

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

9-10/2019



15 września
Światowy Dzień
Wiedzy
o Chłoniakach

**Opinie
konsultantów**

4

**Hipokrates
Województwa Łódzkiego
2019**

8

**XV edycja
Konkursu
Pielęgniarka/
Pielęgniarz Roku**

9

**Sprawozdanie
z XI Zjazdu PTPAiO**

16

Statuetka „Cierpiącym przywrócić nadzieję” dla pielęgniarki Wacławy Kamińskiej



Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych za długoletnią pracę na rzecz pielęgniarstwa, przyznała pielęgniarce Wacławie Kamińskiej najwyższe wyróżnienie samorządu pielęgniarek i położnych – statuetkę „Cierpiącym przywrócić nadzieję”.

Wacława Kamińska jest pielęgniarką z Piotrkowa Trybunalskiego odznaczoną Medalem Florence Nightingale w 1993r. Wieloletnią pracą i społecznym działaniem zapisała znaczący rozdział w historii polskiego pielęgniarstwa. W czasie wojny prowadziła działalność konspiracyjną w SZP-ZWZ-AK. Pod pseudonimem „Wacia”, „Wacik” odszukiwała oficerów i żołnierzy w celu odtworzenia pułku do dalszej walki z okupantem. Ukrywała broń na Starym Cmentarzu, przynosiła meldunki i biuletyn informacyjny do konspiracyjnych placówek w okolicznych miejscowościach. Równocześnie została włączona w szeregi Polskiego Czerwonego Krzyża i pracowała w Ambulatorium PCK. Organizowała Olimpiady Pielęgniarskie i konkurs Złoty Czepek na terenie województwa piotrkowskiego. Była organizatorką Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego na Ziemi Piotrkowskiej w 1957 r. Pełniła funkcje przewodniczącej Oddziału, członka ZG PTP oraz delegatki na Krajowe Zjazdy. Dzięki Pani Wacławie zrodziło się wiele inicjatyw społecznych w środowisku pielęgniarskim. Swoją pełną pasją postawą i osiągnięciami wskazała kierunek kilku pokoleniom pielęgniarek.

Statuetkę Pani Wacławie Kamińskiej, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wręczyły: wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi Joanna Gąsiorowska, sekretarz ORPiP Maria Kowalczyk oraz pielęgniarki z Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego w Piotrkowie Trybunalskim: Naczelna Pielęgniarka Beata Rzeźnicka i Magdalena Dworzyńska. Pani Wacławie serdecznie gratulujemy.

Działalność i życiorys Pani Wacławy Kamińskiej opublikujemy w następnym numerze biuletynu.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Agnieszka Kałużna

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi
Maria Kowalczyk

Skarbnik ORPiP w Łodzi
Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Małgorzata Pniak
dyżuruje w 11 i 1V wtorek miesiąca
w godz. 13.00–15.00
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Edyta Ziemkiewicz
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Joanna Gąsiorowska
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl
– **przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym**

Konto bieżące OIPIP

Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, 11 Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 639 92 62

Biblioteka OIPIP

poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
wtorek: 10.00–18.00

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

poniedziałek: nieczynna
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;
piątek: nieczynna
tel. 42 639 92 76

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

PODZIĘKOWANIA 11

TEMAT MIESIĄCA 12

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 16

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 21

POŻEGNANIA 24

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska
Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 12, 22
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych
materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów
niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

XXV posiedzenie ORPiP 5–7 września 2019 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 64 pielęgniarkom i 9 pielęgniarkom.
 - ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 20 położnym.
 - ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 1 pielęgniarkę.
 - ▶ Wpisano położną do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.
 - ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 2 pielęgniarki.
 - ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 2 położne.
 - ▶ Wymieniono na nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
 - ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
 - ▶ Odmówiono wydania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 2 pielęgniarkom.
 - ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek i 5 praktyk pielęgniarki.
 - ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarek poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
 - ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę.
 - ▶ Dokonano wpisu i wpisu zmiany danych dla 3 kursów kwalifikacyjnych w rejestrze organizatorów kształcenia ORPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskami 2 organizatorów kształcenia.
 - ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w:
 - konferencjach – 3 osobom.
- Odmówiono 3 osobom przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – udział w szkoleniach specjalizacyjnych realizowanych przez innych organizatorów kształcenia niż ORPiP w Łodzi nie jest dofinansowany z budżetu ORPiP w Łodzi. Utrzymano w mocy decyzję o odmowie przyznania dofinansowania 3 osobom, ze względów regulaminowych.

- ▶ Podjęto decyzje dotyczące składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi:
 - zwrot nadpłaty składek członkowskich – 1 osobie.
 - rozłożenie na raty spłatę zaległych składek członkowskich – 2 osobom.
- ▶ Podjęto uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków – wybory delegatów na OZPiP na VIII kadencję (uchwały opublikowane w Biuletynie nr 7–8 i stronie internetowej ORPiP).
- ▶ Zatwierdzono:
 - przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych 1 kursu kwalifikacyjnego organizowanego przez ORPiP w Łodzi;
 - kadre dydaktyczną dla 3 szkoleń specjalizacyjnych, organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi;
 - zakup, dostawę i montaż klimatyzacji do czterech sal wykładowych ORPiP;
 - wykonanie chodnika wzdłuż budynku i wejścia do siedziby ORPiP;
 - zakup 4 głośników do sal wykładowych, urządzenia wielofunkcyjnego, monitora do komputera.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych – 2 kursów specjalistycznych i 1 kurs kwalifikacyjny u 1 organizatora kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 4 pielęgniarek oddziałowych.

XLIX posiedzenie Prezydium ORPiP 30 września 2019 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 20 pielęgniarkom i 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wymieniono na nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 5 położnym.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 7 pielęgniarek i 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki i 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek, 2 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 praktyki położnej poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.

- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 3 pielęgniarki i 1 pielęgniarkę;
 - wydano zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano wpisu 2 kursów specjalistycznych w rejestrze organizatorów kształcenia ORPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskami 1 organizatora kształcenia.
- ▶ Przyznano 3 zapomogi w wysokości po 2500 zł.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 6 szkoleń specjalizacyjnych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 7 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi;
 - przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych – 6 szkoleń specjalizacyjnych, 4 kursów specjalistycznych i 1 kursu kwalifikacyjnego organizowanych przez ORPiP w zakładach i w Łodzi;
 - honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie ORPiP nr 7–8/2019;
 - sfinansowanie uzupełnienia wyposażenia dodatkowych pomieszczeń w budynku ORPiP Łodzi;
 - zakup rolet do dodatkowych pomieszczeń w budynku ORPiP w Łodzi;
 - zmianę uchwały w sprawie zakupu systemu monitorującego w budynku ORPiP w Łodzi;
 - zakup roll-up z logo ORPiP w Łodzi;

- zakup 260 egz. książki dla członków ORPiP w Łodzi;
- zgodę na publikację zdjęcia obrazu położnej – sługi bożej Stanisławy Leszczyńskiej.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych – 5 kursów specjalistycznych u 1 organizatora kształcenia podyplomowego.

L posiedzenie Prezydium ORPiP 14 października 2019 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wymieniono na nowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki i 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę

oprac. mgr Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPiP

Stanowisko Nr 30 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 22 października 2019 roku

w sprawie wyrażenia sprzeciwu w związku z zamieszczeniem na facebooku Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP, artykułu sugerującego stosowanie na oddziałach intensywnej terapii nieuzasadnionych medycznie procedur i leków

W związku z zamieszczeniem na facebooku Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP, artykułu sugerującego stosowanie na oddziałach intensywnej terapii nieuzasadnionych medycznie procedur i leków, Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uznaje powyższą publikację za szkodliwą i wysoce naganną zarówno dla pacjentów oraz ich rodzin, jak również podważającą zaufanie i etyczną postawę pielęgniarek i lekarzy realizujących świadczenia zdrowotne w tym zakresie. Zadaniem zawodów medycznych jest niesienie pomocy pacjentom w zdrowiu i chorobie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną i kodeks etyki zawodowej. Sugerowanie, że przy okazji wykonywanych świadczeń medycznych dochodzi do celowego doprowadzania do śmierci pacjentów zasługuje na zdecydowaną dezaprobatę. Wysuwanie takich sugestii w stosunku do terapii pacjentów będących w stanie zagrożenia życia i ocierających się o śmierć uważamy za szczególnie naganne.

Prezydium NRPiP apeluje o zaprzestanie takich praktyk w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i szacunek ich bliskich oraz w celu poszanowania ciężkiej pracy pielęgniarek anestezjologicznych i lekarzy anestezjologów, którzy koordynują terapię i opiekę nad chorymi oraz wspierają psychicznie ich rodziny przez okres leczenia w oddziałach intensywnej terapii.

Prezes NRPiP – Zofia Małas

Sekretarz NRPiP – Joanna Walewander

**Konsultant wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
województwa dolnośląskiego
mgr Dorota Milecka**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. M. Radeckiego
50-556 Wrocław, ul. Borowska 213
e-mail: milecka@poczta.fm

**Konsultant krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18A;
tel. 89 539 34 55; e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

**Konsultant krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
mgr Beata Ostrzycka**

Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dywitach
11-001 Dywity, ul. Jeżynowa 16, e-mail: bostrzycka@wp.pl. tel. 89 5120 122, 605 099 120

Opinia zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie uzyskiwania zgody przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną na udzielanie świadczeń w środowisku nauczania i wychowania z dnia 16 września 2019 roku

W związku z licznymi zapytaniami i wątpliwościami dotyczącymi uzyskiwania zgody przez pielęgniarki i higienistki szkolne na udzielanie świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz wejściem w życie ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 roku o opiece zdrowotnej nad uczniami, przedstawiamy poniższą opinię:

Rodzice lub pełnoletni uczniowie mają prawo wyrażenia sprzeciwu do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, sprawowanej przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną. Sprzeciw (a nie zgoda) musi być złożony pisemnie do świadczeniodawcy – czyli pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Rodzice, na pierwszym zebraniu rodziców w danym roku szkolnym oraz pełnoletni uczniowie na pierwszych zajęciach z wychowawcą, powinni zostać zapoznani z zakresem profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu złożonego pisemnie. Informację tę należy umieścić ponadto w miejscu ogólnie dostępnym w szkole.

Należy omówić zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, korzyści dla ucznia płynące z opieki profilaktycznej i straty dla dziecka w przypadku braku tej opieki.

Zakres profilaktyki obejmującej prawo do sprzeciwu to:

1. Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych odpowiednio do wieku/etapu edukacji – należy omówić jakie testy do wykrywania jakich zaburzeń w danej klasie będzie realizowała pielęgniarka spośród testów do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego, układu ruchu, wzroku (ostrości, widzenia barwnego i zez), zaburzeń słuchu, ciśnienia tętniczego, zaburzeń statyki ciała i wad wymowy.

2. Kierowanie postępowaniem poprzemieszowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatkimi wynikami testów przesiewowych.

3. Czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi.

4. Edukacja indywidualna w zakresie zdrowia jamy ustnej.

5. Prowadzenie profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi.

Z inną formą wyrażania zgody mamy do czynienia w przypadku sprawowania opieki przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną, nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. W tym przypadku wymagana jest pisemna zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów przed objęciem uczenia opieką, czyli na początku roku szkolnego. Zakres tej opieki to sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarstkich oraz wyłącznie na zlecenie lekarza i w porozumieniu z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole. Na ten zakres wymagana jest zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów.

Również zgoda rodziców lub pełnoletnich uczniów wymagana jest na opiekę stomatologiczną, wyrażona pisemnie po uzyskaniu informacji i przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego – stomatologicznego.

Innymi świadczeniami pielęgniarki lub higienistki szkolnej w środowisku nauczania i wychowania, do których nie ma zastosowania sprzeciw na udzielanie profilaktycznej opieki, jak również wyrażona zgoda na opiekę nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, są: udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc, doradztwo dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole, udział w planowaniu, realizacji i ocenie programów edukacji zdrowotnej.

Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej produktów leczniczych o nazwie Olfen 75 mg – roztwór do wstrzykiwań oraz Dicloratio 75 mg roztwór do wstrzykiwań w warunkach domowych, gabinecie pielęgniarki POZ oraz gabinecie zabiegowym lekarza POZ

Mając na uwadze zgłaszane problemy przez świadczeniodawców realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku Dz.U. 2016 poz. 86) przedstawiam przedmiotową opinię:

Wszystkie preparaty lecznicze zarejestrowane w Rzeczypospolitej Polskiej powinny być podawane z bezwzględny ostrzeżeniem zaleceń producenta produktu leczniczego.

Preparat o nazwie Olfen 75 mg zawiera informacje w charakterystyce produktu leczniczego, takie jak: „ze względu na możliwość wystąpienia reakcji anafilaktycznej, również wstrząsu, pacjenci muszą być pod obserwacją przez co najmniej godzinę po wstrzyknięciu domięśniowym produktu Olfen 75 mg, w pobliżu działającej aparatury ratowniczej, preparat o nazwie Dicloratio 75 mg zawiera opis „w związku z możliwością wystąpienia reakcji anafilaktycznej, w tym wstrząsu anafilaktycznego, musi być dostępny prawidłowo funkcjonujący sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach. Pacjenta należy obserwować, co najmniej 1 godzinę po wstrzyknięciu produktu leczniczego.

Wobec powyższego zapisu pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, realizująca świadczenia w zakresie pielęgniarstwa POZ – nie zapewnia w gabinecie pielęgniarki POZ aparatury ratowniczej, gdyż nie wynika to z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki POZ oraz warunki realizacji. Jednocześnie w warunkach domowych również nie zapewnia w neseserze pielęgniarki aparatury ratowniczej.

Dlatego też pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki POZ oraz w warunkach domowych

nie może realizować świadczenia, jakim jest podawanie drogą domięśniową preparatów Olfen 75 mg i Dicloratio 75 mg.

Jednocześnie zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, załącznik nr 1 – wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji wskazują na obowiązek posiadania sprzętu i aparatury niezbędnej do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej w sytuacji zagrożenia życia i stanowią niezbędną część wyposażenia gabinetu zabiegowego.

Dlatego też w przypadku, gdy gabinet pielęgniarki POZ jest jednocześnie gabinetem zabiegowym lekarza POZ, lub oba te świadczenia są realizowane pod jednym adresem nie ma podstaw do odmowy wykonania świadczenia, jakim jest iniekcja domięśniowa preparatu Olfen 75 mg oraz Dicloratio 75 mg.

Ponadto pielęgniarka może odmówić udzielenia świadczenia na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2014, poz. 1435). Ustawa określa zasady i prawo odmowy do wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadkach określonych przedmiotową ustawą. Wykonanie świadczenia zleconego przez lekarza, które jest niezgodne z zaleceniami producenta może być podstawą do odmowy wykonania tego zlecenia.

Lekarze ubezpieczenia zdrowotnego wydając skierowanie na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ powinni zapoznać się z zaleceniami producenta i zgodne z nimi wydać skierowanie do pielęgniarki POZ uwzględniając jednocześnie zapisy obowiązujących rozporządzeń.

FLU FORUM 2019

DOROCZNA DEBATA EKSPERTÓW

Rekomendacje polskich ekspertów dotyczące profilaktyki grypy w sezonie epidemicznym 2019/2020

List Otwarty Ekspertów

Szanowni Państwo,

Profilaktyka grypy to nadal wielkie wyzwanie, gdyż choroba ta często jest lekceważona, a co roku dotyka wielu osób. Liczba zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę w sezonie grypowym 2018/2019 wyniosła ponad 4,6 mln osób, z których 17,5 tysiąca wymagało hospitalizacji. Co więcej, zanotowano aż 150 zgonów, czyli 3-krotnie więcej niż w sezonie 2017/2018.*

Celem Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy jest budowanie świadomości na temat korzyści wynikających z profilaktyki grypy, a co za tym idzie, także podnoszenie wyszczepialności. Aby cel ten mógł zostać zrealizowany, istotne jest zaangażowanie i wspólny, jednoznaczny głos wszystkich, którzy mają wpływ na jej kształtowanie. Mowa tu o instytucjach zdrowia publicznego, autorytetach medycznych, władzach samorządowych, organizacjach pacjentów i pracodawcach, ale przede wszystkim lekarzach i innych pracownikach ochrony zdrowia.

Wskaźnik wyszczepialności w Polsce od kilku lat utrzymuje się na stałym niskim poziomie. Jednakże dzięki naszym wspólnym działaniom w ostatnim sezonie udało go zwiększyć do 3,9% populacji.

W ramach tegorocznych działań chcemy zwracać uwagę na maksymalne wykorzystanie sezonu szczepień i ułatwienie dostępu do nich, zwłaszcza grupom pacjentów, którym grożą najcięższe powikłania pogrypowe. Pragniemy, aby powyższe statystyki zmieniały się na korzyść i aby pacjenci nie umierali z powodu grypy, której można skutecznie zapobiegać poprzez szczepienia.

W związku z tym działania naszej społecznej kampanii skupiamy na następujących obszarach:

- Edukacja środowiska lekarskiego, farmaceutów i pacjentów na temat potrzeby korzystania ze szczepień przeciw grypie do końca sezonu szczepień, tj. do końca grudnia, tak aby zdążyć przed szczytem zachorowań na grypę, który występuje między styczniem a marcem.
- Pozyskiwanie finansowania szczepień dla osób starszych poprzez dalsze wspieranie refundacji dla osób 65+, jak również wprowadzenia szczepionki przeciw grypie na listę bezpłatnych leków dla pacjentów 75+.
- Szczepienie kobiet w ciąży przeciw grypie – edukacja środowiska lekarskiego, a także prace na rzecz wpisania szczepionki przeciw grypie na listę leków bezpłatnych dla tej grupy pacjentek.
- Rozszerzenie refundacji o kolejną grupę ryzyka powikłań pogrypowych – dzieci do 5. roku życia, wśród których wyszczepialność jest bardzo niska w naszym kraju.

Nasze rekomendacje są zgodne z zaleceniami wielu instytucji zdrowia publicznego w Europie i na całym świecie (m.in. WHO, CDC, ECDC, PAHO).

Zapraszamy do zapoznania się z opracowaniem najnowszych danych epidemiologicznych oraz aktualnych polskich rekomendacji w zakresie profilaktyki grypy.

Tylko wspólne zaangażowanie pomoże nam w konsekwentnym zmienianiu oblicza profilaktyki grypy w Polsce oraz ograniczaniu jego medycznych, społecznych i ekonomicznych skutków.

*Meldunki epidemiologiczne NIZP-PZH, dostępne na www.pzh.gov.pl

Wskazania do szczepień przeciw grypie

W Polsce Główny Inspektor Sanitarny od wielu lat rekomenduje szczepienie przeciw grypie w ramach realizacji Polskiego Programu Szczepień Ochronnych. W roku 2014 te rekomendacje zostały znacząco poszerzone. Główny Inspektor Sanitarny, podobnie jak Advisory Committee on Immunization Practice, zaleca szczepienie przeciw grypie wszystkim osobom powyżej 6 miesiąca życia.

Również inne instytucje zdrowia publicznego i towarzystwa naukowe, takie jak: Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy w NIZP-PZH, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wskazują pacjentów chorych przewlekłe, jako grupy szczególnie rekomendowane do corocznych szczepień przeciw grypie.

Nowe polskie rekomendacje na rok 2019 Komunikat GIS z dnia 25.10.2018 (www.gis.gov.pl)

Szczepienie przeciw grypie zalecane jest:

a) w związku z przesłankami klinicznymi:

- 1) osobom po transplantacji narządów;
- 2) przewlekłe chorym dzieciom (od ukończenia 6 miesiąca życia) i dorosłym, szczególnie chorującym na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową (zwłaszcza po przebytym zawale serca), niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne, w tym cukrzycę, choroby neurologiczne i neurorozwojowe;
- 3) osobom w stanach obniżonej odporności (w tym pacjentom po przeszczepie tkanek) i chorym na nowotwory układu krwiotwórczego;
- 4) dzieciom z grup ryzyka od ukończenia 6 miesiąca życia do ukończenia 18 roku życia, szczególnie zakażonym wirusem HIV, ze schorzeniami immunologiczno-hematologicznymi, w tym małopłytkowością idiopatyczną, ostrą białaczką, chłoniakiem, sferocytozą wrodzoną, asplenią wrodzoną, dysfunkcją śledziony, po splenektomii, z pierwotnymi niedoborami odporności, po leczeniu immunosupresyjnym, po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych, leczonych przewlekłe salicylanami;
- 5) dzieciom z wadami wrodzonymi serca zwłaszcza sinicznymi, z niewydolnością serca, z nadciśnieniem płucnym;
- 6) kobietom w ciąży lub planującym ciążę.

b) w związku z przesłankami epidemiologicznymi – wszystkim osobom od ukończenia 6 miesiąca życia do stosowania zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, w szczególności:

- 1) zdrowym dzieciom w wieku od ukończenia 6 miesiąca życia do ukończenia 18 roku życia (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku od ukończenia 6 do ukończenia 60 miesiąca życia);
- 2) osobom w wieku powyżej 55 lat;
- 3) osobom mającym bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku do ukończenia 6 miesiąca życia oraz z osobami w wieku podeszłym lub przewlekłe chorymi (w ramach realizacji strategii kokonowej szczepień);
- 4) pracownikom ochrony zdrowia (personel medyczny, niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz personel administracyjny), szkół, handlu, transportu, funkcjonariuszom publicznym w szczególności: policja, wojsko, straż graniczna, straż pożarna;
- 5) pensjonariuszom domów spokojnej starości, domów pomocy społecznej oraz innych placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku, w szczególności przebywającym w zakładach opiekuńczo-leczniczych, placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, podmiotach świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej, hospicyjnej, długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrawiskowego.

Przeciwwskazania do szczepień przeciw grypie

Przeciwwskazania do szczepień przeciw grypie:

- anafilaktyczna nadwrażliwość na białko jaja kurzego lub antybiotyki używane w procesie produkcji lub inne składniki szczepionki,*
- ostre choroby gorączkowe,
- ostre choroby o umiarkowanym lub ciężkim przebiegu, bez względu na to, czy towarzyszy im gorączka, czy też nie,
- zespół Guillain-Barré stwierdzony w okresie 6 tygodni po poprzednim szczepieniu przeciw grypie.**

* osoby takie, jeśli znajdują się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych, mogą odnieść korzyść ze szczepienia przeciwko grypie po dokonaniu oceny stopnia nadwrażliwości na składniki szczepionki i odpowiednim odczuleniu.

** osoby takie, jeśli znajdują się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań pogrypowych, mogą odnieść korzyść ze szczepienia przeciwko grypie

Hipokrates Województwa Łódzkiego 2019

Jak co roku również w tym roku zorganizowano plebiscyt „Hipokrates Województwa Łódzkiego 2019”. Organizatorem Plebiscytu jest Polska Press sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, a lokalnie konkurs zorganizował Oddział w Łodzi na łamach „Dziennika Łódzkiego” i „Expressu Ilustrowanego”, również na stronie serwisu www.dzienniklodzki.pl i www.expressilustrowany.pl. Plebiscyt prowadzony był w Łodzi i poszczególnych miastach i powiatach ziemi łódzkiej, w kategoriach: Lekarz Rodzinny Roku, Pediatra Roku, Stomatolog Roku, Pielęgniarka Roku, Położna Roku, Przychodnia/Gabinet Roku, Ginekolog Roku, Chirurg Roku, Ortopeda Roku, Kardiolog Roku, Ratownik Medyczny Roku, Farmaceuta Roku/Technik Farmaceutyczny Roku, Fizjoterapeuta Roku, Szpital Roku. Plebiscyt Hipokrates polega na wyłonieniu najlepszych medyków i placówek medycznych przez głosowanie pacjentów i czytelników ww. czasopism. W tej edycji patronat honorowy objął Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi prof. dr hab. n. med. Radzisław Kordek oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

W plebiscycie wzięło udział około 3700 kandydatów z całego województwa, który odbywał się w dwóch etapach – najpierw wybierano najlepszych medyków w poszczególnych powiatach, a następnie laureaci brali udział w finale wojewódzkim.

Uroczysta gala odbyła się w siedzibie łódzkiej strefy ekonomicznej 16 września 2019 r., gdzie laureaci otrzymali okolicznościowe dyplomy a zwycięzcy z etapu finałowego statuetki. Poniżej prezentujemy pielęgniarki i położne – laureatki etapu wojewódzkiego.

Pielęgniarka Roku

1 miejsce – **Beata Prorok**. Pielęgniarka pracująca w zawodzie od 1996 r., specjalista z opieki paliatywnej, obecnie w Hospicjum dla dzieci „Fundacji Gajusz” w Łodzi.

2 miejsce – **Maria Krawczyk**. Pielęgniarka z ponad 40-letnim stażem pracy, specjalista opieki długoterminowej pracująca na co dzień w Tuszynie, oferując usługi pielęgniarstwa w środowisku domowym pacjenta.

3 miejsce – **Magdalena Kaczorowska**. Pielęgniarka z powiatu kutnowskiego, pracująca w tamtejszym szpitalu samorządowym jako pielęgniarka oddziałowa na oddziale OTOM. Ponadto pracuje również jako wolontariusz w hospicjum w Kutnie.

Położna Roku

1 miejsce – **Urszula Kopańska**. Położna oddziałowa Oddziału Położniczo-Ginekologicznego w Powiatowym Centrum Matki i Dziecka przy ul. Roosevelta w Piotrkowie Trybunalskim, ponadto prowadzi również szkołę rodzenia działającą przy szpitalu.

2 miejsce – **Dorota Raczyńska**. Jako położna pracuje prawie 30 lat i cała jej kariera zawodowa związana jest z jednym szpitalem – Szpitalem Powiatowym w Opocznie na bloku porodowym i oddziale położniczym.

3 miejsce – **Anna Jakubczyk**. Położna z Radomska pracująca w tamtejszym Szpitalu Powiatowym na oddziale położniczym.

Wszystkim laureatkom gratulujemy zaszczytnych tytułów.

(J.G.)

Laureaci pierwszych miejsc we wszystkich kategoriach – siedzą. Pierwsza z lewej Beata Prorok – Pielęgniarka Roku. Pierwsza z prawej Urszula Kopańska – Położna Roku



XV edycja Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

Temat przewodni:
Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarstwa

Komunikat I, 10 października 2019 r.

Zapraszamy wszystkie zespoły pielęgniarstwa, które wdrożyły w 2019 r. innowacyjne zmiany w praktyce lub organizacji świadczeń zdrowotnych mające na celu poprawę jakości opieki pielęgniarstwa do podzielenia się swoimi sukcesami i przystąpienia do Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku 2019.

Konkurs Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku organizowany jest przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarstwa od 2005 r. W 2018 r. w odpowiedzi na zmieniającą się sytuację w ochronie zdrowia, nowe wyzwania, a zarazem nowe możliwości dotyczące pielęgniarstwa i położnych, decyzją Zarządu Głównego PTP wprowadzono zmianę w formule Konkursu. Zdecydowano o odejściu od oceny kandydatów indywidualnych, na rzecz wprowadzenia oceny osiągnięć zespołów pielęgniarstwa mających bezpośredni wpływ na jakość procesu leczenia i opieki, bądź sytuację zdrowotną podopiecznych. Patronat nad konkursem Pielęgniarka Roku obejmuje corocznie Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także nasi kluczowi partnerzy w dziedzinie ochrony zdrowia.

Nowa formuła konkursu, ukierunkowana jest na promowanie innowacyjności oraz wdrażania zmian w pielęgniarstwie, pracy zespołowej oraz zaangażowania zespołów pielęgniarstwa w działania na rzecz poprawy jakości opieki i leczenia oraz wdrażania zmian mających na celu dobro odbiorcy naszych usług czyli pacjenta, jednostki i społeczeństwa. Innowacyjne rozwiązania to takie, które dotychczas nie funkcjonowały w danej jednostce i zostały wdrożone dzięki pomysłom, inicjatywie i zaangażowaniu zespołu pielęgniarstwa. Rozwiązania te powinny cechować się oryginalnością oraz oparciem wdrożonych rozwiązań na dowodach naukowych, a zespoły aplikujące powinny posiadać pełne prawa autorskie do koncepcji i wdrożonych rozwiązań. Wskazywane w konkursie efektywniejsze od dotychczasowych rozwiązań innowacje powinny być zweryfikowane poprzez metody badawcze lub analityczne.

Podstawowym celem konkursu jest wyłonienie wdrożonych w 2019 r. innowacji w obszarze praktyki pielęgniarstwa lub organizacji pracy zespołów pielęgniarstwa służących poprawie jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjenta i mających wpływ na sytuację zdrowotną pacjenta lub określonej populacji odbiorców świadczeń zdrowotnych.

Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarstwa i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.

Formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie: <https://www.ptp.net.pl>, <http://www.ptp.na1.pl/>

Regulamin Ogólny Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

- Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów medycznych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.
- W ramach Konkursu mogą być zgłoszone przedsięwzięcia, których realizacja przebiegała w 2019 roku i zostały w swoim podstawowym zakresie wdrożone, z możliwością kontynuowania wybranych elementów działań w kolejnych latach.
- Zgłoszenia mogą być przesłane przez zespoły pielęgniarskie (min. 2 osoby), które uzyskały pozytywną rekomendację kierownika podmiotu leczniczego, w którym wdrożono innowację lub osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu gospodarczego w przypadku spółek cywilnych.
- Zespoły aplikujące składają wnioski na Formularzach określonych przez Organizatora Konkursu, w terminach zgodnych z Harmonogramem, w formie elektronicznej na adres ZGPTP z dopiskiem Konkurs PR 2019.
- Ocena aplikacji obejmuje następujące etapy:
 - ocena formalna – Biuro PTP;
 - ocena merytoryczna:
 - etap wojewódzki - wizytacja projektu i ocena z udziałem Zarządu Oddziału PTP
 - etap krajowy - ocena korespondencyjna członków Kapituły Konkursu
- Finał Krajowy Konkursu – Prezentacja Projektów i wyłonienie Laureatów przez członków Kapituły Konkursu PR.
- Wszystkie projekty są oceniane według jednolitych kryteriów stanowiących integralną część Regulaminu Konkursu.
- Członkowie Kapituły mający jakiegokolwiek zaleźności lub uwarunkowania ograniczające zachowanie bezstronności nie mogą brać udziału w ocenie danego projektu.
- Biuro ZG PTP oraz przedstawiciele władz oddziałów PTP mogą udzielać informacji, promować i wspierać zainteresowane zespoły w przygotowaniu aplikacji do dnia zakończenia przyjmowania zgłoszeń.
- Wyniki kolejnych etapów Konkursu będą komunikowane do zainteresowanych drogą elektroniczną.
- Laureaci Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku „Innowacje Roku 2019” zostaną uhonorowani Tytułem Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku 2019 oraz nagrodami zespołowymi.

Kryteria Ogólne oceny Projektóww Konkursie Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku „Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

Projekty będą oceniane przez członków Kapituły Konkursu PR według następujących kryteriów:

Rodzaj kryterium	Waga punktowa max ilość pkt
Nowatorstwo projektu w odniesieniu do funkcjonujących rozwiązań w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie	20 pkt*
Oparcie projektu na dowodach naukowych	15 pkt*
Znaczenie projektu dla odbiorców opieki pielęgniarskiej	25 pkt*
Zaangażowanie w projekt partnerów zewnętrznych	10 pkt*
Organizacja procesu wdrożenia	10 pkt*
Autorstwo i kierowanie projektem przez pielęgniarkę lidera zespołu	15 pkt*
Stan zaawansowania projektu/ewaluacja	5 pkt*

* poszczególne kryteria główne zostaną uszczegółowione w materiałach informacyjnych Konkursu

Kapituła Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

„Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej”

Mając na celu zagwarantowanie jak najwyższego poziomu etycznego oraz merytorycznego na wszystkich etapach Konkursu oraz zapewnienie obiektywnych warunków oceny aplikacji projektowych, Zarząd Główny PTP powołuje Kapitułę Konkursu, w skład której zostaną zaproszone osoby mające status autorytetów zawodowych i reprezentujące następujące organizacje i instytucje, tj.:

- Przedstawiciele Zarządu Głównego PTP – 3 osoby
- Przedstawiciele NRPiP – 1 osoba
- Przedstawiciel MZ – 1 osoba
- Przedstawiciele stowarzyszeń pielęgniarskich – 2 osoby
- Przedstawiciel organizacji menadżerskich – 1 osoba
- Przedstawiciel OZZPiP – 1 osoba
- Przedstawiciel organizacji pacjentów – 1 osoba

Harmonogram Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej

- Komunikat I do 10 października 2019 r.
- Promocja Konkursu do 15 grudnia 2019 r.
- Przyjmowanie aplikacji do 15 stycznia 2020 r.
- Ocena formalna projektów na poziomie ZG PTP do 30 stycznia 2020 r.
- Ocena merytoryczna projektów do 29 lutego 2020 r.
- Prezentacja Projektów wyłonionych do Finału – marzec/kwiecień 2020 r.
- Uroczysta gala i wręczenie nagród

Na ręce pana doktora Marcina Kęsiaka, kierownika Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Norodorka w Szpitalu im. M. Madurowicza, składam podziękowania dla całego personelu: za opiekę, troskę i tak naprawdę uratowania życia mojej wnuczce Jagnie Kalinowskiej. Jagna urodziła się 24 maja 2019 r. w 26 tygodniu ciąży ważąc jedynie około 700 g. Dotychczas jeszcze jej nie widziałam i cały los był w Państwa rękach.

Sama jestem lekarzem psychiatrą i od blisko 40 lat pracuję jako ordynator w Szpitalu Psychiatrycznym w Gostyninie. Znam sytuację w służbie zdrowia, niedostatki kadrowe i finansowe, dlatego tym bardziej przepełnia mnie wdzięczność. O wysokich kompetencjach pracujących na Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka lekarzy, położnych, pielęgniarek świadczą fakty. Wiem od moich dzieci o wielkiej życzliwości, cierpliwości i wytrwałości personelu. Dotyczy to nie tylko maleńkich pacjentów, ale i ich bliskich. Przez blisko 4 miesiące otrzymywali Waszą uwagę, czas, wsparcie psychiczne i naukę. Odczuwam niepokój przed przyszłością i obawiam się jako babcia o dalsze losy Jagny, ale to co spotkało ją dotychczas od pracowników służby zdrowia daje nadzieję. Winston Groom napisał kiedyś, że „cuda zdarzają się codziennie”. Ostatnie miesiące, również dzięki Państwa talentowi i pracy, pozwalają mi łatwiej uwierzyć w słowa pisarza.

Z całego serca dziękuję lekarzowi prowadzącemu dr. Ewie Welfel, wszystkim lekarzom dyżurnym, konsultantom, pielęgniarkom, położnym, salowym. Życzę wielu sukcesów w pracy.

Anna Kalinowska

15 września

Światowy Dzień Wiedzy o Chłoniakach

(World Lymphoma Awareness Day)

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Rocznie w Polsce wykrywa się około 8 tys. przypadków zachorowań na chłoniaki (dane obejmują przewlekłą białaczkę limfocytową), czyli choroby nowotworowe wywodzące się z układu chłonnego. Szacuje się, że na świecie liczba chorych przekracza 1 mln, a 200 tysięcy umiera. Ryzyko zachorowania na chłoniaka wzrasta wraz z wiekiem i dotyczy najczęściej osób po 60 roku życia, może występować również w okresie wczesnodorosłym (20–35 lat). Chłoniaki zajmują trzecią pozycję pod względem najczęstszych nowotworów u dzieci w krajach zachodnich. Stanowią 10% wszystkich guzów litych w tej grupie wiekowej, a roczna zachorowalność to 11–20 na milion w populacji pediatrycznej. Zachorowalność na chłoniaki różni się w zależności od położenia geograficznego i jest większa w Afryce równikowej, gdzie 50% nowotworów u dzieci stanowią chłoniaki, co ma związek z bardzo dużym występowaniem chłoniaka Burkitta na tym obszarze. W nieendemicznych rejonach świata chłoniaki głowy i szyi u dzieci są relatywnie rzadkie, stanowiąc tylko 10% nowotworów wśród populacji pediatrycznej. W krajach rozwiniętych zachorowalność na nowotwory złośliwe wieku dziecięcego, w tym chłoniaki, wzrasta, jednocześnie ze zwiększającymi się wskaźnikami przeżycia dzięki efektywniejszej chemioterapii i rzadszemu stosowaniu radioterapii.

Symptomy towarzyszące chłoniakom, bardzo niespecyficzne, przypominają często objawy zwykłego przeziębienia, dlatego są lekceważone zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu oraz patologów oceniających materiał diagnostyczny. Choroba w większości przypadków jest wykrywana „przy okazji” i już w stadium zaawansowanym.

Światowy Dzień Wiedzy o Chłoniakach oraz towarzysząca mu kampania ma na celu zwiększenie świadomości na temat chłoniaków, zachęcenie pacjentów, opiekunów i pracowników ochrony zdrowia do zwrócenia uwagi na problemy ludzi dotkniętych chorobą oraz udzielenie im pomocy. Pomysł utworzenia Dnia Wiedzy o Chłoniaku (World Lymphoma Awareness Day) powstał w Lymphoma Coalition – między-



narodowej organizacji, która skupia organizacje pacjentów z całego świata. W Polsce w obchody od 2004 r. angażują się m.in. Stowarzyszenie Wspierające Chorych na Chłoniaki Sowie Oczy i Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Chłoniaki Przebiśnięg, które powstało przy Klinice Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Zrzesza ono osoby, które kierując się szlachetnymi pobudkami pragną pomagać chorym na chłoniaki. Celem Stowarzyszenia jest m.in.: niesienie pomocy chorym ze schorzeniami układu chłonnego i ich rodzinom oraz działanie na rzecz poprawy jakości ich życia, propagowanie wiedzy na temat chorób układu chłonnego i metod ich leczenia oraz szeroko pojętej problematyki onkologicznej, propagowanie profilaktyki chorób nowotworowych oraz działania na rzecz rehabilitacji zdrowotnej i społecznej chorych po leczeniu onkologicznym.

Posiadanie wiedzy na temat objawów chłoniaka jest bardzo ważne, zwiększa bowiem szanse na wczesne rozpoznanie choroby i rozpoczęcie skutecznego leczenia ratującego życie.

Czym są węzły chłonne?

Węzły chłonne razem ze śledzioną i naczyniami limfatycznymi tworzą układ limfatyczny. Stanowią one barierę ochronną dla organizmu. Węzły chłonne znajdują się w całym organizmie człowieka i są związane z umiejscowieniem naczyń limfatycznych. Obwodowe węzły chłonne zlokalizowane są pod powierzchnią skóry i można je wyczuć przy badaniu dłońmi: w okolicach uszu, po bokach szyi, w okolicach powyżej

Rocznie w Polsce wykrywa się około 8 tysięcy przypadków zachorowań na chłoniaki (dane obejmują przewlekłą białaczkę limfocytową), czyli choroby nowotworowe wywodzące się z układu chłonnego. Szacuje się, że na świecie liczba chorych przekracza 1 mln, a 200 tysięcy umiera.

i poniżej obojczyka, w dołach pachowych, w pachwinach oraz w okolicach podkolanowych. Pozostałe węzły chłonne zlokalizowane są najczęściej wokół dużych naczyń krwionośnych m.in. w centralnej części klatki piersiowej, w okolicach tchawicy, oskrzeli i aorty, w okolicach wątroby, śledziony, a także w dolnej części jamy brzusznej i miednicy w pobliżu jajników oraz pęcherza moczowego. Znaczne powiększenie jednego lub kilku węzłów chłonnych może świadczyć o występowaniu chłoniaka i jest najczęściej pierwszym budzącym niepokój objawem. Powiększenie węzłów chłonnych rozmieszczonych wewnątrz organizmu wykrywane jest zazwyczaj przypadkowo podczas badań w związku z innymi schorzeniami lub gdy są przyczyną poważnych dolegliwości. Niestety, wówczas choroba jest już najczęściej bardzo zaawansowana.

Czym jest układ limfatyczny człowieka?

Układ limfatyczny (chłonny) człowieka, to zespół komórek, tkanek i narządów, które mają za zadanie eliminować obce mikroorganizmy i komórki. Do układu limfatycznego należą: węzły chłonne, grasicca, migdałki, śledziona oraz szpik kostny. W układzie limfatycznym produkowane są m.in. białe krwinki (limfocyty), które pełnią kluczową rolę w tworzeniu i regulowaniu układu odpornościowego człowieka. Jeżeli na etapie powstawania lub dojrzewania limfocytów dojdzie do błędów, wówczas zmieniają się one w komórkę nowotworową, która namnaża się w tym miejscu, w którym się znajduje – najczęściej w węzłach chłonnych. Dochodzi do rozwoju chłoniaka.

Czym są chłoniaki?

Chłoniaki to grupa nowotworów układu odpornościowego, rozwijających się w układzie limfatycznym organizmu. Są to jedne z najczęstszych nowotworów złośliwych, wymagających prawidłowej i szczegółowej diagnostyki patomorfologicznej opartej na najnowszej klasyfikacji Światowej Organizacji Zdro-

wia (WHO, World Health Organization) i Europejskiej Organizacji ds. Badań i Leczenia Raka (EORTC, European Organization for Research and Treatment) z 2008 roku. Powstają w wyniku nieprawidłowego wzrostu komórek układu odpornościowego, najczęściej limfocytów B lub T, i stanowią rzadki, ale bardzo zróżnicowany zespół chorób. Wyróżniamy kilkadziesiąt podtypów chłoniaków. Dzielą się na dwie główne grupy:

- chłoniaki ziarnicze (dawniej zwane ziarnicą złośliwą – chłoniak Hodgkina),
- chłoniaki niezziarnicze, najczęściej występujące (80 proc.): agresywne – NHL non Hodgkin lymphoma (chłoniak rozlany z dużych komórek B) oraz indolentne o powolnym, wieloletnim przebiegu (np. przewlekła białaczka limfatyczna czy chłoniak grudkowy). Do najczęstszych rodzajów chłoniaków należą (w kolejności występowania):
- chłoniak z małych limfocytów B, zwykle występujący w postaci przewlekłej białaczki limfatycznej (w skrócie nazywanej PBL lub częściej, od angielskiej nazwy, CLL),
- chłoniak tzw. „rozlany” z dużych komórek B (DLBCL),
- szpiczak plazmocytowy (mnogi),
- chłoniak Hodgkina („ziarnica złośliwa”),
- chłoniak grudkowy (FL),
- chłoniak z komórek płaszczka (MCL),
- chłoniak strefy brzeżnej (MZL, w tym chłoniaki strefy MALT),
- chłoniaki o dużej dynamice, takie jak: Burkitt’a, czy limfoblastyczne, chłoniaki z obwodowych komórek T.

Nieleczony chłoniak niezziarniczy rozlany z dużych komórek B powoduje zwykle śmierć chorego po kilku lub kilkunastu miesiącach.

Około połowa przypadków chłoniaków ujawnia się klinicznie w umiejscowieniu pozawęzłowym i może przypominać pierwotny nowotwór charakterystyczny dla tego umiejscowienia – najczęściej raka żołądka, raka w zakresie głowy i szyi, raka drobnokomórkowego płuca, nasieniaka lub nie-nasieniaka jądra, raka jajnika, glejaka mózgu, a nawet czerniaka. W takich przypadkach losy chorego zależą od decyzji lekarza specjalizującego się w dziedzinie, w której chłoniaki stanowią wyjątkową rzadkość (np. chłoniaki złośliwe pozawęzłowe złośliwe o pierwotnej lokalizacji w gruczole tarczycy stanowią około 1–5% wszystkich nowotworów tarczycy oraz 1–2,5% wszystkich chłoniaków, które należy uwzględnić w diagnostyce szybko rosnącego wola tarczycy).

Etiologia

Nie ma jednoznacznie ustalonych czynników etiologicznych (przyczynowych) chłoniaków. Podobnie nieznane są przyczyny zwiększonej zachorowalności na te nowotwory złośliwe.

Czynniki ryzyka

Zidentyfikowano szereg czynników, które przypuszczalnie zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania na chłoniaki:

- Wiek. Częstość występowania chłoniaków w 6 i 7 dekadzie życia jest 5–10 razy wyższa niż w 4 i 5 dekadzie. Jednak najbardziej złośliwe nowotwory z tej grupy – chłoniaki Burkitta i chłoniaki limfoblastyczne zazwyczaj występują przed 40 rokiem życia.
- Płeć męska.
- Rasa kaukaska.
- Długotrwała stymulacja antygenowa i zaburzenia regulacji układu odpornościowego. Chłoniaki występują częściej:
 - u biorców przeszczepów narządowych, wskutek długotrwałego przyjmowania leków immunosupresyjnych i mniejszych lub większych niezgodności między tkankami dawcy i biorcy,
 - w stanach wrodzonych niedoborów odpornościowych (np. hipogammaglobulinemia, zespół Wiskott-Aldricha),
 - w schorzeniach autoimmunologicznych (takich jak reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczyca lub zespół Sjogrena),
 - u osób zakażonych wirusem HIV lub chorych na AIDS.
- Praca w przemyśle gumowym, skórzanym, przy rafinacji ropy naftowej.
- Kontakt z pyłami biologicznymi, herbicydami i pestycydami.
- Zakażenia wirusowe (wirus Epsteina-Barra w chłoniaku Burkitta; wirus limfocytotropowy typu I (HTLV I) w białaczce dorosłych wywodzącej się z limfocytów T).
- Przebyta lub przetrwała infekcja *Helicobacter pylori*.
- Wcześniejsze leczenie z powodu ziarnicy złośliwej lub nowotworu litego.
- Dieta zawierająca dużo mięsa i tłuszczów.

Jak rozpoznać chłoniaka?

Często objawy nowotworu mogą przypominać grypę lub przeziębienie, mononukleozę, a czasem atopowe zapalenie skóry lub zwykłe zmęczenie.

Najczęściej występujące objawy chłoniaków to:

- niebolesne powiększone węzły chłonne,
- uporczywy świąd skóry,
- długo utrzymujący się kaszel lub duszności,
- znaczna utrata masy ciała i nieuzasadnione zmęczenie, uniemożliwiająca wykonywanie pracy lub codziennych czynności,
- wzmożona potliwość w nocy,
- podwyższona gorączka bez wyraźnej przyczyny (często mylona z objawami infekcji).

Bardzo ważne jest, aby wszystkie niepokojące objawy, które utrzymują się dłużej niż 2–3 tygodnie, konsultować z lekarzem. Do postawienia pełnego rozpoznania potrzebne jest ustalenie przebiegu choroby, czyli tzw. wywiad lekarski. Lekarz musi zbadać wszystkie dostępne węzły chłonne, określić ich wielkość, spistość, ruchomość oraz ustalić, czy są bolesne. Zawsze jednak, aby z całą pewnością postawić diagnozę, podejrzany węzeł chłonny należy pobrać chirurgicznie do badania histopatologicznego. Badanie zmienionych tkanek pod mikroskopem to jedyny wiarygodny sposób rozpoznania tej choroby.

Diagnostyka chłoniaka

Istnieje około 70 rodzajów chłoniaków. W celu dokładnego oznaczenia typu chłoniaka należy:

- ustalenie dotychczasowego przebiegu choroby, czyli tzw. wywiad lekarski,
- badanie przedmiotowe, w tym ocena skóry, nosogardła i stanu neurologicznego, badanie ginekologiczne lub jąder,
- badanie palpacyjne (dotykowe), w którym lekarz ocenia wszystkie dostępne badaniu węzły chłonne, określa ich wielkość, spistość, ruchomość oraz ustala, czy są bolesne,
- badanie histopatologiczne (mikroskopowe) podejrzanego (powiększonego) węzła chłonnego pobranego chirurgicznie; to jedyny, oprócz badania immunofenotypowego z krwi obwodowej czy szpiku kostnego, wiarygodny sposób ustalenia rozpoznania i określenia typu chłoniaka.

Przed rozpoczęciem leczenia należy również określić stopień zaawansowania klinicznego poprzez wykonanie:

- pełnych badań laboratoryjnych krwi: morfologia plus rozmaz, biochemia (w tym LDH – dehydrogenaza mleczanowa), proteinogram, wirusologiczne (HIV, HBV, HCV, CMV, EBV),
- badań obrazowych: RTG klatki piersiowej (w dwóch projekcjach: przednie i boczne z pomiarem wielkości guza w śródpiersiu), tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, lub badanie NMR, PET/CT z dożylnym podaniem środka cieniującego oraz doustnym podaniem pozytywnego środka kontrastowego, USG z oceną wątroby i śledziony,
- badanie histopatologiczne szpiku z miednicy (2 cm) i miełogram,
- badanie cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego w chłoniakach limfoblastycznych, Burkitta, pierwotnych jądra i w razie podejrzenia klinicznego w chłoniakach DLBCL i HL (chłoniak Hodgkina).

Rozpoznanie histopatologiczne chłoniaka powinno być ustalone w zakładzie patologii i najwyższym stopniu referencyjności, który dysponuje wszystkimi dostępnymi technikami diagnostycznymi – oprócz patomorfologii, także szerokim panelem przeciwciał do badań immunohistochemicznych, cytometrią przepływową, cytogenetyką i diagnostyką molekularną.

Ustalenie rozpoznania histopatologicznego chłoniaka wymaga pobrania węzła chłonnego lub innej zmienionej tkanki metodą biopsji wycinającej i wykonania badania histopatologicznego oraz immunohistochemicznego. Węzeł chłonny powinien być pobrany w całości wraz z torebką. Jeżeli jest możliwość wyboru, należy pobrać węzeł szyjny/nadobojczykowy. Punkcja aspiracyjna cienkoigłowa i badanie cytologiczne uzyskanego materiału, w zasadzie, nie powinny być jedyną podstawą rozpoznania chłoniaka, ponieważ badanie to nie pozwala na ocenę struktury tkankowej nowotworu, co jest najczęściej niezbędne do sprecyzowania typu rozrostu. Punkcja cienkoigłowa jest natomiast bardzo przydatna w weryfikacji zmian przetrwałych po leczeniu i nawrotowych.

Ważną metodą pomocniczą w diagnostyce chłoniaków jest cytometria przepływowa. Pozwala ona na szybką, ilościową cha-

rakterystykę immunofenotypu komórek na podstawie względnie małej liczby komórek uzyskanych z węzła chłonnego, krwi obwodowej, szpiku, płynu mózgowo-rdzeniowego, płynu w jamie ciała lub ze zmian naciekowych w dowolnym miejscu, dostępnym punkcji cienkoigłowej. Określenie immunofenotypu ma obecnie rozstrzygające znaczenie w różnicowaniu białaczek i niektórych rodzajów chłoniaków (np. przewlekłej białaczki limfocytowej/chłoniaka z małych komórek B (CLL/SLL), chłoniaka z komórek płaszczka (MCL), z dużych komórek B (DLBCL), strefy brzeżnej (MZL) i chłoniaków z komórek T (PTCL). Cytometria przepływowa jest – obok analizy molekularnej, jedną z dwóch metod oceny choroby resztkowej (minimal residual disease – MRD), czyli obecności komórek nowotworowych w krwi i/lub szpiku w ilości mniejszej od progu definicji zajęcia białaczkowego, której monitorowanie jest standardowym elementem leczenia białaczek i elementem badań klinicznych w wielu rodzajach chłoniaków. Materiał biopsyjny od pacjenta z podejrzeniem chłoniaka powinien być – optymalnie, przekazany do laboratorium w stanie świeżym, nieutrwalony. Nieprawidłowe utwalenie tkanki jest jedną z głównych przyczyn złej jakości preparatów histologicznych, uniemożliwiającej ustalenie rozpoznania. Dostępność świeżej tkanki, umożliwiła zastosowanie metody cytometrii przepływowej zawiesiny komórkowej. Metoda ta w krótkim czasie kilku godzin dostarcza precyzyjnego i wiarygodnego rozpoznania. Badania cytogenetyczne, wymagające krótkiej hodowli tkankowej, można wykonać jedynie na materiale świeżym.

Zalecany czas pełnej diagnostyki w przypadku chłoniaka wynosi 3 tygodnie, a czas do rozpoczęcia leczenia – nie dłuższy niż 2 tygodnie.

Leczenie

Celem leczenia pacjentów z chłoniakami jest całkowite cofnięcie (całkowita remisja) choroby, wydłużenie czasu życia bez jej nawrotu oraz poprawa jakości życia. Leczenie osób chorych na chłoniaki powinno odbywać się w ośrodkach wyspecjalizowanych w leczeniu nowotworów układu chłonnego. Dzięki postępowi medycyny, skuteczność leczenia tych nowotworów wzrosła w ostatnich pięciu dekadach o 50 proc. Chłoniaki agresywne wymagają szybkiego rozpoznania i intensywnego leczenia, ale często istnieje szansa na trwałe wyleczenie chorego. Natomiast chłoniaki nieziarnicze o powolnym przebiegu, mimo, że są nieuleczalne, pozwalają normalnie funkcjonować. Dzieje się tak dzięki zastosowaniu nowoczesnych metod leczenia, polegających na połączeniu klasycznej chemioterapii i terapii celowanej, które dają szansę pacjentom na dłuższe życie bez objawów choroby. Przebieg leczenia zależy od typu chłoniaka, stopnia zaawansowania choroby i innych czynników, które ocenia lekarz. Leczenie starszych chorych, szczególnie z obecnością schorzeń współistniejących, jest trudne i wymaga współpracy lekarzy różnych specjalności: onkologów, geriatrów, kardiologów.

Rozpoczęcie leczenia w oparciu o błędne rozpoznanie może prowadzić do utraty przez chorego szansy wyleczenia w związku z zastosowaniem niewłaściwego programu chemioterapii pierw-

szej linii, która nie prowadzi do wyleczenia, a wywołuje oporność na inne leki zastosowane w następnym podejściu lub do nieodwracalnych konsekwencji zabiegów operacyjnych wykonywanych z zamiarem radykalnego leczenia chirurgicznego, które w przypadku chłoniaków jest z zasady zbędne (np. totalna resekcja żołądka, usunięcie narządu rodno).

Ze względu na dużą różnorodność chłoniaków istnieje bardzo wiele schematów ich leczenia. Metody wykorzystywane w leczeniu chłoniaków i przewlekłej białaczki limfocytowej to m.in. wielolekowa immunochemioterapia w skojarzeniu (chemioterapia + terapia celowana), radioterapia (napromieniowanie), zabiegi chirurgiczne. U części osób stosuje się również konsolidację z przeszczepem komórek macierzystych szpiku kostnego. U niektórych chorych w trakcie leczenia lub szybko po jego zakończeniu pojawia oporność na stosowane leki. W przypadku chłoniaków opornych na leczenie nie ma standardu postępowania. Jednak należy wykorzystać terapie o alternatywnych mechanizmach działania do wcześniej wykorzystywanych leków np. leki immunoonkologiczne oraz przeciwciała monoklonalne nowego typu.

Podsumowanie

Niezajomość objawów chłoniaka stanowi wciąż bardzo powszechny problem, a brak należytej edukacji sprawia, że nowotwór wykrywany jest najczęściej gdy choroba zdąży się rozwinąć, co znacznie utrudnia leczenie i obniża jego skuteczność. Wczesne stadia rozpoznawane są zazwyczaj wciąż przypadkowo, podczas badań wykonywanych w związku z innymi dolegliwościami, bądź okresowych badań kontrolnych. Tak jak w przypadku większości chorób nowotworowych, podstawowe znaczenie dla skuteczności leczenia chłoniaków ma wczesna diagnoza. Dlatego tak ważne są czujność i obserwacja własnego organizmu. Symptomy towarzyszące chorobie przypominają często objawy kojarzone powszechnie ze zwykłym przeziębieniem, dlatego mogą być przez chorych mylnie interpretowane, bagatelizowane lub wręcz niezauważane. O randze problemu świadczy fakt, że od dłuższego czasu obserwujemy stały wzrost liczby zachorowań na chłoniaki. Postęp medycyny zapewnia obecnie wysoką skuteczność leczenia chłoniaków, jednak dotyczy to głównie choroby prawidłowo rozpoznanej i leczonej już w początkowych stadiach. Dla wczesnego rozpoznania choroby, kluczowe znaczenie mają znajomość jej objawów oraz regularne wykonywanie badań profilaktycznych. Powinniśmy również pamiętać, że wszystkie niepokojące symptomy, które utrzymują się powyżej dwóch tygodni, należy konsultować z lekarzem. Szybka diagnoza w wielu przypadkach ratuje życie – chłoniaki, które pozostają nieleczone mogą doprowadzić do śmierci w ciągu kilku miesięcy.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki,
przewodnicząca PTPAiIO – Oddział w Łodzi,
członek koła PTP, PTPR oraz Komisji Kształcenia, Promocji
i Rozwoju Zawodu przy OIPIP w Łodzi

Sprawozdanie z XI Zjazdu PTPAiIO

W dniach 19–21.09.2019 r. w Karpaczu odbył się XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, w którym udział wzięło około 1100 uczestników. Region łódzki reprezentowany był przez 52 pielęgniarki/pielęgniarzy anestezjologicznych. Organizatorzy to PTPAiIO oraz Evereth Publishing Sp. z o.o.

XI Zjazd PTPAiIO objęty został patronatem honorowym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, Stowarzyszenie Pokonać Sepse, Polskie Towarzystwo Badania Bólu oraz Towarzystwo Wspierania Rozwoju Intensywnej Terapii POLCRIT.

Program naukowy Zjazdu obejmował szeroką tematykę zagadnień związanych z nauką, praktyką oraz etyką w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki.

Konferencję rozpoczęła sesja inauguracyjna, podczas której wszystkich zgromadzonych, gości i uczestników Zjazdu, przywitał Prezes PTPAiIO mgr Paweł Witt. Podczas sesji wystąpił również Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki mgr Stanisław Wojtan. Nowy konsultant został powołany na to stanowisko przez Ministerstwo Zdrowia 12 czerwca 2019 r. zastępując dr hab. n. med. Danutę Dyk, która pełniła tę funkcję od 2002 roku.

Dalszą częścią sesji to wspomnienia o prof. dr hab. n. med. L. Wołowickiej (1932–2018). Profesor L. Wołowicka była silnie związana ze środowiskiem pielęgniarstwowym. Przez wiele lat pełniła funkcję przewodniczącej sekcji pielęgniarstwa Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, która stała się zalążkiem powstałego w 1997 roku Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Została pierwszym członkiem honorowym Towarzystwa na I Zjeździe PTPAiIO w kwietniu 1999 – Klonowo nad Brdą. Była również kierownikiem pierwszej dwuletniej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, którą ukończyło 61 pielęgniarek z całego kraju. Pani Profesor to wielka propagatorka samodzielności zawodowej i organizacyjnej pielęgniarek, przez co zyskała sobie ogromny szacunek i uznanie w środowisku pielęgniarstwowym. Była osobą o niespożytej energii, którą „zarażała” swoich współpracowników, pełną pomysłów i entuzjazmu, konsekwentną w działaniu. Cieszyła się prawdziwym autorytetem, a jednocześnie była życzliwa i pomocna, pełna radości życia i poczucia humoru. Profesor Laura Wołowicka zmarła 15 listopada 2018 roku.

Kolejnym punktem pierwszego dnia Zjazdu była inauguracja międzynarodowej kampanii „Nursing Now”. Jest to trzyletnia (2018–2020) globalna kampania prowadzona



grupa łódzka

w współpracy z Międzynarodową Radą Pielęgniarek (ICN) i Światową Organizacją Zdrowia (WHO) mającą na celu podniesienie prestiżu pielęgniarstwa. W wspieranie tej inicjatywy podnoszącej rangę naszego zawodu na całym świecie włączyło się również PTPAiIO.

Niezwykle ciekawym doświadczeniem było przedstawienie przez dr n. med. Aleksandrę Gutysz-Wojnicką nagrania, podczas którego pan Marcin, były pacjent oddziału intensywnej terapii, podzielił się z uczestnikami Zjazdu swoimi odczuciami, wspomnieniami z okresu hospitalizacji w tym oddziale. Co czuł, co słyszał, pomimo bardzo ciężkiego stanu klinicznego, jakie doświadczenia były niezwykle uciążliwe, a jakie przynosiły ulgę – jego przekaz to cenne wskazówki dla personelu obejmującego opieką pacjenta w stanie zagrożenia życia uświadamiające jak ukierunkować swoje działania, aby płynęły w kierunku pacjenta tylko te bodźce, które działają na niego pozytywnie. Myślę, że przedstawiony film wywołał refleksję i będziemy częściej pamiętali, że pacjent w analgesodacji odczuwa tak samo, jak pacjent przytomny.

Drugi dzień to cztery sesje poruszające bieżące problemy w praktyce oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. Podnoszone tematy dotyczyły m.in. bezpieczeństwa pielęgniarki, które jest tożsame z bezpieczeństwem pacjenta, odczuwania bólu przez pacjenta w stanie zagrożenia życia, delirium występującego u pacjentów hospitalizowanych w OIT, problematyki postępowania z raną, a także koncepcji ERAS, czyli współczesnej kompleksowej formuły opieki okołoperacyjnej wdrażanej dla poprawy wyników leczenia.



Krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki mgr Stanisław Wojtan

Jednym z prelegentów była mgr Teresa Sycz, która poruszyła problematykę zdarzeń niepożądanych w okresie okołoperacyjnym. Obejmuje ona wiele faz, w których konieczne jest przestrzeganie standardowych procedur operacyjnych (SOP). Dotyczy to zarówno oddziału w którym przygotowany zostaje pacjent, jak również oddziału anestezjologii oraz personelu bloku operacyjnego w tym lekarzy operatorów. Konieczne jest opracowanie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych w każdej fazie okresu okołoperacyjnego, umożliwiającego sprawne podejmowanie działań naprawczych i korygujących. Ważne jest również to, że analizy zdarzeń niepożądanych mają także wymiar ekonomiczny i prawny, przy jednoczesnym zwiększeniu bezpieczeństwa pacjenta i jego satysfakcji z uzyskiwanych świadczeń medycznych.

Wyciągnięte z analiz wnioski powinny stanowić kierunek dla działań podejmowanych dla poprawy systemu zarządzania jakością oraz dla poprawy bezpieczeństwa zarówno pacjenta jak i personelu.

Niezwykle istotnym tematem, który został poruszony w wystąpieniu dr n. med. Beaty Kowalskiej-Krochmal, jest problematyka związana z ryzykiem zakażeń związanym z drogą podawania leków. Podkreślone zostały ważne punkty terapii dożylnych m.in. duże zagrożenie wzrostu ryzyka zakażeń odcewnikowych wynikające z przygotowywania wlewno-kroplowych w systemie otwartym, otwieranie napowietrznika umieszczonego przy przyrządzie do przetaczania. Badania przeprowadzone na czterech włoskich oddziałach IOM, na których systemy otwarte zastąpiono zamkniętymi dowiodły spadek BSI (zakażeń odcewnikowych) z 8,2 do 3,5 CVC na 1000 CVC dni. Aby zapobiegać zdarzeniom niepożądanym związanym z powyższymi zagrożeniami należy wykorzystywać w swojej praktyce wytyczne, rekomendacje opracowywane przez towarzystwa naukowe/grupy robocze, które są pomocne w opiece nad pacjentami. Musimy również pamiętać o wzrastającej liczbie spraw sądowych w których pacjenci wygrywają wysokie odszkodowania jako zadośćuczynienia za błędy medyczne/zdarzenia niepożądane, co jest wynikiem rosnącej świadomości społeczeństwa w obszarze zagrożeń epidemiologicznych.

„Dlaczego mój pacjent nie śpi?” to tytuł wystąpienia prelegentek pani mgr Katarzyny Lewandowskiej oraz dr hab. n. med. Wioletty Mędrzyckiej-Dąbrowskiej. Środowisko OIT w swojej złożoności opiera się w dużym stopniu na ciągłej obserwacji i monitorowaniu pacjenta. W wyniku tego fizyczne i techniczne aspekty opieki stają się priorytetowe, pominięta zaś jest sfera psychiczna oraz potrzeby chorego. Jedną z takich potrzeb jest sen, który w świetle zaawansowanych procedur medycznych wykonywanych w IT może wydawać się mniej istotny. Sen natomiast jest niezbędny do regeneracji oraz odpoczynku fizjologicznego. Niedobory snu mogą powodować zwiększone ryzyko powstawania infekcji, zaburzenia gospodarki hormonalnej, zmniejszoną tolerancję glukozy oraz zwiększoną aktywność układu współczulnego. Warto też spojrzeć na problem deficytu snu oraz obniżonej jego jakości w kontekście zaburzeń poczucia bezpieczeństwa pacjenta. Podczas hospitalizacji w OIT dochodzi do zmiany w strukturze snu, aż 90% całkowitego czasu snu (ang. total sleep time – TST) stanowi sen płytki (dominuje faza NREM ze stadium N1 i N2). W większości swego trwania sen pozbawiony jest głębokiego i regenerującego stadium (zmniejszenie NREM stadium N3 i sen REM). Ponad 60% pacjentów, którzy przeżyli pobyt w OIT, zgłaszało zaburzenia snu lub całkowity jego brak podczas hospitalizacji. Przyczynami zaburzeń snu jest niewątpliwie środowisko oddziału, narażenie na ciągły hałas związany alarmami urządzeń medycznych, światłem, znaczną liczbą procedur zarówno w godzinach dziennych, jak i nocnych. Co zaburza sen w największym stopniu: pomiar funkcji życiowych, światło, pobieranie krwi, ból, badania diagnostyczne, hałas.

Aby zminimalizować czynniki wpływające na zaburzenia snu należy m.in.:

- ustalić jeden poziom światła umożliwiających wykonywanie interwencji oraz odpoczynek nocny (gwałtowne zmiany oświetlenia zwiększają liczbę przebudzeń w ciągu nocy), wskazane jest przyciemnianie światła w porze nocnej, a rozjaśnianie w ciągu dnia, zakładanie pacjentom w miarę możliwości, opasek na oczy w czasie nocnego odpoczynku,
- odpowiednio dostosować poziomu głośności alarmów urządzeń w czasie nocy, stosować stopery do uszu, zwrócić uwagę na ton i głośność rozmów personelu.

W trzeciej sesji przedstawione zostały Zalecenia Grupy Roboczej ПТРАИО dotyczące zakresu udziału pielęgniarek anestezyjologicznych w leczeniu bólu, w obszarze opieki okołoperacyjnej dla poprawy wyników leczenia. Zgodnie z opublikowanymi w Polsce w 2017 roku danymi ból jest nadal najczęściej i najbardziej lekceważonym objawem w oddziale intensywnej terapii. Ponieważ niezależnie od oczywistych przesłanek humanitarnych ból indukuje patologiczną reakcję współczulną połączoną ze wzrostem zużycia tlenu, hipermetabolizmem i zaburzeniami odporności, odpowiednie postępowanie analgetyczne jest jednym z najważniejszych zadań zespołu terapeutycznego w OIT. Aby jednak prawidłowo ból leczyć, należy go prawidłowo ocenić, a to w warunkach intensywnej terapii istotnie różni się od standardowych metod wykorzystywanych w praktyce codziennej (o możliwych metodach pomiaru stopnia natężenia bólu u pacjentów w IT uczestnikom konferencji mówił w swoim wystąpieniu dr n. med. Wojciech Serednicki – stosowanie skali BPS – Behavior Pain Scale; CPOT – The Critical Care Pain Observation Tool oraz koncepcji eCASH – Early Comfort using Analgesia minimal Sedatives and Maximal Humane Care). Wnioski wynikające z przedstawionych zaleceń to:

- zwrócenie uwagi na konieczność zintensyfikowania działań na rzecz poprawy roli pielęgniarki wielopłaszczyznowym procesie terapii bólu,
- podkreślenie faktu, że rzetelna wiedza i kwalifikacje na etapie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w zakresie leczenia bólu są gwarancją realizacji świadczeń wobec pacjenta z bólem ostrym związanym z inwazyjnymi procedurami chirurgicznymi.

Podczas drugiego dnia konferencji poruszono również ważną problematykę występowanie delirium u pacjentów hospitalizowanych w IT, która dotyczy od 50 do 80% pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz od 20 do 50% pacjentów bez wentylacji mechanicznej. Każdy dzień majaczenia zwiększa ryzyko zgonu po roku o 10%. Wystąpienie delirium u pacjenta oznacza wzrost śmiertelności i czasu hospitalizacji, długości prowadzenia wentylacji, kosztów, ryzyka powtórnej intubacji, ponadto występuję osłabienie funkcji poznawczych. Prelegentki: dr n. o zdr. Dorota Ozga oraz dr n. o zdr. Sabina Krupa na podstawie analizy światowych trendów według EBNP (ang. Evidence Based Nursing Practise) na temat delirium w aspekcie pielęgniarki, pacjenta i jego rodziny przedstawiły możliwe do wdrożenia działania maksymalnie minimalizujące wystąpie-

nie u pacjentów tego niebezpiecznego stanu pogarszającego w konsekwencji rokowania pacjenta:

- zalecana jest wczesna identyfikacja, tj. ocena za pomocą skali Nursing – Delirium Screening Scale (Nu-DESC) i modyfikacja czynników zwiększających ryzyko majaczenia,
- zalecana jest zmiana polityki odwiedzin (12 godzin/doba),
- poprawa opieki skoncentrowanej na pacjencie i jego rodzinie, w tym realizacja pakietów ABCDEF, gdzie F oznacza ang. family engagement and empowerment,
- podejmowanie interwencji niefarmakologicznych m.in. ciągłości opieki i znajomość personelu przez pacjenta, a także minimalizacja nocnych interwencji,
- ograniczanie przedłużonej sedacji.

Tematem ostatniej sesji drugiego dnia konferencji były zagadnienia dotyczące ran występujących u pacjentów w stanie zagrożenia życia. Dyskutowano o skutkach niedożywienia pacjentów hospitalizowanych w intensywnej terapii, o nowych wytycznych postępowania z raną zakażoną i o nowoczesnych trendach w leczeniu ran przewlekłych. Dr n. med. Urszula Zielińska-Borkowska przybliżyła problematykę stosowania antybiotykoterapii w leczeniu ran. Doskonale zdajemy sobie sprawę z tego, że najtrudniej leczy się rany przewlekłe u chorych z obniżoną odpornością, przebywających w OIT. Zakażenia rany pooperacyjnej, zakażenia stopy cukrzycowej, odleżyny to rany trudno poddające się leczeniu. Jednocześnie są one traktowane jako powikłanie choroby podstawowej lub powikłanie stanu ogólnego. Aktualnie brak jest przekonujących dowodów potwierdzających, że rutynowe ogólnoustrojowe podawanie antybiotyków wpływa na przyspieszenie gojenia się ran przewlekłych. Nie ma również dowodów na skuteczne stosowanie antybiotykoterapii miejscowej. Rany o takim charakterze bardzo szybko ulegają kolonizacji, wystawione natomiast na ekspozycję antybiotyków, stanowią często rezerwuwar szczepów opornych. Jak do tej pory najtańszą i najskuteczniejszą metodą terapii jest przede wszystkim zapobieganie ich powstawaniu.

Kolejny, ostatni już dzień tego niezwykle ciekawego spotkania naukowego rozpoczęła sesja dotycząca technik pozaustrojowego wspomaganie narządów u pacjentów w stanie zagrożenia życia.

Ten temat podjęła prelegentka mgr Hanna Krukowska-Sitek. Początki terapii pozaustrojowych w intensywnej terapii sięgają XX wieku. Ich zastosowanie budziło wówczas wiele kontrowersji, wymagały one znacznego dopracowania i badań naukowych w celu potwierdzenia ich skuteczności. Na przełomie ostatnich 20 lat dokonał się ogromny postęp, pozwalający wprowadzić nowe rozwiązania technologiczne – zarówno w zakresie funkcjonalności urządzeń, jaki i stosowanych materiałów. Organizm ludzki w swej złożoności nieustannie zmagają się koniecznością usuwania wielu toksyn endogennych m.in. produktów przemiany materii, a także egzogennych, których mniej lub bardziej świadomie człowiek sam sobie dostarcza. Najważniejszymi narządami w procesie oczyszczania krwi są nerki, wątroba i płuca. Zaburzenie w funkcjonowaniu jednego z nich ma wpływ na czynność pozostałych i często,

w przypadku podjęcia braku właściwych interwencji, doprowadza do zespołu dysfunkcji wielonarządowych. Stosowane w intensywnej terapii techniki nie zastępują wszystkich funkcji niewydolnych narządów, usuwają głównie produkty przemiany materii i inne czynniki patogenne, których eliminacja zostaje upośledzona, czy też zatrzymana. Współcześnie intensywna terapia daje ogromne możliwości leczenia pacjentów. Należy jednak pamiętać, że z narzędzi tych powinno się korzystać w sposób racjonalny i przemyślany. Zastępowanie czynności narządów jest często „kupowaniem czasu” i daje możliwości zastosowania leczenia przyczynowego. Zawsze warto mieć na uwadze jakość życia pacjentów po zakończonej terapii i to, czy rzeczywiście daje się choremu szansę na powrót do zdrowia, czy tylko przedłuża proces umierania.

Pozostając w temacie pozaustrojowego wspierania narządów dr n. med. Konstanty Szudrzyński z Kliniki Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej Uniwersytetu Jagiellońskiego CM, Centrum Terapii Pozaustrojowych, Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie podzielił się własnymi doświadczeniami w prowadzeniu terapii metodą ECMO (ang. extracorporeal membrane oxygenation) u pacjentów hospitalizowanych w klinice, w której pracuje. Prelegent wielokrotnie podkreślał, że opieka nad pacjentem, u którego wdrażane są techniki m.in. pozaustrojowego utlenowania krwi, to przede wszystkim praca zespołowa, która możliwa jest tylko wtedy, kiedy ustalone są zasady tej współpracy: plan działania, podział zadań, kompetencje, zaufanie, wsparcie.

Jego wystąpienie ukierunkowane było m.in. na rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem skrajnie niewydolnym wymagającym wsparcia funkcjonowania płuc (ECMO v-v) lub płuc i serca (ECMO v-a).

W ww. klinice personel pielęgniarski zajmuje się nie tylko opieką nad pacjentem, ale również prowadzeniem nadzoru całego układu ECMO. W wielu innych ośrodkach, w których wdraża się ww. terapię nadzorem na układem ECMO zajmuje się zespół perfuzjonistów. Należy nadmienić, że takie kompetencje posiadają również pielęgniarki po ukończeniu specjalizacji z dziedziny anestezjologii i intensywnej opieki. Aby jednak można było bezpiecznie prowadzić tę terapię należy ustawicznie uczestniczyć w poszerzaniu wiedzy z zakresu technik pozaustrojowego wsparcia niewydolnych narządów pacjenta, zarówno poprzez działania praktyczne, jak i szkolenia merytoryczne z tego obszaru tematycznego.

Kończąc swoje wystąpienie dr Konstanty Szudrzyński podkreślił – „Nie ma ECMO bez zespołu”.

Ostatnia prelekcja to wykorzystane techniki ECMO w leczeniu pacjentów wyprowadzanych z głębokiej hipotermii. Autorami tej prezentacji byli dr n. o zdr. Ewelina Nowak, dr hab. n. med. T. Darocha oraz dr n. med. M. Knap. Przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych od stycznia 2016 r. do lutego 2019 w Klinice AIRT i Klinice Kardiochirurgii wsz w Kielcach. Efekty leczenia przy zastosowaniu technik ogrzewania pozaustrojowego (ECMO) pacjentów w najgłębszych stadiach hipotermii okazały się bardzo skuteczne w przypadku 4 chorych. Osoby te po kilkunastu dniach hospitalizacji były wypi-

sywane ze szpitala w dobrym stanie ogólnym. Zastosowanie ECMO v-a jako tzw. złotego środka w leczeniu hipotermii nie jest jednak pozbawione powikłań. Wnioski jakie zostały wysunięte to:

- hipotermia może rozwinąć się u człowieka w każdej porze roku,
- okolicznościami najczęściej prowadzącymi do znacznego wychłodzenia organizmu są: zimne powietrze, warunki atmosferyczne pogłębiające odczucie zimna (duża wilgotność powietrza, ruch powietrza) oraz znaczna utrata ciepła,
- wczesne rozpoznanie, identyfikacja czynników ryzyka i zgodna ze standardami kwalifikacja pacjentów do ogrzewania przy pomocy ECMO umożliwia skuteczne przeżycie,
- osiągnięcie normotermii nie gwarantuje przeżycia chorego,
- zaburzenia krzepnięcia krwi oraz masywne krwawienia uniemożliwiają leczenie za pomocą ciągłego pozaustrojowego natleniania.

Podczas konferencji uczestnicy mieli również okazję wziąć udział w warsztatach, m.in. o tematyce: „Wczesna mobilizacja na OIT może być łatwa i przyjemna – pokazujemy jak to zrobić”, „Znaczenie personelu pielęgniarskiego w minimalizowaniu zakażeń szpitalnych – zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami”, „Normotermia pacjenta w sali operacyjnej – praktyczne wskazówki i rozwiązania.” Należy podkreślić, że warsztaty prowadzone przez naszą koleżankę z regionu łódzkiego, mgr Monikę Borzuchowską „Świadomy lider. Warsztaty rozwojowe i wspierające dla pielęgniarek będących liderami” wzbudziły bardzo duże zainteresowaniem uczestników konferencji.

Wiele ciekawych doniesień z praktyki oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii zgromadziła również sesja plakatowa, która miała miejsce przez cały czas trwania naszego zjazdu.

Dużym zainteresowaniem cieszyła się wystawa firm medycznych prezentujących ciekawe, nowe rozwiązania i technologie, możliwe do zastosowania podczas świadczenia opieki naszym pacjentom.

Podsumowując konferencję należy stwierdzić, że wszystkie prezentacje, sesje plakatowe oraz warsztaty były bardzo interesujące, wnoszące dużo, zarówno pod kątem praktycznym jak i merytorycznym do naszej codziennej praktyki zawodowej. Wiele z nich wzbudzało refleksję w uczestnikach konferencji i myślę, że na pewno będą miały znaczący wpływ na poprawę bezpieczeństwa pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia.

Biorąc również pod uwagę doskonałą organizację, znaną gościnność Hotelu Gołębiowski w Karpaczu, możliwość integracji i wymiany doświadczeń z koleżankami i kolegami z całego kraju uważam, że XI Zjazd ПТРАИО spełnił oczekiwania wszystkich uczestników.

Jolanta Łoś
Przewodnicząca KKPiRZ
OIPIP w Łodzi

V Konferencja Naukowa Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC „Opieka u kresu życia jako przestrzeń dialogu”

W dniach 25–26 października 2019 r. odbyła się V Konferencja Naukowa Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC pt.: „Opieka u kresu życia jako przestrzeń dialogu”. Organizatorem konferencji była Fundacja Hospicyjna, zaś współorganizatorami: Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Medycyny Paliatywnej.

Konferencja odbyła się pod patronatem honorowym Prezydenta Miasta Gdańska oraz Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Marcina Gruchała.



Patronem merytorycznym byli: Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Konsultant Krajowy w dziedzinie Medycyny Paliatywnej dr Wiesława Pokropska, Krajowy Duszpasterz Hospicjów ks. dr hab. Piotr Krakowiak, Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej mgr Elżbieta Skowrońska.

Na początku konferencji wręczone zostały nagrody im. ks. E. Dutkiewicza SAC za pielęgnowanie hospicyjnej gościny serca. Nagrodę otrzymała m.in. mgr Elżbieta Ruta – Konsultant województwa łódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Gratulacje!

W dniu 25 października 2019 r. wykład inauguracyjny wygłosiła prof. dr hab. Krystyna de Walden-Gałuszko pt.: „Słowa, gesty, spojrzenia – komunikacja z chorym u kresu życia”.

W sesji pierwszej pt.: „Opiekun rodzinny – partner w opiece” swoje wykłady poprowadzili mgr Bożena Winich, ks. dr hab. Piotr Krakowiak, dr Anna Janowicz, mgr Martyna Klimek.

Druga sesja pt.: „Zespół, społeczność, system – współdziałanie na rzecz osób u kresu życia” zawierała wykłady dr hab. Marioli Kosowicz, mgr Agnieszki Paczkowskiej, dr Ros Scott, dr Aleksandry Modlińskiej, mgr Elżbiety Skowrońskiej.

Pierwszy dzień wykładów uwieczniony był mszą świętą w kaplicy w Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza w Gdańku w intencji śp. prof. Jacka Łuczaka.

W dniu 26 października 2019 r. odbyła się trzecia sesja pt.: „Interdyscyplinarność w opiece – jak budować przestrzeń dialogu?” Swoje wykłady wygłosili dr hab. Wojciech Leppert, dr hab. Małgorzata Krajnik, dr Leszek Pawłowski, dr Agnieszka Wójcik i dr Anna Pyszora.

Podczas kolejnej sesji – czwartej – pt.: „Przestrzeń dialogu – stereotypy i zmiany” usłyszeliśmy wykłady prof. dr hab. Moniki Lichodzierjskiej-Niemirko, dr hab. Aleksandry Lemieszek-Kotlińskiej, dr Zbigniewa Żylicza, dr Aleksandry Modlińskiej.

Następnie odbyły się warsztaty psychoedukacyjne o różnej tematyce: „Komunikowanie się z pacjentem w sytuacji zakończenia leczenia przyczynowego”, „Jak rozmawiać o trudnych sprawach z chorym i bliskimi”, „Komunikacja z rodziną chorego w kryzysie”, „Jak uważać – mindfulness, może pomóc osobom, które pomagają innym”.

Tematy poruszane na konferencji bardzo wzbogaciły naszą wiedzę, ukazały nam, jak ważną osobą w zespole interdyscyplinarnym jest opiekun rodzinny. Jak trudna jest to rola.

Konferencja ta była także miejscem spotkania wszystkich specjalistów medycyny paliatywnej z całej Polski oraz miejscem wielu burzliwych dyskusji o dylematach pojawiających się podczas opieki nad chorymi u kresu życia.

Zdzisława Walak

FUNDACJA HOSPICYJNA



15 lat Komisji Opieki Paliatywno-Hospicyjnej



W 2004 r. przy OIPIP zorganizowano komisję na potrzeby pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Łodzi i województwie.

Przewodniczącą jest aktualny konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej mgr Elżbieta Ruta. Spotkania co kwartał osób związanych z ww. opieką dały możliwość wymiany doświadczeń i rozwoju pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Komisja działając przez 15 lat zorganizowała kursy:

- cewnikowanie chorych,
- obsługi portów naczyniowych
- i we współpracy z OIPIP – leczenie ran – kilka edycji.

Aktywnie uczestniczyły członkinie we wszystkich szkoleniach związanych z opieką paliatywną: kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, specjalizacje będąc nie tylko uczestnikami, ale też kierownikami, wykładowcami czy opiekunami staży w hospicjach domowych.

Komisja wspiera czynnie swoją działalność organizując konferencje, spot-

kania, publikując w biuletynie sprawozdania z pobytów oraz z odwiedzin stacjonarnych hospicjów w: Krakowie, Gdańsku, Gdyni, Sopocie, Poznaniu czy Licheniu.

Pielęgniarki z komisji znają sytuacje chorych, kierowanych do hospicjów domowych i oddziałów opieki paliatywnej od roku 2004 do chwili obecnej. Czas oczekiwania nawet do 3 miesięcy na wizytę zespołu hospicjum domowego nie daje „powodów do radości” szczególnie dla chorego i jego rodziny. Podobnie jest na oddziałach opieki paliatywnej.

Brak hospicjum stacjonarnego w Łodzi przekłada się na wywożenie chorych u kresu życia do: Lichenia, Sieradza a nawet Wołomina. Najbliżsi odwiedzają tam swoich chorych raz na kilka tygodni.

Jako komisja jesteśmy uczestnikami konferencji ogólnopolskich, szkoleń i spotkań z firmami farmaceutycznymi. Na bieżąco obserwujemy i doskonalimy swoje umiejętności (nawet na emeryturze) w celu fachowej pomocy choremu i jego rodzinie. Aktywnie uczestniczymy i współpracujemy z Polskim Towarzystwem Opieki Paliatywnej w Częstochowie. Mamy swoje członkinie w zarządzie tego stowarzyszenia.

Zachęcamy do współpracy młodsze i młode koleżanki pielęgniarki, którym chętnie „przekażemy pałeczkę” w tak trudnej dziedzinie medycyny.

spec. Ewa Gawęda
wiceprzewodnicząca komisji



Dieta św. Hildegardy

–nadzieją jutra

STANISŁAWA DZWONKOWSKA

Hildegarda z Bingen (1098–1179), genialna mniszka, wizjonerka, lekarka, kompozytorka, badaczka przyrody. Była jedną z najbardziej znaczących kobiet średniowiecza, która doradzała papieżom, cesarzom, świętym, prowadziła korespondencję z najważniejszymi uczonymi tej epoki. Pojmowała człowieka holistycznie, zalecała życie w zgodzie z naturą, według reguł Stwórcy. Jej sposób odżywiania oparty na orkisz, ziołach przywraca nadzieję wielu strapionym chorym ponieważ widać pozytywne działanie ww. diety.

Fenomen medycyny hildegardowej zapisany jest w „Causae et Curae” – księdze medycznej zawierającej sposoby leczenia wszelkich znanych dziś chorób. Jej prawdy filozoficzne – jak mamy żyć – doczekały się obecnie studiów, zaś jej metody lecznicze wracają do łask szczególnie wśród osób: chorujących przewlekle, po długotrwałych, często nieskutecznych kuracjach. Dużą popularnością cieszą się posty zalecane przez średniowieczną benedyktynkę, którą prowadzi pani Elżbieta Ruman, dziennikarka, pisarka, założycielka Centrum Hildegardy w Józefowie (2012 r.) po studiach medycyny hildegardowej w Niemczech wraz z panią Małgorzatą Stępińską – lekarzem medycyny, specjalistą w zakresie medycyny św. Hildegardy, także absolwentką po studiach w zakresie medycyny hildegardowej w Niemczech. Ponieważ św. Hildegarda mówiła, że choroby ciała są lustrzanym odbiciem duszy a skuteczna terapia powinna obejmować całego człowieka (nie tylko ciało ale i duszę) w zespole terapeutycznym jest także kierownik duchowy – ksiądz, który przywraca pokój w sercach cierpiącym.

Obecna medycyna akademicka coraz częściej zauważa rolę emocji w procesie powstawania chorób. Część lekarzy, pacjentów, psychologów zgadza się ze stanowiskiem, iż choroba ciała jest powiązana z chorobą duszy oraz uważa, że pozytywne siły duchowe wspomagają powrót do zdrowia. Potwierdzeniem

zdrowego stylu życia z praktyką okresowych postów i wyciszeniem emocji jest Mahatma Gandhi, wielki hinduski przywódca religijny i polityczny. Badający go lekarz w dziesiątym dniu głodówki stwierdził, że mimo 64 lat życia, z fizjologicznego punktu widzenia Gandhi posiada organizm czterdziestoletniego mężczyzny. Z przeszłości mistrzami postu byli: Platon, Sokrates, którzy odbywali dziesięciodniowe posty, aby uzyskać jasność umysłu i sprawność ciała. Pitagoras pościł 40 dni przed przystąpieniem do egzaminu na Uniwersytecie w Aleksandrii. Paracelsus, sławny lekarz szwajcarski nauczał, że „głodowanie jest najlepszym lekarstwem”. Starożytni Grecy stosowali post jako zabieg higieniczny, aby oczyścić wnętrze człowieka. Znane jest powiedzenie Hipokratesa: „Jeśli człowiek mało je i pije, to nigdy nie zachoruje”.

Postęp cywilizacyjny stwarza dla człowieka wiele udogodnień w życiu, ale także niesie liczne zagrożenia dla jego zdrowia. Przetworzone produkty spożywcze, brak ruchu, nieustanny pośpiech, dołączający do tego stres, mieszanie różnych kuchni (polskiej, hinduskiej, śródziemnomorskiej, itd.). Taka dieta – doprowadza do powstawania złożeń i stanów zapalnych w organizmie obecnego człowieka, jest prostą drogą do chorób przewlekłych i nowotworów. Błędy żywieniowe odbijają się na wydolności naszych jelit, które odpowiadają także za odporność człowieka.

Prof. Bożena Cukrowska, kierownik Pracowni Immunologii Instytutu „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” twierdzi: „W zasadzie jelita to jest nasz główny układ immunologiczny, nawet nie drugi, jak się podaje, ale ten najważniejszy, ponieważ zawierają dużo więcej komórek odpornościowych niż pozostałe narządy wchodzące w skład tego układu, takie jak grasica czy śledziona”.

Szansa dla zdrowia

Całkowita zmiana diety, która niszczy nasz organizm, zmiana stylu życia – wyciszenie się, odrzucenie hedonizmu oraz powrót do nauki kościoła jest to pierwszy krok do odzyskania zdrowia. Hildegarda w chorobie widziała nie tylko cierpienie, ale

i szansę daną od Boga człowiekowi, aby zmienił swój styl życia, sposób odżywiania poprzez zmianę postawy wobec Boga, samego siebie i otoczenia. Jest to decyzja należąca do najtrudniejszych życiowych postanowień, bez której nie zmienimy sytuacji naszego całego organizmu, nie powrócimy do homeostazy w naszym ustroju. Ważnym czynnikiem utrudniającym zmianę odżywiania może być także czynnik finansowy oraz dostępność do prawdziwego orkiszu, czyli odmiany: Oberkulmer, Rotkorn, Schwabenkorn albo Frankenkorn. Tylko te odmiany mają niezwykle, leczniczy wpływ na organy wewnętrzne naszego organizmu, ponieważ posiadają cenny skład: duże ilości wapnia, tak zwany mokry gluten, inny niż gluten pszeniczny oraz najważniejszy, antynowotworowy składnik, czyli Rhodanid. W przyrodzie występuje on tylko jeszcze w mleku matki, dlatego długo karmione niemowlęta piersią są zdrowsze, odporniejsze i lepiej się rozwijają.

Obecnym gorącym zwolennikiem medycyny św. Hildegardy jest dr Wighard Strehlow, który uważa iż jej metody są remedium na choroby przewlekłe. Jego książka „Żołądek i choroby jelit” są odpowiedzią na oczekiwania wielu ludzi borykających się obecnie z problemami: zgagi, otyłości oraz innych chorób żołądkowo-jelitowych. Opracował on całościowy plan terapii żołądka i jelit na podstawie zaleceń zdrowotnych św. Hildegardy. W swojej książce pisze: „Groźne dla życia przewlekłe choroby cywilizacyjne są konsekwencją nadmiernego picia i jedzenia – zwłaszcza zbyt dużych ilości tłustego mięsa, serów, jajek i produktów mlecznych”. Uważa, że łasuchów można wyleczyć za pomocą postu Hildegardowego.

„Medycyna, która nie zna chorób nieuleczalnych”

Pani Elżbieta Ruman w swojej książce „Widziałam cuda” opisuje prawdziwe historie uzdrowień z ostatnich lat. Jest tam również opisana historia uzdrowienia orkiszem księdza Marka. Kapłan miał zdiagnozowaną, leczoną szpitalnie we Wrocławiu, potem w Łodzi chorobę nowotworową trzustki z przerzutami. Kiedy nie było już dla niego chemii, wypisał się na własne życzenie, aby dokończyć swoje życie wśród ukochanych książek i słuchania muzyki – szczególnie średniowiecznych chorałów, które były jego pasją. Wówczas w jego ręce trafiła książka doktora Wigharda Strehlowa „Wiedza lecznicza św. Hildegardy z Bingen”. Czytał o doświadczeniach Strehlowa, który jest hildegardowym terapeutą od wielu lat i po prostu postanowił spróbować. Czy to był cud, czy zmiana odżywiania, czy wszystko razem wzięte?

Współczesne doświadczenia pokazują jak wiele można w organizmie człowieka naprawić oczyszczeniem i zmianą diety. Jego skutki są widoczne w trakcie praktykowania postu: przywraca zdrowie, dodaje energii, odkwasza, oczyszcza organizm, stanowi najlepszą profilaktykę antynowotworową.

Post według Hildegardy powinien odbywać się pod nadzorem lekarza, znającego zasady medycyny opisanej przez Świętą z Bingen. Przeprowadzony w grupie daje nam większe wsparcie i mobilizację swojej woli do podjętych wyzwań, bowiem zmiana

diety, wyrzeczenie się przyjemności „dla swojego podniebienia” jest jedną z najtrudniejszych decyzji dla człowieka.

Orkisz – co to naprawdę jest?

W ostatnich latach orkisz podlegał wielu badaniom naukowym – trzy duże sympozja: dwa na uniwersytecie w Hohenheim w Niemczech i jedno w Potenzy we Włoszech. Badania potwierdziły dane opisane przez Hildegardę: orkisz jest najbardziej wartościowym zbożem i zawiera wszystko, czego człowiek potrzebuje. Nie istnieją w organizmie komórki, których to ziarno nie wspiera. Zawarty w orkiszu thiocyanad daje organizmowi niezwykłą odporność – zabezpiecza przed nowotworami.

Dieta św. Hildegardy opiera się na orkisz. Spośród wszystkich produktów odżywczych, które człowiek ma do dyspozycji, Hildegarda wymienia tylko trzy produkty, które są zarówno środkami odżywczymi i leczniczymi, pod każdą postacią i dla każdego człowieka: orkisz, kaszany jadalne i koper włoski. Są one podstawą oczyszczającego postu jak również codziennej diety Hildegardowej. Człowiek stosujący dietę Hildegardy nie zapada na choroby wirusowe, a jeśli zostanie zainfekowany, organizm szybko sobie radzi z chorobą, wykorzystując własną odporność. Orkisz w procesie trawienia jest całkowicie przyswajalny przez organizm. Posiada też składniki działające w organizmie jak endorfiny – człowiek po zjedzeniu orkiszu jest pogodny, optymistyczny i radosny.

Zasady diety hildegardowej

Według Hildegardy z Bingen należy usunąć całkowicie z diety „trucizny kuchenne” do których zalicza: pszenicę i jej przetwory, wieprzowinę w każdej postaci, truskawki, brzoskwinie, śliwki, pora i węgorka. Wymienionych produktów nie wolno jeść ani zdrowym ani chorym.

Jeśli organizm zmagają się z ciężką chorobą, posiłki muszą być oparte na orkisz, warzywach i posiadać dodatek Hildegardowych ziół. Dieta jest bez: pszenicy, żyta, jęczmienia, mleka, przetworów mlecznych (z wyjątkiem masła). Należy jeść posiłki gotowane, owoce i warzywa – codziennie. Pić ciepłą herbatkę z kopru włoskiego, rumianku, mięty, pokrzywy.

Przed lekarzami stosującymi metody św. Hildegardy stoi nie lada wyzwanie. Muszą doskonalić się w sposobach Jej terapii: postach, upustach krwi, leczeniu muzyką i kamieniami szlachetnymi. Najwięcej trudności może sprawić im zmiana myślenia u pacjentów w sposobie odżywiania się. Umiar w jedzeniu i piciu jest trudny do zaakceptowania przez współczesnego człowieka, który jest hedonistą.

Zdrowia nie można kupić, ale można go odzyskać metodą postu wg św. Hildegardy. Post oczyszczający (siedem dni) ciało i duszę, mniszka zaleca wszystkim: zdrowym, aby utrzymać dobrą kondycję ciała i duszy oraz chorym, aby odzyskali zdrowie. Życie z zasadami podanymi przez św. Hildegardę zapewnia nam gwarancję homeostazy w naszym organizmie. Wystarczy spróbować!



Z żalem i ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość,
że 7 września 2019 r. odeszła od nas
nasza Koleżanka Położna

śp. Krystyna Kubacka

Dziękujemy Ci, Krystyno, że byłaś z nami.

Pielęgniarka Przełożona, Położne/i i Pielęgniarki
Ośrodka Szpitalnego im. Madurowicza, ul Wileńska 37

„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
a wspomnień nikt nam nie obergerze,
zawsze będą z nami.”

Z żalem żegnamy Koleżankę Pielęgniarkę

śp. Urszulę Wactławiak

lat 59, zmarła 5 października 2019 r.

Byłaś koleżeńska, wesoła, miła, pracowita i taką Cię, Ulka, zapamiętamy.

Koleżanki i Koledzy z Centrum Onkologii Szpitala Kopernika w Łodzi

„Nigdy nie jesteśmy gotowi na takie pożegnanie”

Z ogromnym smutkiem żegnamy naszą Koleżankę Pielęgniarkę

śp. Edytę Pawulską

która na zawsze pozostanie w naszych sercach jako osoba: ciepła, wrażliwa, pracowita...
Po prostu wspinała.

Edytce

Koleżanki i Koledzy z Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego
im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Na wniosek osoby posiadającej dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo okręgowa rada pielęgniarek i położnych stwierdza lub przyznaje prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz dokonuje wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarka i położna stają się członkami samorządu z dniem wpisania do rejestru prowadzonego przez właściwą izbę.

Członkami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i pozostają wpisane do rejestru prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi jest jednostką organizacyjną samorządu, obejmującą zakresem swojego działania miasto Łódź oraz powiaty: bełchatowski, kutnowski, łęczycki, łódzki wschodni, opoczyński, pabianicki, pajęczański, piotrkowski, radomszczański, rawski, skierniewicki, tomaszowski, wieluński, zgierski.

Przypominamy o obowiązku dokonania wpisu do rejestru:

- ▶ w razie zgłoszenia zamiaru wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb pielęgniarka i położna są obowiązane dokonać wyboru okręgowej izby, której będą członkami
- ▶ w przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, a także w przypadku wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb, jeżeli w wyniku tego miałyby dojść do zmiany dotychczasowej okręgowej izby, pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie ich z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanym wyborze okręgowej izby, której chcą zostać członkami
- ▶ po otrzymaniu uchwały o wykreśleniu z rejestru z dotychczasowej okręgowej izby pielęgniarka i położna składają wniosek o wpis do rejestru wybranej przez siebie okręgowej izby
- ▶ w przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

Członkowie samorządu są obowiązani:

- ▶ postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu
- ▶ sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe
- ▶ przestrzegać uchwał organów izby
- ▶ regularnie opłacać składkę członkowską
- ▶ aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych – w ciągu 14 dni od dnia powstania zmian. Dotyczy to w szczególności: danych osobowych, adresu zamieszkania, informacji o ukończeniu kształcenia poddiplomowego, miejsca zatrudnienia



UPRAWNIENIA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

Członkowie samorządu mają prawo:

- ▶ wybierać i być wybierani do organów OIPiP w Łodzi
- ▶ korzystać z pomocy izby w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu
- ▶ korzystać z ochrony i pomocy prawnej izby
- ▶ korzystać z innych świadczeń izby i działalności samopomocowej
- ▶ członkowie OIPiP w Łodzi podlegają bezpłatnemu ubezpieczeniu w zakresie odpowiedzialności cywilnej związanej z wykonywaniem zawodu

Zapraszamy do korzystania z pomocy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w zakresie:

- ▶ **bezpłatnego udziału w formach kształcenia podyplomowego:**
 - szkoleniach specjalizacyjnych
 - kursach kwalifikacyjnych
 - kursach specjalistycznych
 - kursach doszkalających
- ▶ **bezpłatnego udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego**

Zasady udziału członków OIPiP w Łodzi w formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego m.in. organizowanego przez OIPiP w Łodzi określone zostały Uchwałą Nr 862/VI ORPiP w Łodzi z dnia 8 października 2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPiP w Łodzi: www.oipp.lodz.pl/zasady_przyznawania_dofinansowania

Wykaz prowadzonych form kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego organizowanego i finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi – aktualizowany jest na bieżąco na stronie internetowej: www.oipp.lodz.pl/ksztalcenie_podyplomowe

- ▶ **pomocy finansowej w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych członków samorządu**
Zasady udzielania zapomóg w ramach działalności OIPiP w Łodzi określone zostały Uchwałą nr 908/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2013 r. w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPiP w Łodzi www.oipp.lodz.pl/pomoc_socjalna
- ▶ **bezpłatnej pomocy prawnej dotyczącej wykonywanego zawodu**
Bezpłatne porady prawnika w siedzibie OIPiP w Łodzi
- ▶ **bezpłatnego korzystania z zasobów biblioteki OIPiP w Łodzi**
- ▶ **lektury Biuletynu OIPiP w Łodzi, zawierającego informacje dotyczące zarówno życia samorządu zawodowego jak i artykuły merytoryczne związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej**