniem stała się choroba i śmierć matki. Książka pokazuje z bliska świat ludzkiego cierpienia, wielorakiego i wszechogarniającego. Wielu bohaterów przedstawionych tu historii stawia dramatyczne pytania: Dlaczego cierpię? Dlaczego mnie to spotkało? Dlaczego choroba dotknęła moją rodzinę? Zarysowane opowieści o ludziach doświadczonych bólem ukazują cierpienie jako wielką i nieprzenikloną tajemnicę.

Książka jest zbiorem opowiadań i głęboką pielęgniarską zadumą, przybliżającą temat ludzkiego cierpienia i ludzkiej bezradności, która dotyka każdego człowieka, niezależnie od tego, ile ma lat, jaki wykonuje zawód i gdzie mieszka. Jej

bohaterowie – to ludzie najbardziej zwyczajni, nieznanego szerokiej opinii publicznej, ale wyjątkowi poprzez swoje świadectwa, dawane w czasie najtrudniejszych przeżyć i dramatów ludzkich, od narodzin aż do naturalnej śmierci.

Jakże często pielęgniarki podczas swojej codziennej pracy zawodowej spotykają się z bólem cierpieniem i umieraniem. Jakże często słuchają opowieści od ludzi, którzy mimo choroby nie utracili nadziei, mimo dźwigania nieraz bardzo ciężkich życiowych krzyży – nadal wierzą. Ci ludzie bardzo potrzebują wsparcia, miłości, czułości, wiary i nadziei. Jakże często widzimy zasmucone i zapłakane twarze – ale czy wiemy jak pomagać? Aby spróbować odpowiedzieć na to pytanie warto przeczytać książkę Hanny Paszko „Nadzieja w ludzkim cierpieniu”.

Cała książka jest przepełniona nadzieją. Pokazuje, że to co zwykle jest trudne do zaakceptowania, z wiarą i miłością może być przyjmowane, można z tym żyć i nie upadać. Można trwać i pomagać innym, dając serdeczną przyjaźń, uśmiech, radość z każdego nowego dnia życia, w pełnym zawierzeniu Bogu.

Nikt z nas nie wie, gdzie i kiedy dobiegnie końca jego życiowa wędrówka. Opowieści zwarte w książce Hanny Paszko zachęcają do refleksji nad życiem i umieraniem, nad trwaniem i przemijaniem. Pamiętajmy o tym, że każdy potrzebuje w trudnych dla siebie chwilach zrozumienia i intymności, potrzebuje bliskości drugiego człowieka. Jakże często jest to pielęgniarka. Zachęcam do przeczytania tej jakże refleksyjnej książki. ■

Barbara Płaza



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,

gotowość do niesienia pomocy potrzebującym,
poświęcenie i życzliwość

zyczenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają dla Pani

Doroty Rybakiewicz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie,

oraz

Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Częstochowie. ■

Gorączka Ebola informacja dla lekarzy POZ i służb medycznych

Gorączka krwotoczna Ebola (ang. EVD Ebola Virus Disease) jest chorobą wywołaną przez wirus z rodziny Filoviridae rodzaju Ebolavirus (EBOV). Epidemia EVD w Afryce Zachodniej (Gwinea, Sierra Leone, Liberia i Nigeria) wywołana jest przez gatunek Zaire ebolavirus. Informację o aktualnej liczbie przypadków EVD, krajach objętych epidemią oraz sytuacji epidemiologicznej i rekomendacjach znajdują się na stronie NIZP-PZH (www.pzh.gov.pl) i na stronie GIS (www.gis.gov.pl).

Epidemiologia zakażeń wirusem Ebola:

Ogniska epidemiczne EVD zaczynają się od jednej lub kilku osób zakażonych przez kontakt z rezerwuałem wirusa, a następnie zakażenia szerzą się wśród ludzi. Poprzednie ogniska EVD miały ograniczony charakter, a największe z nich odnotowano w 2000 r. w Ugandzie (425 przypadków). Obecne trwające ognisko w Afryce Zachodniej rozpoczęło się w Gwinei i jest największe pod względem liczby przypadków, obszaru jaki zajmuje oraz rozpowszechnienia wystąpienia zakażeń. Zachorowania na EVD odnotowuje się obecnie również na terenie Demokratycznej Republiki Kongo. Zachorowań tych nie wiąże się jednak z epidemią EVD w Afryce Zachodniej. Ryzyko zawleczenia gorączki Ebola do Europy, w tym Polski jest bardzo niskie.

Objawy EVD. Początkowe objawy są niespecyficzne - gorączka powyżej 38,5°C, znaczne osłabienie, bóle mięśni i stawów. Objawy początkowo przypominają inne znacznie częściej występujące choroby związane z pobytem w tropikach - malaria (zwłaszcza *P. falciparum*), dur brzuszny, inwazyjna choroba meningokokowa (IchM), zapalenie płuc. W ciągu około 5 dni od pierwszych objawów może pojawić się znacznie nasilona wodnista biegunka, z wymiotami, połączona z bólami brzucha. Od 5 do 7 dnia choroby może pojawić się rozsiana wysypka grudkowo-rumieniowa na twarzy, szyi, tułowi i ramionach. W przebiegu choroby może dojść do krwawienia, masywnych krwotoków, niewydolności wielonarządowej i zgonu. U tych chorych ciężkie objawy pojawiają się wcześniej w trakcie choroby, a do zgonu dochodzi pomiędzy 6 a 16 dniem choroby. Śmiertelność w przebiegu zakażenia EVD w trakcie tej epidemii wynosi około 55%, ale w Gwinei sięga 75%. Leczenie objawowe u pacjentów hospitalizowanych obniża śmiertelność.

Szerzenie się EVD. Okres inkubacji choroby wynosi od 2 do 21 dni. Do zakażenia może dojść w wyniku bezpośredniego kontaktu z: krwią lub innymi płynami ustrojowymi oraz wydzielinami i wydalninami żywych lub martwych osób zakażonych; lub przedmiotami skażonymi wymienionym wyżej materiałem biologicznym, a także przy bezpośrednim kontakcie ze zwołkami chorych na EVD. Mimo iż EBOV nie przenosi się drogą powietrzną, przy bliskim kontakcie (twarzą w twarz) z chorym nie można wykluczyć zakażenia drogą kropelkową. Zakażni mogą być również mężczyźni podczas kontaktów seksualnych w okresie do 7 tygodni po ich wyleczeniu. W krajach, w których stwierdzono obecność EBOV u zwierząt (Afryka Zachodnia, Środkowa i Wschodnia) zakażenie u ludzi może być też następstwem kontaktu z żywymi lub martwymi zwierzętami (najczęściej małpy, antylopy, nietoperze), a także spożyciem ich surowego lub półsurowego mięsa jak również innych produktów bezpośrednio skażonych wydzielinami i wydalninami tych zwierząt.

Środki ochrony. Podczas kontaktu z osobami podejrzanymi o zakażenie EBOV, u których wystąpiły objawy EVD, wymagane jest stosowanie środków ochrony osobistej, które zabezpieczają personel medyczny przed bezpośrednim kontaktem z płynami ustrojowymi, wydzielinami i wydalninami chorego, a w tym także stosowanie środków ochrony dróg oddechowych i oczu. Należy również ograniczyć kontakt z tymi osobami do niezbędnego minimum. Uważa się, że osoby podejrzanego o zakażenie EBOV, u których nie doszło jeszcze do wystąpienia żadnego z objawów choroby nie stwarzają wysokiego ryzyka zakażenia dla osób z otoczenia.

EBOV jest wrażliwy na działanie środków dezynfekcyjnych zarejestrowanych dla obszaru medycznego na podstawie badań potwierdzających ich właściwości wirusobójcze. Informacja o właściwościach wirusobójczych środka dezynfekcyjnego umieszczana jest zazwyczaj na etykietach. Środki dezynfekcyjne muszą być stosowane ściśle z zaleceniami producenta. Dodatkowo można też stosować naświetlanie powierzchni światłem UV.

Klasyfikacja przypadków EVD. Aktualna definicja przypadku EVD dostępna jest na stronie NIZP-PZH lub GIS. Definicja ta może podlegać aktualizacji. Każda osoba, która spełnia kryteria przypadku podejrzanego lub potwierdzonego o zakażenie EBOV i EVD powinna zostać objęta dochodzeniem epidemiologicznym.

Postępowanie z osobami powracającymi z Afryki Zachodniej.

Ze względu na ciężki przebieg zachorowań EVD konieczne jest jak najszybsze poddanie izolacji osób chorych, podejrzanych o zakażenie wirusem EBOV (osoba objawowa), a w przypadku osób zdrowych, u których doszło do narażenia na zakażenie EBOV (osoba bezobjawowa narażona na zakażenie EBOV), wskazane jest poddanie ich indywidualnej kwarantannie. Procedury przesyłania pacjentów do odbycia kwarantanny oraz miejsca odbywania kwarantanny wyznaczone są w każdym województwie i znane są zarówno Centrum Zarządzania Kryzysowego każdego województwa jak i odpowiednim Powiatowym oraz Wojewódzkim Stacjom Sanitarno-Epidemiologicznym.

Osoba zdrowa, u której nie doszło do narażenia na zakażenie EBOV (osoba bezobjawowa bez narażenia na zakażenie EBOV), a która powróciła z kraju w którym odnotowano przypadki EVD nie wymaga kwarantanny i po pouczeniu o konieczności bacznej obserwacji stanu zdrowia i niezwłocznym poinformowaniu o wystąpieniu niepokojących objawów dyspozytora ratownictwa medycznego (tel. 999 / 112) celem uzyskania ewentualnej pomocy medycznej, nie wymaga stosowania ograniczeń swobody przemieszczania się.

W przypadku osoby z objawami, podejrzanego o EVD, która stawiała się w szpitalu/placówce ochrony zdrowia osobiście należy ją niezwłocznie poddać izolacji. Gdy taka osoba zgłosi się telefonicznie do szpitala/placówki medycznej należy przekierować ją bezpośrednio do dyspozytora ratownictwa medycznego i zalecić bezwzględne pozostanie w domu do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.

W przypadku osób, u których lekarz podejrzewa zakażenie wirusem EBOV konieczne jest przeprowadzenie diagnostycznego badania laboratoryjnego celem uzyskania potwierdzenia zakażenia. Przypadek można uznać za potwierdzony, gdy u chorego stwierdzi się obecność kwasu nukleinowego EBOV. Gdy wynik badania przypadku prawdopodobnego jest negatywny badanie należy powtórzyć po 3 dniach od pierwszego badania. Negatywny wynik drugiego badania może stanowić podstawę dla lekarza chorób zakaźnych do decyzji czy pacjent nadal powinien pozostać w izolacji (do końca 21 dniowego okresu obserwacji) czy można go umieścić w indywidualnej kwarantannie szpitalnej. Ponadto lekarz niezależnie od rozpoznania innych chorób (np. malarii, dengi, itd.) powinien zdecydować o dalszym badaniu laboratoryjnym pacjenta w kierunku EBOV i częstotliwości wykonywania takich badań (w częstotliwości badań należy uwzględnić: poprawę stanu zdrowia pacjenta poddanego leczeniu etiologicznemu, wystąpienie dodatkowego objawu lub prowadzenie regularnego badania monitorującego).

Badanie diagnostyczne w kierunku EBV. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH wykonuje badania molekularne metodą RT-PCR w kierunku zakażenia wirusem Ebola. **Badania wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania ze szpitala przesłanego wraz z próbkami materiału klinicznego pobranymi od chorego.** Koszt badania to 650 zł, wynik po 24-72 godzinach od dostarczenia próbki. **Badanie może być wykonywane tylko u tych pacjentów, u których wystąpiły objawy kliniczne** zgodne z przyjętą definicją gorączki Ebola, a okres od wystąpienia pierwszego z objawów wynosi 3 lub więcej dni. Przeprowadzenie badania u osoby w okresie inkubacji, u któ-



rej nie wystąpiły objawy, prowadzi do uzyskania wyniku nierozstrzygującego, co oznacza, że w przypadku wyniku negatywnego nie może on stanowić podstawy do wykluczenia zakażenia wirusem Ebola.

Pobranie i przesłanie materiału w kierunku EBOV. Do chwili ogłoszenia stałego dyżurowania NIZP-PZH wykonuje badania w kierunku EBOV od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-15:00. Przed przesłaniem materiału do badania wymagany jest kontakt telefoniczny z Zakładem Wirusologii NIZP-PZH (tel. 22-5421230). Szczegółowy opis zasad pobrania i transportu materiału do badań znajduje się na stronie www.pzh.gov.pl w zakładce EBOLA. Przesyłkę z materiałem kierować na adres: Zakład Wirusologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH, ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa, z dopiskiem „Badanie EBOV” lub „Badanie Ebola”.

Informację opracował zespół ekspertów składający się z pracowników NIZP - PZH i GIS pod kierownictwem prof. dr hab. Mirosława J. Wysockiego, Dyrektora NIZP-PZH przy udziale Konsultantów Krajowych: Prof. dr hab.

Andrzeja Horbana (choroby zakaźne) i Dr Iwony Paradowskiej - Stankiewicz (epidemiologia).

Wersja z dnia 29.08.2014 r.

„Wycieczka do Budapesztu”

Więcej informacji na stronie
www.oipip.czyst.pl

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	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

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



*„Jak trudno żegnać na zawsze Kogoś,
kto jeszcze mógł być z nami.”*

Z głębokim żalem żegnamy
Naszego Kolegę

Michała Mrocza

który odszedł od Nas nagle,
pograżając Nas w głębokim żalu i smutku.
Był Pielęgniarem wielkiego serca, miłym,
taktownym,
zawsze niosącym pomoc i wsparcie pacjentom.
Był wspaniałym Kolegą, lubianym przez
współpracowników.
Przez całą swoją karierę zawodową
stałe podnosił kwalifikacje.
Zawsze wyróżniał go wysoki profesjonalizm,
był bardzo sumienny, odpowiedzialny
i pracowity.
Dziękujemy Ci Michałku za wieloletnią
współpracę i zaangażowanie,
za życzliwość, cierpliwość i wyrozumiałość.
Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach
i w naszych myślach.

Rodzinie Michała składamy wyrazy głębokiego
współczucia
Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

POLECAMY CIĘ BOŻEJ OPIECE



*„Gdyby miłość mogła uzdrowić,
A tży wskrzeszać byłbyś z nami.”*

Z przykrością zawiadamiamy, iż w dniu
28 grudnia 2014 roku odszedł Nasz Kolega

Michał Mroczek

Pielęgniarz i wieloletni pracownik
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego
w Częstochowie.
Wyrazy współczucia Rodzinie zmarłego
Składają
Dyrekcja, Pielęgniarki i Położne
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego
w Częstochowie.

„Człowiek tak długo żyje, dopóki żyje w naszej pamięci.”

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci Naszego Kolegi Pielęgniarza

Michała Mrocza

Michał całe swoje zawodowe życie związał z ochroną
zdrowia i Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim.

Pracę zawodową rozpoczął cztery lata temu
w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym Zespołu
Szpitali Miejskich w Częstochowie.

Pracował także w Wojewódzkim Szpitalu
Specjalistycznym oraz w Szpitalu w Blachowni.

Był nauczycielem akademickim w Akademii
Polonijnej w Częstochowie, a także wykładowcą
W „Dobrych Szkołach” w Częstochowie. Brał czynny
udział w wielu konkursach, w tym także
w wojewódzkim etapie Konkursu Pielęgniarka Roku.

Odszedł od nas Michał - profesjonalista zawodu
pielęgniarskiego, oddany pacjentom oraz nauce-
technik farmacji, magister pielęgniarstwa, po kursie
kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa
ratunkowego. W 2013 r. rozpoczął studia doktoranckie
na Społecznej Akademii Nauk oraz studia
podyplomowe w Instytucie Żywności i Żywnienia
w Warszawie.

Michał był członkiem Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiego
oraz delegatem na XVI Krajowy Zjazd PTP na lata
2013r. – 2017r.

*Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
rodzinie zmarłego
Składa*

*Przewodnicząca Koła Terenowego Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarskiego
w Częstochowie.*



*„Ci którzy nas puścili, nie odeszli i są nadal za nami,
są wciąż obecni, choć niewidzialni.”*

Koleżance

Dorocie Orman

wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Taty

Składają

Pielęgniarki i Położne z Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach.”*

Koleżance

Annie Cocek

wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Siostry

składają Pielęgniarki i Położne
z SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespólnego
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



*„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięć się im płaci”*

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci Naszej Koleżanki

Pielęgniarki

Bogusławy Kozłowskiej

Urodziła się 30.12.1942 roku,
zmarła 19 grudnia 2014 roku

Ukończyła Liceum Ogólnokształcące
w Radomsku następnie podjęła naukę w 2- letniej
Państwowej Szkole Pielęgniarstwa w Łodzi, którą
ukończyła w 1960 roku.

W latach 1970 - 1989 roku była pracownikiem
Szpitala Miejskiego im. dr. L. Rydygiera
w Częstochowie (Pielęgniarka Oddziałowa).

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
rodzinie zmarłej

Składają

Pielęgniarki i Położne
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespólnego
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

*„Ci, których kochamy nie umierają nigdy,
bo miłość to nieśmiertelność.”*

Koledze

Tomaszowi Czech

wyrazy głębokiego współczucia z powodu
śmierci

Siostry

składają Pracownicy Stacji Pogotowia
Ratunkowego w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i
Położnych w Częstochowie.



„Tylko życie poświęcone innym warte jest przeżycia.”

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o
śmierci Naszej Koleżanki

Pielęgniarki

Janiny Chrząstek

Pani Janina Chrząstek całe swoje zawodowe
życie związała ze służbą zdrowia i Polskim
Towarzystwem Pielęgniarskim.
Od 1963 r. była jego członkiem , w 1981 r. była
odznaczona za wzorową pracę w ochronie
zdrowia .Od 1983 r. pełniła funkcje
Przewodniczącej Koła Terenowego w
Częstochowie.

Uchwałą Zjazdu Plenarnego w 1999 r.
wyróżniona wpisem do Księgi Pielęgniarek
Zasłużonych dla rozwoju Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiego na Śląsku i Zagłębiu .Była
mocno zaangażowana również w organizację
Konkursu dla Pielęgniarek „Złotego Czepka”

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
rodzinie zmarłej
Składają

Przewodnicząca Koła Terenowego Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarskiego
w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego

„Opieka pielęgniarstwa nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów”

Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
dnia 13 października 2014 roku.



KONFERENCJA I JURAJSKIE SPOTKANIA ONKOLOGICZNE „RAK ŻOŁĄDKA - PROBLEMY W DIAGNOSTYCE I LECZENIU”.
Częstochowa, dnia 7 listopada 2014 roku.



Uroczyste otwarcie nowo wyremontowanego Oddziału Pediatrycznego Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie 14 października 2014 roku.

