

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Piełęgniarek i Położnych w Łodzi

11-12/2020



**Zdrowych i Wesółych
Świąt Bożego
Narodzenia
i Szczęśliwego
Nowego Roku 2021**

**Program ubezpieczeń
członków OIPIP w Łodzi**

4

**Czy pielęgniarka po
2-godzinym szkoleniu
może samodzielnie
pracować w OIT?**

14

**Niedoczynność tarczycy
w przebiegu ciąży**

16

**XIII Konferencja
Medycyny Ratunkowej
„Kopernik 2020”**

24

Szanowni Państwo
Koleżanki i Koleżki



W obecnej sytuacji epidemicznej w naszym kraju wychodząc naprzeciw potrzebom naszego środowiska zawodowego, które stanowi grupę szczególnie narażoną na niebezpieczeństwo zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi nieprzerwanie monitoruje sytuację związaną z zasobami kadrowymi, a także z występującymi problemami związanymi z zabezpieczeniem personelu w środki ochrony osobistej.

Członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi od początku trwania epidemii mogą korzystać z pomocy prawnej i merytorycznej, ale również na bieżąco podejmowane są nowe doraźne działania, wynikające z potrzeby sytuacji kryzysowej.

Samorząd Łódzki czyni intensywne starania o zakup środków zabezpieczenia osobistego. Przeznaczono już na ten cel z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi kwotę ponad 600 000 zł. W pierwszej kolejności środki te trafiły na oddziały SOR, do izb przyjęć oraz oddziałów zakaźnych.

Pomimo zgłaszanych znacznych niedoborów w obsadzie pielęgniarskiej – wielokrotnie sygnalizowanych przez samorząd – personel pielęgniarski i położniczy nieprzerwanie wykonuje świadczenia zdrowotne i zapewnia opiekę nad pacjentami – pozostając „na pierwszej linii” walki z koronawirusem.

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koleżki, Wielu z Nas pamięta początki ogłoszenia pandemii. Zapewne zapamiętamy je na zawsze... Słowa podziękowania, podziwu i wielkiego uznania za Waszą pracę i oddanie kierując do wszystkich Państwa, Przedstawicieli Naszych Zawodów bez wyjątku.

Przed nami Święta Bożego Narodzenia, które stoją u progu 2021 roku. Niech nadchodzący czas przyniesie Wszystkim Koleżankom i Kolegom, Pielęgniarkom, Pielęgniarzom, Położnym i Waszym Rodzinom wiele szczęścia, wiary oraz nadziei, a pomyślność, bezpieczeństwo i dobre zdrowie nie opuszcza Państwa przez każdy dzień Nowego Roku.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi


Agnieszka Kałużna

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 II i IV 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”

Agnieszka Głowacka
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

DZIAŁ PRAWNY 13

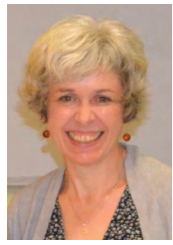
PRAKTYKA ZAWODOWA 16

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 24

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 30

POŻEGNANIA 35

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: Agnieszka Głowacka
Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 16, 17, 20, 33
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



Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy

Czas szybko mija i już po raz ostatni w tym roku kalendarzowym spotykamy się za pośrednictwem stron biuletynu, do którego lektury zachęcam. W tym wydaniu będą mogli Państwo znaleźć między innymi informacje dotyczące diagnostyki COVID-19. Stanowią one pewnego rodzaju uzupełnienie tematyki przedstawionej w sprawozdaniu z konferencji „Kopernik” podczas, której poruszone zostało kilka bardzo ważnych obecnie tematów. W zimowym numerze biuletynu, poruszyliśmy jeszcze inne istotne zagadnienia jak opinia prawnika dotycząca przeszkolenia pielęgniarek do pracy w OIT. Mam nadzieję, że znajdą Państwo chwilkę na lekturę biuletynu i że każdy znajdzie w nim coś ważnego i ciekawego dla siebie. Zachęcam również do współpracy np. poprzez przysyłanie interesujących Państwa tematów, które warto byłoby poruszyć na łamach naszego czasopisma.

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia w imieniu całego Zespołu Redakcyjnego pragnę złożyć Państwu najserdeczniejsze życzenia dobrych niosących wytchnienie od codziennych trudów Świąt, a w Nowym Roku dużo optymizmu i wiary w pogodne jutro.

Agnieszka Głowacka

Posiedzenia i głosowania przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość na podstawie art. 14 h Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U.2020.374 ze zm.)

XXXIV posiedzenie ORPiP w dniu 20 października 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek i 3 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 5 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki OIPiP w Łodzi i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarek.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek.
- ▶ 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:

- wydano zaświadczenia o odbytych przeszkoleniach – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano wpisu do SMK i dokonano wpisu zmiany dotychczasowych danych dla 2 kursów kwalifikacyjnych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskami organizatora kształcenia.
- ▶ Wyrażono zgodę na spłatę na raty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP – zgodnie z wnioskiem pielęgniarki.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – udział w konferencji – 1 osobie.
- ▶ Podjęto decyzję o wystąpieniu do Wojewody Łódzkiego i Konsultanta Krajowego o powołanie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, dla województwa łódzkiego oraz wskazano kandydata do pełnienia niniejszej funkcji.
- ▶ Zatwierdzono:
 - realizację i koszty 2 szkoleń specjalizacyjnych finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi;
 - kadre dydaktyczną dla 3 szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi;
 - komisje kwalifikacyjne dla 2 szkoleń specjalizacyjnych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
- Instrukcję Obiegu Dokumentów i załatwiania spraw w Dziale Rejestru biura OIPiP w Łodzi;
- zakup zdjęć – opłatę licencyjną do wydawanego Biuletynu OIPiP w Łodzi;
- wykonanie i montaż osłon przy z płyty bezbarwnej pleksi do biura OIPiP w Łodzi;
- zakup do biura OIPiP w Łodzi 2 zestawów komputerowych i 14 sztuk akumulatorów do UPS-ów biurkowych;
- wynagrodzenia dla osób prowadzących szkolenia w ramach prewencji ORZOZ w zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych;

- pokrycie kosztów udzielania porad psychologicznych pielęgniarkom i położnym członkom OIPiP w Łodzi, związanych z niebezpieczeństwem zarażenia koronawirusem SARS-CoV-2 – dane do kontaktu z psychologiem zamieszczone na str. internetowej OIPiP;
- koszty budowy parkingu dla samochodów oraz przebudowy wewnętrznego układu drogowego wraz z odwodnieniem i oświetleniem przy siedzibie OIPiP w Łodzi;
- zmianę na stanowisku Inspektora Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 3 kursów kwalifikacyjnych i 8 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.

LXIV posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 28 października 2020 r.

- ▶ Przyznano na czas określony prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarek i 3 pielęgniarki.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przedłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Przyznano członkowi OIPiP w Łodzi 1 zapomogę losową, w wysokości 2500 zł.
- ▶ Zatwierdzono:
 - koszty montażu 2 kompletnych punktów świetlnych wraz z wykonaniem linii kablowej wzdłuż siedziby OIPiP w Łodzi;
 - koszty zakupu środków ochrony osobistej tj. osłon twarzy typu „Face Cover C19” dla członków OIPiP w Łodzi wykonujących pracę w nowotworzonych szpitalach przeznaczonych dla pacjentów z OIPiP-19 na terenie OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 2 kursów kwalifikacyjnych i 1 kursu specjalistycznych u 1 organizatora kształcenia podyplomowego.

XXXV posiedzenia ORPiP w dniu 18 listopada 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarek i 1 pielęgniarkę.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.

- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki OIPiP w Łodzi i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarki.
- ▶ 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:
 - wydano zaświadczenie o odbytych przeszkoleniach – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Zatwierdzono:
 - prenumeratę czasopisma „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” dla rejonów wyborczych/zakładów i organów w roku 2021, finansowaną z budżetu OIPiP w Łodzi (481 egzemplarzy);
 - dofinansowanie z budżetu OIPiP działalności Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych OIPiP w 2021 roku;
 - kontynuację ubezpieczenia członków OIPiP w Łodzi od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej na rok 2021 finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi – warunki ubezpieczenia na stronie internetowej OIPiP oraz w Biuletynie na stronach 4–7;
 - zmiany godzin pracy biura OIPiP: w dniu 24 grudnia 2020 r. będzie nieczynne a w dniu 31 grudnia 2020 r. czynne w godzinach 8.00–14.00;
 - honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 9–10/2020;
 - zgodę na zorganizowanie szkolenia on-line przez Komisję Pielęgniarek Operacyjnych OIPiP w Łodzi – webinarium dla pielęgniarek operacyjnych;
 - remont pomieszczeń biurowych i korytarza na parterze w siedzibie OIPiP w Łodzi;
 - zawarcie umowy z firmą TOYA Sp. z o.o. w Łodzi na dostęp do internetu z gwarancją przepustowości dla OIPiP i wykonaniem przyłącza telekomunikacyjnego w technologii optycznej w oparciu o światłowód jednomodowy;
 - zmiany do kosztów budowy parkingu dla samochodów oraz przebudowy wewnętrznego układu drogowego wraz z odwodnieniem i oświetleniem przy siedzibie OIPiP w Łodzi;
 - wykonania donic zewnętrznych przed siedzibą OIPiP w Łodzi;
 - przedłużono do dnia 31 grudnia 2020 r. termin przysyłania prac do Biuletynu OIPiP na konkurs: Moja historia z czasów „Korony” – doświadczenia pielęgniarki/położnej w dobie Covid-19.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP



Program dobrowolnych ubezpieczeń członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2021

I. Ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej, za które składka opłacana jest przez OIPIP w Łodzi ze składek członkowskich

Suma ubezpieczenia: 6000,00 euro

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej: odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- pracownicza regresowa,
- za szkody związane z posiadaniem mieniem (wyposażenie gabinetu),
- za szkody w mieniu powierzonym przez zlecającego pracę dla celów wykonywania czynności zawodowych,
- za szkody będące następstwem pobrania, przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych, komórek lub tkanek ludzkich,
- odpowiedzialność o charakterze administracyjnym w związku z wykonywanym zawodem,
- wyniki z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych,
- oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzielaniem tym osobom nagłej oraz standardowej pomocy.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez OIPIP i nie tylko, itp.).

Za szkodę osobową uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Za szkodę rzeczową uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej albo nieruchomości a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jego mienie.

Zakres terytorialny: Polska

Udział własny zniesiony.

TRIGGER: Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

II. Rozszerzenie programu dla członków OIPIP

Składka opłacana indywidualnie

Wszystkie ubezpieczenia dodatkowe ubezpiecza się na okres 12 miesięcy. Składka płatna jednorazowo.

1. Dobrowolne ubezpieczenie OC osób wykonujących zawód medyczny z rozszerzeniem o HIV, HBS i inne choroby zakaźne, odpowiedzialność związana z wykonywaniem zawodu oraz udzielaniem pierwszej pomocy

Składka roczna uzależniona jest od wysokości wybranej sumy gwarancyjnej:

Suma ubezpieczenia	Składka roczna
100 000 zł	40 zł
250 000 zł	55 zł
500 000 zł	65 zł
750 000 zł	70 zł
1 000 000 zł	85 zł

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna w związku z wykonywaniem zawodu, bez względu na czas i miejsce oraz istnienie stosunku pracy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- za szkody związane z posiadaniem mieniem (wyposażenie gabinetu),
- za szkody w ruchomościach najmowanych lub dzierżawionych od osób trzecich, służących wyłącznie dla celów wykonywania czynności zawodowych – odpowiedzialność do limitu 100 000 zł
- za szkody w mieniu powierzonym przez zlecającego pracę dla celów wykonywania czynności zawodowych,
- za szkody będące następstwem pobrania, przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych, komórek lub tkanek ludzkich,
- odpowiedzialność o charakterze administracyjnym w związku z wykonywanym zawodem,
- wyniki z przeniesienia wirusa HIV, Hbs i innych chorób zakaźnych.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody spowodowane nieumyślnie, w tym wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego/Ubezpieczonego.

Zakresem ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone osobom trzecim w związku z niezawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych (w tym szkody wynikłe ze świadczeń wykonywanych bezpłatnie sąsiadom, w ramach wolontariatu, akcje organizowane przez OIPIP i nie tylko, itp.).

Za szkodę osobową uważa się straty powstałe wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Za szkodę rzeczową uważa się straty powstałe wskutek zniszczenia lub uszkodzenia rzeczy ruchomej albo nieruchomości a także utracone przez poszkodowanego korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby nie zostało zniszczone lub uszkodzone jego mienie.

Zakres terytorialny: Polska

Udział własny zniesiony.

TRIGGER: Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

2. Ubezpieczenie NNW z ubezpieczeniem na wypadek zarażenia się wirusem HIV/WZW

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zwrot kosztów poniesionych na:

badanie na obecność wirusów HIV i WZW	do kwoty 1000 zł na wszystkie badania
zakup leków antyretrowirusowych HIV	do kwoty 5000 zł
jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW typu C	20 000 zł
jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW typu B	10 000 zł
jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem HIV	50 000 zł

- suma ubezpieczenia NNW:

Suma ubezpieczenia	Składka
10 000 zł	80 zł
20 000 zł	87 zł
50 000 zł	95 zł

Zawarcie ubezpieczenia

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku dostępnego na stronie internetowej

www.secesja-ubezpieczenia.pl

oraz przesłanie go do biura MAU Secesja Sp. z o.o.:

- fax: 42 637 78 00;
- e-mail: kontakt@secesja-ubezpieczenia.pl;
- pocztą tradycyjną

Zapraszamy również do odwiedzenia naszego biura, gdzie możecie Państwo zawrzeć ubezpieczenie osobiście:

Miejska Agencja Ubezpieczeniowa „Secesja” Sp. z o.o.
ul. Piotrkowska 233,
90-456 Łódź

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod nr telefonu 42 637 78 00 lub 42 637 33 11. Nasi doradcy chętnie pomogą Państwu.



Program obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2021

Dedykowany pielęgniarce lub położnej wykonującym działalność leczniczą w formie:

- **jednoosobowej działalności gospodarczej jako:** indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- **spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych.**

I. OBOWIĄZKOWE ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r., (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).

Zgodnie § 2. 1. ww. rozporządzenia ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, o których mowa w § 1, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;
- 2) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- 3) polegających na zapłacie kar umownych;
- 4) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia.

Suma gwarancyjna:

30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC

Składka roczna: 55 zł

Składka (zawierająca zniżkę) możliwa do zastosowania pod warunkiem bezszkodowego przebiegu ubezpieczeń u poszczególnych ubezpieczonych.

Okres ubezpieczenia: roczny.

II. Ubezpieczenie DOBROWOLNE podwyższające wysokość sumy gwarancyjnej. Ubezpieczenie nadwyżkowe

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego działalności leczniczej lub wykonywaniem zawodu pielęgniarki.

Zakres ubezpieczenia

Ergo Hestia udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego, który podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej w zakresie:

- nie objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej,
- objętym tym obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą być zaspokojone z tytułu tego obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z powodu wyczerpania sumy gwarancyjnej (ubezpieczenie nadwyżkowe).

Ergo Hestia udziela ochrony ubezpieczeniowej w granicach odpowiedzialności ustawowej ubezpieczonego z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).

Ochroną ubezpieczeniową objęte są także szkody wyrządzone w wyniku rażącego niedbalstwa.

TRIGGER – act committed. – Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje roszczenia dotyczące szkód powstałych ze zdarzeń zaistniałych w okresie trwania ubezpieczenia, choćby poszkodowani (uprawnieni) zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia.

Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody będące następstwem wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Suma gwarancyjna	Składka roczna
100 000 zł	40 zł
250 000 zł	55 zł
500 000 zł	65 zł
750 000 zł	70 zł
1 000 000 zł	85 zł

Zawarcie ubezpieczenia

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku online lub tradycyjnego dostępnego na stronie internetowej

www.secesja-ubezpieczenia.pl

oraz przesłanie go do biura MAU Secesja Sp. z o.o.:

- fax: 42 637 78 00
- e-mail: kontakt@secesja-ubezpieczenia.pl
- pocztą tradycyjną

Zapraszamy również do odwiedzenia naszego biura, gdzie możecie Państwo zawrzeć ubezpieczenie osobiście:

Miejska Agencja Ubezpieczeniowa „Secesja” Sp. z o.o.
ul. Piotrkowska 233,
90-456 Łódź

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt pod nr telefonu 42 637 78 00 lub 42 637 33 11. Nasi doradcy chętnie pomogą Państwu oraz udzielą szczegółowych informacji.

Informacja dla pielęgniarek i położnych ubiegających się o zapomogę z tytułu zachorowania na COVID-19

W związku z pytaniami dotyczącymi możliwości otrzymania zapomogi z zachorowania na COVID-19 wskazujemy, że zasady przyznawania zapomóg określa **Regulamin udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**. Regulamin wraz ze wzorem wniosku dostępny jest na stronie internetowej: <http://www.oipp.lodz.pl>

W przypadku składania wniosku o zapomogę z tytułu zachorowania na COVID-19 przesłankami do przyznania świadczenia będą w szczególności:

- pobyt w szpitalu,
- ciężki przebieg i powikłania choroby.

Jeżeli ww. okoliczności wystąpiły, prosimy o załączenie do wniosku odpowiednich dokumentów. Wnioski o zapomogi będą rozpatrywane na bieżąco.

Komunikat Działu Kształcenia

W związku z upływem czasu i niepewną sytuacją epidemiczną w naszym kraju, podjęliśmy decyzję o wznowieniu zajęć teoretycznych metodą online korzystając z platformy Microsoft Teams. W pierwszej kolejności powróciliśmy z zajęciami teoretycznymi na specjalizacjach, które w marcu zostały zawieszane. Następnie systematycznie będziemy rozpoczynać nowe kursy. Należy mieć na uwadze, iż na ten moment nie możemy realizować zajęć praktycznych. Planujemy od nowego roku ruszyć z kursami specjalistycznymi.

Dział Kształcenia prowadzi listy osób zainteresowanych na szkolenia i kursy – zgłoszenia indywidualne i grupowe prosimy dokonywać poprzez wysłanie wiadomości email na adres szkolenia@oipp.lodz.pl lub kursy@oipp.lodz.pl z uwzględnieniem danych takich jak: rodzaj i dziedzina kształcenia, imię, nazwisko, telefon i adres mailowy osoby zainteresowanej.

O wznowieniu prowadzenia zajęć uczestnicy poszczególnych szkoleń i kursów zostaną poinformowani mailowo lub SMS-owo.

Ponadto zapraszamy do zapoznania się z informacjami udostępnionymi na stronie internetowej OIPIP w Łodzi – www.oipp.lodz.pl. W Dziale Kształcenia Podyplomowego znajdziecie Państwo m.in. najważniejsze informacje dotyczące kształcenia podyplomowego, instrukcję do Systemu Monitorowania Kształcenia oraz komunikaty dotyczące prowadzonych rekrutacji na kursy i szkolenia, a także wsparcia psychologicznego poprzez spotkania z panią psycholog poprzez Skeypa.

Stanowisko Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID w sprawie możliwości wykorzystania testów wykrywających antygen SARS-CoV-2 w diagnostyce COVID-19 w Polsce z dnia 21.10.2020

Diagnostyka zakażeń SARS-CoV-2

Celem badań diagnostycznych jest identyfikacja zakażeń SARS-CoV-2 u osób z objawami wskazującymi na COVID-19 oraz u osób bezobjawowych, które w niedawnym czasie miały pewny lub prawdopodobny kontakt z zakażonym SARS-CoV-2 (dochodzenie epidemiologiczne).

Badania skriningowe służą identyfikacji zakażeń u osób bezobjawowych, bez udokumentowanej/prawdopodobnej ekspozycji na zakażenie, w celu zapobiegania dalszej transmisji zakażeń.

Testy molekularne

Złotym standardem diagnostycznym w diagnostyce COVID-19 jest wykrywanie materiału genetycznego (RNA) poprzez swoistą amplifikację kwasów nukleinowych (NAAT) wirusa SARS-CoV-2 metodą RT-PCR w materiale z dróg oddechowych.

Do czasu walidacji przydatności innych materiałów klinicznych, w celu wykrycia materiału genetycznego wirusa materiałami zalecanymi do badań są:

Z górnych dróg oddechowych:

- wymazy z nosogardzieli
- wymazy z gardła i błon śluzowych nosa pobierane jednocześnie

Z dolnych dróg oddechowych:

- płwocina, pod warunkiem, że pacjent odkrztusza ją w sposób nie indukowany (ze względu na ryzyko powstawania aerozolu i transmisji zakażenia nie zaleca się indukowania płwociny w celach diagnostycznych)
- aspiraty tchawicze lub popłuczyny oskrzelikowo-pęcherzykowe (u pacjenta zaintubowanego)

Zasady pobierania i transportu materiału do badań molekularnych w kierunku SARS-CoV-2 zostały opisane w oddzielnym dokumencie.¹

Badania molekularne należy wykonywać w laboratoriach, które spełniają kryteria opracowane przez Zespół ds. koordynacji sieci laboratoriów COVID i zostały wpisane przez Ministerstwo Zdrowia do wykazu laboratoriów COVID.²

WHO zaleca wykorzystywanie testów molekularnych typu RT-PCR wykrywających przynajmniej dwa różne fragmenty genomu SARS-CoV-2-^{2,3} jeśli pozwalają na to posiadane zasoby, a w krajach o ustalonej trwałej transmisji SARS-CoV-2 (community transmission) dozwolone jest wykorzystanie testów wykrywających tylko pojedynczy obszar genomu wirusa.⁴

Interpretacja wyników badań molekularnych

Wynik dodatni świadczy o obecności materiału genetycznego SARS-CoV-2 (zakażeniu), ale nie jest jednoznaczny z zakaż-

nością. Zakaźność zależy od fazy zakażenia. Wirusowy RNA może utrzymywać się w drogach oddechowych do 6 tyg., ale zakaźność u większości pacjentów ustaje po ok. 8 dniach od wystąpienia objawów (u pacjentów z niedoborami odporności może trwać dłużej do ok. 3 tyg). W związku z powyższym, u pacjenta z potwierdzonym rozpoznaniem zakażenia SARS-CoV-2 nie zaleca się obecnie wykonywania kontrolnych badań molekularnych w celu stwierdzenia eliminacji wirusa.

Wynik wątpliwy testu molekularnego (nierozstrzygujący) nie wyklucza ani nie potwierdza zakażenia. W takim przypadku zalecane jest powtórzenie badania przy użyciu innego testu lub powtórzenie badania tym samym testem kolejnej próbki od pacjenta po upływie ≥ 24 godz.

Pojedynczy wynik ujemny nie wyklucza zakażenia i nie może być traktowany jako jedyne kryterium diagnostyczne, szczególnie w przypadkach, gdy obraz kliniczny lub wywiad epidemiologiczny nasuwają istotne podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2. W takich sytuacjach zalecane jest powtórzenie badania.⁵

Jeśli w pierwszorazowym badaniu molekularnym uzyskano wynik ujemny, badanie należy powtórzyć, gdy:

- zostało wykonane nieprawidłowo (np. niewłaściwie pobrany lub przechowywany materiał) – kolejne badanie należy zlecić niezwłocznie;
- istnieje duże prawdopodobieństwo zakażenia ocenione na podstawie wywiadu epidemiologicznego i obrazu klinicznego (ew. innych badań np. tomografii komputerowej klatki piersiowej) – kolejne badanie zlecić w okresie 24–48 godz. po pobraniu pierwszej próbki;
- stwierdzone jest nasilenie objawów ze strony układu oddechowego – kolejne badanie zlecić w okresie 24–48 godz. po pobraniu pierwszej próbki;
- pacjent wymaga intubacji i jest możliwość pobrania materiału z dolnych dróg oddechowych.

Testy antygenowe

Testy antygenowe wykrywające antygeny SARS-CoV-2 w materiale z dróg oddechowych dopuszczone do użytku przez FDA i/ lub EMA charakteryzują się niższą czułością niż testy PCR, ale wysoką swoistością. Testy te dają wyniki dodatnie w okresie, gdy ilość wirusa w drogach oddechowych jest największa, czyli zazwyczaj 1–3 dni przed wystąpieniem objawów do 5–7 dni po wystąpieniu objawów.⁶

Zgodnie z rekomendacjami WHO, test antygenowy do użytku diagnostycznego powinien charakteryzować się czułością $\geq 80\%$ i swoistością $\geq 97\%$ w porównaniu do testów molekularnych. Ze względu na poważne konsekwencje wyników fałszywie ujemnych, zespół ekspertów w Polsce zaleca, by do diagnostyki

używać testów antygenowych o czułości diagnostycznej $\geq 90\%$ i swoistości diagnostycznej $\geq 97\%$.

Wg wytycznych WHO i CDC testy antygenowe mogą być wykorzystywane między innymi do diagnostyki zakażeń u pacjentów objawowych w ciągu pierwszych 5–7 dni od wystąpienia objawów. Mogą być przydatne w ośrodkach, gdzie czas oczekiwania na wyniki testu molekularnego jest długi. W celu zwiększenia dostępności do testu molekularnego w ww. grupie pacjentów, zwłaszcza w ogniskach zakażeń, dopuszczalne jest wstępne badanie testem wykrywającym antygen SARS-CoV-2. W takim przypadku osoby z wynikiem pozytywnym należy traktować jako zakażone, zaś pozostałe osoby z wynikiem ujemnym poddać badaniu metoda NAAT.⁸

U pacjentów bezobjawowych, u których istnieje ryzyko/podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2 należy wykonać test molekularny. W celu zwiększenia dostępności do testu molekularnego w ww. grupie pacjentów, zwłaszcza w ogniskach zakażeń, można wstępne badanie przeprowadzić testem wykrywającym antygen SARS-CoV-2 i osoby z wynikiem pozytywnym traktować jako zakażone, zaś pozostałe osoby z wynikiem ujemnym poddać badaniu metodą NAAT.⁹

Ze względu na krótki czas uzyskania wyniku i brak konieczności stosowania zaawansowanej aparatury badawczej testy antygenowe mogą być stosowane bezpośrednio w miejscu opieki nad pacjentem (point of care testing, POCT, np. w Izbach Przyjęć lub Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych), jeśli producent uwzględnił taką możliwość w procedurze rejestracyjnej wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro.

Interpretacja wyników testów antygenowych

Wynik dodatni testu antygenowego spełniającego ww. kryteria z dużym prawdopodobieństwem świadczy o zakażeniu SARS-

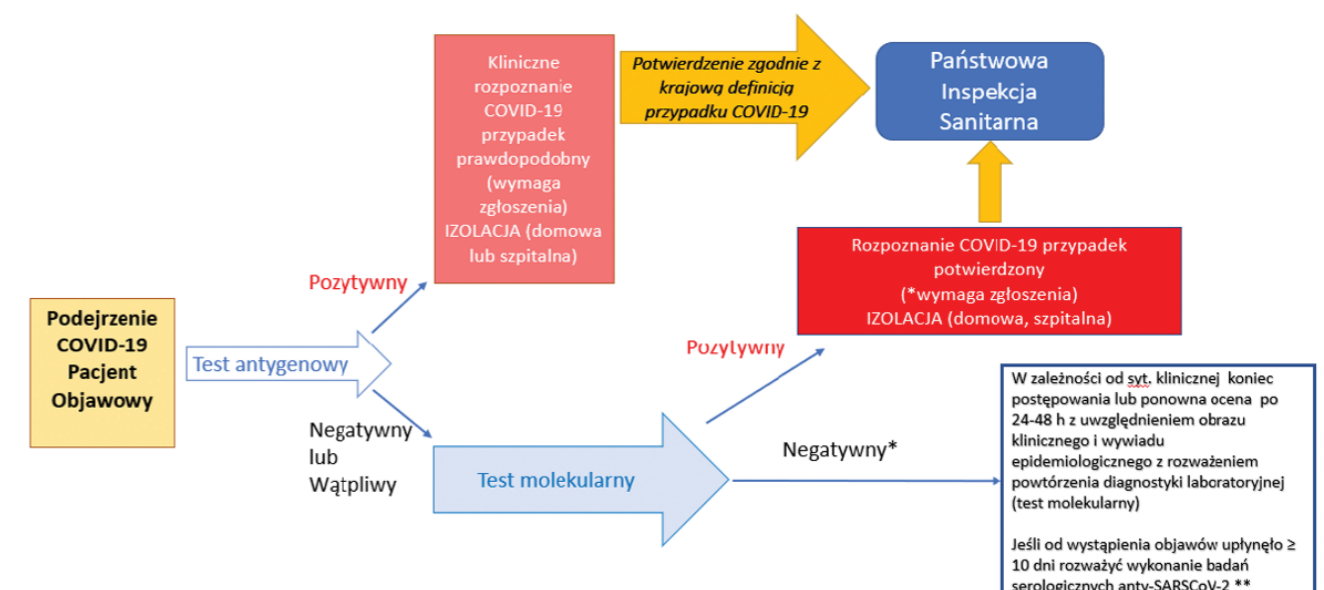
-CoV-2 (na razie brak danych na temat zastosowania testów antygenowych do oceny zakaźności). Ze względu na fakt, że zgodnie z wytycznymi WHO oraz definicją przypadku COVID-19 stosowaną w europejskim nadzorze epidemiologicznym¹⁰, zgłoszenie przypadku potwierdzonego COVID-19 w krajach UE wymaga wykrycia materiału genetycznego SARS-CoV-2, wynik dodatni testu antygenowego, nie jest obecnie wystarczający do ostatecznej klasyfikacji przypadku COVID-19 dla potrzeb nadzoru epidemiologicznego.

Ujemny wynik testu antygenowego nie wyklucza zakażenia. U pacjenta z objawami lub podejrzeniem zakażenia wymaga weryfikacji testem molekularnym. Podobnie, weryfikacji testem molekularnym wymaga również wątpliwy wynik testu antygenowego.

Kluczowe informacje:

- u pacjenta z potwierdzonym rozpoznaniem zakażenia SARS-CoV-2 nie zaleca się obecnie wykonywania kontrolnych badań molekularnych w celu stwierdzenia eliminacji wirusa;
- wynik wątpliwy testu molekularnego (nierozstrzygujący) nie wyklucza ani nie potwierdza zakażenia: konieczne jest powtórzenie badania lub zbadanie kolejnej próbki od pacjenta;
- pojedynczy ujemny wynik badania molekularnego nie wyklucza zakażenia i nie może być traktowany jako jedyne kryterium diagnostyczne;
- ujemny wynik testu antygenowego nie wyklucza zakażenia;
- osoby objawowe z dodatnim wynikiem testu wykrywającego antygen SARS-CoV-2 należy traktować jak zakażone, natomiast osoby z ujemnym wynikiem tego testu wymagają wykonania badania molekularnego;
- do zgłoszenia przypadku potwierdzonego COVID-19 konieczny jest pozytywny wynik badania molekularnego.

Algorytm diagnostyki COVID-19 z użyciem testu antygenowego w lecznictwie otwartym, zamkniętym i SOR / IP



* W przypadku wyniku nierozstrzygującego RT-PCR wykonać badanie kolejnej próbki od pacjenta pobranej po 24h

** Uzupełniające badanie 2 klas przeciwciał, w tym IgG, metodą immunochemiczną lub inną pozwalającą na wykrycie wczesnej odpowiedzi humoralnej anty-SARSCoV-2, w miarę możliwości porównanie wyniku dwóch próbek od pacjenta pobranych odpowiednio w fazie nasilonych objawów jak i w fazie rekonwalescencji.

Wymagania jakościowe w stosunku do testów antygenowych:

- swoistość diagnostyczna $\geq 97\%$
- czułość diagnostyczna $> 90\%$

Wymagane zmiany formalne i organizacyjne dla wprowadzenia proponowanych rozwiązań

1. Rekomendacja zmiany krajowej definicji przypadku COVID-19

Intencją Zespołu jest umożliwienie zgłaszania przypadków prawdopodobnych, które nie spełniają kryterium epidemiologicznego i spełniają kryterium kliniczne, potwierdzone dodatnim wynikiem testu antygenowego, a także możliwość stosowania testów molekularnych wykrywających jeden obszar genomu SARS-CoV-2 bez konieczności spełniania klauzuli braku środków w laboratorium.

Aktualna na dzień 19.10.2020 r., krajowa definicja przypadku COVID-19¹¹ w swoich zapisach nie dopuszcza jednoznacznie stosowania proponowanych działań zwiększających wydajność diagnostyki COVID-19. Z tego względu Zespół przedstawia propozycje zmian w obecnej krajowej definicji przypadku COVID-19, które w jego ocenie mogą spełnić ww. potrzeby w możliwie minimalnym stopniu ingerując w wywiązanie się Polski z obowiązku raportowania danych o zakażeniach COVID-19 do europejskiego systemu nadzoru epidemiologicznego i bazy TESSy.

Zespół stoi na stanowisku, że proponowane zmiany usprawnią diagnostykę COVID-19 w kraju w okresie gwałtownego narastania liczby zachorowań i jednocześnie przygotowują system organizacji diagnostyki do zmiany definicji przypadku COVID-19 stosowanej w europejskim nadzorze epidemiologicznym. Proponowane poniżej zmiany krajowej definicji przypadku COVID-19 są zdaniem Zespołu wskazane do jednoznacznego uwzględnienia dodatniego wyniku testu antygenowego do zgłoszenia przypadku prawdopodobnego COVID-19 celem udroźnienia diagnostyki COVID-19 w sytuacji niewydolności systemu badań RT-PCR, wykonywanych przez laboratoria COVID-19 autoryzowane przez MZ. Propozycje uzupełnień i korekt definicji przedstawiono w kolorze czerwonym.

Ekspertki z zakresu epidemiologii i europejskiego nadzoru epidemiologicznego powinni ocenić, czy proponowane przez Zespół zmiany definicji i ich zakres są niezbędne do zrealizowania w praktyce przedstawionej wyżej intencji Zespołu.

Definicja przypadku na potrzeby nadzoru nad zakażeniami ludzi SARS-CoV-2 (COVID-19) (definicja z dnia XX.YY.2020) – wg propozycji z dnia 19.10.2020 r.

Kryteria kliniczne

Każda osoba u której wystąpił co najmniej jeden z poniższych objawów: kaszel, gorączka, duszność, utrata węchu o nagłym początku, utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku

Kryterium diagnostyki obrazowej

Zmiany w obrazie radiologicznym płuc wskazujące na COVID-19

Kryterium diagnostyki pomocniczej

- wykrycie antygenu SARS-CoV-2 w materiale klinicznym

Kryterium laboratoryjne

- wykrycie kwasu nukleinowego SARS-CoV-2 w materiale klinicznym

Kryteria epidemiologiczne

Każda osoba, która w okresie 14 dni przed wystąpieniem objawów spełniała co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- miała bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym). Jako bliski kontakt należy rozumieć:
 - przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą, w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15 minut,
 - bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem COVID-19 (np. podanie ręki),
 - bezpośredni kontakt bez środków ochronnych z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
- przebywanie w tym samym pomieszczeniu co chory z COVID-19 przez co najmniej 15 minut (np. w mieszkaniu, w klasie, poczekalni szpitala/przychodni, sali konferencyjnej),
- kontakt na pokładzie samolotu lub innych środków transportu zbiorowego obejmujący:
 - 1. osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19;
 - 2. osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę nad osobą z COVID-19, członkowie załogi obsługującej sekcję, w której znajduje się chory.

Uwaga: W przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu, w której ta osoba przebywała, a w przypadku jej przemieszczania się po środku transportu na całym jego pokładzie.

personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania

- przebywała (jako pensjonariusz) lub była członkiem personelu w placówce opiekuńczej/opieki długoterminowej, w której potwierdzono transmisję COVID-19.

Klasyfikacja przypadku

A Przypadek możliwy, [4]

Każda osoba spełniająca kryteria kliniczne

B Przypadek prawdopodobny

Każda osoba spełniająca kryterium kliniczne oraz kryterium epidemiologiczne

lub

Każda osoba spełniająca kryterium diagnostyki obrazowej lub

Każda osoba spełniająca kryterium diagnostyki pomocniczej

C Przypadek potwierdzony

Każda osoba spełniająca kryterium laboratoryjne przypadku potwierdzonego

Uwaga: diagnostyka laboratoryjna powinna być przeprowadzana w przypadku każdej osoby wykazującej objawy ostrej infekcji układu oddechowego (z uwzględnieniem kryteriów klinicznych podanych w definicji, jak również objawów mniej specyficznych: ból głowy, bóle mięśni, dreszcze, zmęczenie, wymioty i/lub biegunka) oraz dodatkowo na podstawie indywidualnej oceny lekarza zlecającego lub służb sanitarno-epidemiologicznych

[1] Próbki materiału klinicznego z dolnych dróg oddechowych (popłuczyny pęcherzykowo-oskrzelowe (BAL), bronchoaspirat, odkrztuszana płwocina) mają większą wartość diagnostyczną niż próbki z górnych dróg oddechowych (np. wymaz z nosogardła)

[2] Jeżeli to możliwe, należy wykonać sekwencjonowanie

[3] W przypadku poważnych niedoborów odczynników w konkretnym laboratorium można zastosować uproszczony algorytm testowania – badanie pojedynczego obszaru genowego zamiast dwóch albo pulowanie próbek pochodzących od osób o niskim ryzyku zakażenia (bezoobjawowych)

[4] Jako przypadek możliwy powinien zostać zaklasyfikowany każdy objawowy przypadek podejrzenia COVID-19 zgłoszony przez lekarza, w którym nie zlecono wykonania badań laboratoryjnych

- <https://www.gov.pl/attachment/8bcf3838-6748-481a-a030-36c16a-e1404c>
- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>
- <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1302661/retrieve>
- <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272454/retrieve>
- <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1302661/retrieve>
- <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1302653/retrieve>
- https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-rd-blue-print-diagnostics-tpp-final-v1-0-28-09-jc-ppc-final-cmp.pdf?sfvrsn=af73a99a_2&download=true
- <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1302653/retrieve>
- <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1302653/retrieve>
- <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>

Opracowanie zbiorowe w składzie
 Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat
 Konsultant Krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej;
 Dr. hab. n. med. Rafał Gierczyński
 Zastępca Dyrektora ds. Bezpieczeństwa Epidemiologicznego i Środowiskowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
 Dr n. med. Eliza Głódowska-Mrówka
 przedstawiciel Instytutu Hematologii i Transfuzjologii;
 Dr n. farm. Monika Jabłonowska
 konsultant wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej województwa mazowieckiego;
 Mgr Justyna Marynowska
 Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
 Mgr Anna Miszczak
 Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia

XVI EDYCJA KONKURSU

Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

Innowacje Roku 2020 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej w odniesieniu do wyzwań związanych z epidemią COVID-19

Komunikat I, 15 listopada 2020 r.

XVI Edycja Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku

Zapraszamy do udziału w kolejnej edycji konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku. Tematem tegorocznej XVI już edycji są „Innowacje roku 2020 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej w odniesieniu do wyzwań związanych z epidemią COVID-19”.

Celem konkursu jest nobilitacja osób, których działalność poprzez wdrożone w 2020 r. innowacje w obszarze praktyki pielęgniarskiej przyczyniły się znacząco do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjenta i miały wpływ na sytuację zdrowotną pacjenta lub określonej populacji odbiorców świadczeń zdrowotnych w stanie epidemii wywołanych wirusem SARS-CoV-2.

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

Zachęcamy do udziału w konkursie, aby na zakończenie Międzynarodowego Roku Pielęgniarki i Położnej pokazać nasze sukcesy i innowacje w zapewnieniu lepszej jakości opieki dla chorych w roku pandemii COVID-19.

Harmonogram Konkursu:

- Przesyłanie zgłoszeń – do 31 grudnia 2020 r.
- Ocena formalna projektów na poziomie ZG PTP – do 31 stycznia 2021 r.
- Ocena merytoryczna projektów – do 15 lutego 2021 r.
- Wyłonienie finalistów – do 28 lutego 2021 r.

Wszystkie informacje dotyczące Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarski Roku „Innowacje Roku 2020 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej w odniesieniu do wyzwań związanych z epidemią COVID-19” dostępne są na stronie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: www.ptp.net.pl

Zgłoszenia należy przysyłać na adres:

agnieszka.glowacka@wp.pl

**Stanowisko nr 48
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2020 r.**

w sprawie poprawy bezpieczeństwa pacjentów przebywających w szpitalach psychiatrycznych oraz zatrudnionych tam pielęgniarek w czasie epidemii SARS-CoV-2

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z dużym niepokojem obserwuje doniesienia medialne w zakresie sytuacji pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz zatrudnionego tam personelu, jaka ma miejsce w czasach epidemii SARS-CoV-2. W obawie o bezpieczeństwo pacjentów oraz zatrudnionych pielęgniarek i pielęgniarzy, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się marginalizowaniu osób przebywających na leczeniu w szpitalach psychiatrycznych, jak również umniejszaniu roli osób pracujących w tych placówkach, zwłaszcza pielęgniarek, pielęgniarzy, którzy walcząc z epidemią niejednokrotnie narażają własne życie i zdrowie.

Mając na względzie powyższe, podjęliśmy próbę zdiagnozowania sytuacji szpitali psychiatrycznych w Polsce, która wskazuje na brak jednolitych regulacji, wytycznych, procedur w zakresie testowania osób przebywających na leczeniu lub przyjmowanych do szpitala. Brak wytycznych, co do testowania personelu, w tym pielęgniarzkiego, który sprawuje 24-godzinną opiekę oraz brak możliwości wyizolowania osób zakażonych SARS-CoV-2, stwarza bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia innych pacjentów oraz pielęgniarek i pielęgniarzy, a tym samym powoduje:

- trudności we współpracy z innymi placówkami, w związku z koniecznością leczenia schorzeń somatycznych u pacjentów chorych psychicznie w sytuacji nagłego pogorszenia stanu somatycznego (inne szpitale kategorycznie wymagają aktualnego wyniku badania w kierunku SARS-CoV-2 i od tego wyniku uzależniają przyjęcie do szpitala),
- brak szybkich testów do badań genetycznych w kierunku SARS-CoV-2, w które zgodnie z informacją Ministerstwa Zdrowia miały być zaopatrzone wszystkie Izby Przyjęć,
- odmowy przyjęcia pacjentów, również z oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia z pozytywnym wynikiem – do szpitali, które są wyznaczone do leczenia chorych na COVID-19, a tym samym głównym problemem jest fakt, że większość pacjentów z dodatnim wynikiem pozostaje w szpitalu psychiatrycznym na leczeniu, izolacji oraz kwarantannie, a personel pielęgniarzki jest narażony na zarażenie z uwagi na brak możliwości zapewnienia prawidłowych warunków izolacji,
- problemy w obsadzie dyżurów w związku z dużą rotacją personelu ze względu na zachorowania z powodu SARS-CoV-2, kwarantannę i inne zwolnienia lekarskie stanowi brak możliwości pogodzenia zobowiązań wynikających z opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, w tym również wymagającymi intensywnego nadzoru z wymaganiami epidemiologicznymi,
- problemy finansowe związane ze wzrostem cen środków ochrony indywidualnej, sprzętu typu pulsoksymetry, ssaki, dyfuzory zamglawiania itp.,
- niemożność pogodzenia wytycznych Ministerstwa Zdrowia wydanych w porozumieniu z Konsultantem Krajowym ds. Psychiatrii zalecających znaczące ograniczenie przyjęć na oddziały psychiatryczne do pacjentów spełniających kryteria ustawowe do przyjęcia w trybie art. 23 i 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a jednocześnie wymaganiami NFZ związanymi z kontraktem i koniecznością wypełniania wymogów wynikających z zawartej umowy w celu uzyskania płatności za wykonane usługi.

Jako samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych mamy ustawowe prawo do zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, wobec czego stanowczo domagamy się respektowania Konstytucji RP. Zgodnie z art. 32 wszyscy są wobec prawa równi i wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.

Wnosimy o pilne uregulowanie powyższych kwestii w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych wobec pacjentów szpitali psychiatrycznych oraz realizacji tych świadczeń przez personel pielęgniarzki w stanie epidemii, z zapewnieniem bezpieczeństwa wykonywania zawodu oraz uznania dodatkowego wynagrodzenia pielęgniarzkom i pielęgniarzom za pracę z osobami zarażonymi SARS-CoV-2.

Sekretarz NRPiP
(-) Joanna Walewander

Prezes NRPiP
(-) Zofia Małas



Decyzja wojewody o skierowaniu pielęgniarki/położnej do pracy przy zwalczaniu epidemii

W związku z wydawanymi przez Wojewodę Łódzkiego decyzjami o skierowaniu pielęgniarek/położnych do pracy przy zwalczaniu epidemii w podmiotach leczniczych lub w innych jednostkach organizacyjnych na terenie woj. łódzkiego, przedstawiamy poniżej podstawowe zasady obowiązujące przy skierowaniach.

Skierowanie do pracy w drodze decyzji wojewody następuje na podstawie art. 47 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Przepis ten określa:

1. Kogo może dotyczyć skierowanie:

Do pracy przy zwalczaniu epidemii mogą być skierowani:

pracownicy podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, inne osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii.

2. Osoby, wobec których nie można wydać decyzji o skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii:

Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- 1) osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
- 2) kobiety w ciąży;
- 2a) osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- 2b) osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- 2c) osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- 3) osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- 4) inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną;
- 5) osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz.U. z 2020 r. poz. 1637), oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej.

Z tym zastrzeżeniem, że: w przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich.

Orzeczenie w sprawie choroby, o której mowa w pkt 4), wydaje lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych.

Tryb doręczenia decyzji:

Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii

- 1) mogą być przekazywane w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie;
- 2) nie wymagają uzasadnienia;
- 3) przekazane w sposób inny niż na piśmie, są następnie doręczane na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

Natychmiastową wykonalność i tryb odwołania od decyzji:

Od decyzji wojewody przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wniesienie środka odwoławczego nie wstrzymuje wykonania decyzji.

Uprawnienia i obowiązki osoby skierowanej do pracy na podstawie decyzji wojewody:

Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez okres do 3 miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanych w decyzji.

Osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca jest obowiązany udzielić urlopu bezpłatnego na czas określony w decyzji. Okres urlopu bezpłatnego zalicza się do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze u tego pracodawcy.

Podmiot leczniczy lub jednostka organizacyjna do której skierowano pielęgniarkę/położną, nawiązując z osobą skierowaną do pracy stosunek pracy na czas wykonywania określonej pracy, na okres nie dłuższy niż wskazany w decyzji.

Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym

w tej decyzji lub w innym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, przysługuje zwrot kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia, na zasadach określonych w przepisach o ustalaniu oraz wysokości należności przysługującej pracownikom państwowych jednostek z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju. Zwrot kosztów z tytułu zakwaterowania lub wyżywienia nie przysługuje w przypadku zapewnienia w miejscu wykonywania pracy bezpłatnego zakwaterowania lub wyżywienia.

Przez czas trwania obowiązku pracy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanych w decyzji, z osobą skierowaną do pracy przy zwalczaniu epidemii nie może być rozwiązany dotychczasowy stosunek pracy ani nie może być dokonane wypowiedzenie umowy o pracę, chyba że istnieje podstawa do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo w przypadku zmiany lub uchylecia decyzji.

Wskazujemy, że w przypadku wątpliwości i pytań związanych z otrzymaną decyzją pielęgniarka/położna może kontraktować się z biurem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w celu otrzymania pomocy prawnej.

§ Czy pielęgniarka po 2-godzinnym szkoleniu może samodzielnie pracować w OIT?

PRZEDMIOT OPINII

Przedmiotem opinii jest odpowiedź na pytanie: czy pielęgniarka po 2-godzinnym szkoleniu może samodzielnie pracować w OIT?

STAN PRAWNY

Nie ulega wątpliwości, że pielęgniarka może udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie ze swoimi kwalifikacjami. Wiedzę i umiejętności w określonym zakresie pielęgniarka nabywa w ramach kształcenia podyplomowego. Zgodnie z art. 67 ust. 1. Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej: Ustawa):

1. Specjalizacja ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Z kolei art. 71 ust. 1 Ustawy stanowi, że:

1. Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Z powyższego wynika, że **wiedzę i umiejętności do wykonywania czynności objętych szkoleniem specjali-**

zacyjnym/kursem kwalifikacyjnym pielęgniarka nabywa w ramach tychże form kształcenia podyplomowego.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na wiedzę i umiejętności nabywane przez pielęgniarkę w toku specjalizacji anestezyjologicznej. Zgodnie z Programem Szkolenia Specjalizacyjnego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezyjologicznego i Intensywnej Opieki dla Pielęgniarek.

Celem kształcenia pielęgniarka po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki obejmuje specjalistyczną opieką pacjentów w okresie okołoperacyjnym, na wszystkich etapach znieczulenia i w bezpośrednim okresie poznieczuleniowym oraz prowadzi specjalistyczną opiekę nad ciężko chorymi pacjentami w oddziale intensywnej terapii.

Podobnie Program Kursu Kwalifikacyjnego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezyjologicznego i Intensywnej Opieki dla Pielęgniarek wskazuje, że:

Pielęgniarka po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego jest przygotowana do objęcia kompleksową opieką pacjenta w każdym wieku w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Żadne inne formy kształcenia czy doksztalcenia nie mogą zastąpić specjalizacji oraz kursu kwalifikacyjnego. W szczególności przepisy prawa nie przewidują, aby kwalifikacje z dziedziny anestezyjologii mogły być zdobywane poprzez

wewnętrzne szkolenia szpitala. **Pielęgniarka po wewnętrznym przeszkoleniu nie nabywa wiedzy i umiejętności uzyskiwanych w toku kształcenia specjalizacyjnego/kursu kwalifikacyjnego – nie jest zatem przygotowana do objęcia kompleksową opieką pacjenta w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki i nie może takiej opieki prowadzić.**

Uwagi wymaga, że wymagania co do wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych przewidują określone przepisy szczególne.

Jak chodzi o wykonywanie świadczeń z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii – niezbędne kwalifikacje w tym zakresie określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii.

Zgodnie z § 2 pkt 6) Rozporządzenia: *pielęgniarka anestezyjologiczna to pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.* Pielęgniarka nie spełniająca tych kryteriów nie jest pielęgniarką anestezyjologiczną.

O szczegółowych wymaganiach personelu pielęgniarskiego przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezyjologii stanowi § 9 pkt 9) zgodnie z którym:

podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezyjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną.

A zatem podczas znieczulenia z lekarzem **może współpracować wyłącznie pielęgniarka anestezyjologiczna.**

Zgodnie z § 9 pkt 14) Rozporządzenia:

lekarz wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza wykonującego znieczulenie pozostaje pielęgniarka anestezyjologiczna.

Przy pacjencie nie może zatem zostać pielęgniarka, która nie jest pielęgniarką anestezyjologiczną.

Dla porządku wskazać należy, że wniosków tych nie zmienia przepis obowiązujący od dnia 10 października 2020 r. § 15a Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii (dodany przez § 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2020.1751), zgodnie z którym:

§ 15a.³ *Warunków określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia w części I i części II nie stosuje się do podmiotu leczniczego, któremu wojewoda lub minister właściwy do spraw zdrowia, działając odpowiednio na podstawie art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b, art. 11 ust. 1 oraz art. 11 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.), wydał polecenie dotyczące:*

1) zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie pacjentom z potwierdzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, z wyłączeniem świadczeń, w odniesieniu do których dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zgodę na ich udzielanie również pacjentom innym niż zakażeni wirusem SARS-CoV-2,

2) zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w tym łóżek respiratorowych z możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej

– przez okres obowiązywania tego polecenia.

Nie wdając się w merytoryczną ocenę przytoczonego przepisu wskazać należy, że przepis ten pozwala co najwyżej na niestosowanie norm wskazujących na liczbę personelu medycznego przy łóżku pacjenta (co nie zmienia okoliczności, że obsada musi gwarantować pacjentom bezpieczeństwo). Niemniej przepis ten nie ma wpływu na zmianę kwalifikacji pielęgniarek i zakresu czynności pielęgniarki anestezyjologicznej.

WNIOSKI:

Opiekę nad pacjentem w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki powinna sprawować pielęgniarka anestezyjologiczna.

PODSTAWA PRAWNA:

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii

STAN PRAWNY

Na dzień 12 listopada 2020 r.

adw. Maciej Jabłoński
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi



Niedoczynność tarczycy w przebiegu ciąży

lic. położnictwa WERONIKA KLATKA
mgr BARBARA SEREK

Choroby tarczycy są najczęstszymi zaburzeniami powodującymi powikłania podczas ciąży. Ostatnie przeprowadzone badania wskazują, iż łagodne postaci nadczynności oraz niedoczynności tarczycy występują często, lecz nie pozostają rozpoznane. Częstość występowania chorób tarczycy wzrasta wraz z wiekiem kobiety ciężarnej oraz spadkiem płodności. Od początkowych dni ciąży zachodzą zmiany związane z wydzielaniem hormonów tarczycy. Ciąża prawidłowa prowadzi do podwyższenia stężenia w surowicy tyroksyny, wolnej trójiodotyroniny, natomiast obniża stężenie tyreotropiny. Czynnikiem, który dodatkowo wpływa na czynność gruczołu tarczowego w okresie ciąży jest ludzka gonadotropina kosmówkowa, która stymuluje czynność tarczycy.

Etiopatogeneza i epidemiologia

Niedoczynność gruczołu tarczowego spowodowana jest nieprawidłową syntezą i wydzielaniem hormonów tarczycy. Wystąpienie choroby zależne jest również od czynników środowiskowych oraz genetycznych. Większe ryzyko wystąpienia hipotyreozy stwierdza się u kobiet ciężarnych, których matki oraz siostry również były lub są leczone z powodu niedoczynności tarczycy. Do czynników predysponujących wystąpieniu hipotyreozy zalicza się sposób odżywiania

kobiety ciężarnej, nałogi, stres oraz przebyte infekcje. Istnieje związek pomiędzy hipotyreozą a zwiększoną masą ciała powyżej normy. Osoby z podwyższoną masą ciała częściej mają zwiększone stężenie hormonu tyreotropowego w surowicy krwi.

Wyróżniamy subkliniczną oraz jawną postać tego schorzenia. Mały wzrost stężenia hormonu tyreotropowego, prawidłowe wartości hormonu tyroksyny, wolnej tyroksyny, trójiodotyroniny, wolnej trójiodotyroniny oraz obecność lub brak przeciwciał przeciw-tarczycowych powodują sub-

kliniczną postać niedoczynności tego hormonu w ciąży. Subkliniczny typ niedoczynności gruczołu tarczowego przejawia się miernym występowaniem objawów klinicznych lub brakiem objawów. Charakteryzuje się zwiększonym stężeniem tyreotropiny i prawidłową wartością tyroksyny oraz trójiodotyroniny. W jawnej postaci choroby występuje podwyższone stężenie hormonu tyreotropowego, obniżony poziom wolnej tyroksyny i wolnej trójiodotyroniny oraz obecne są objawy kliniczne typowe dla niedoczynności tarczycy.

Na niedoczynność gruczołu tarczowego choruje 1–2% kobiet w ciąży. Główną przyczyną wystąpienia pierwotnej postaci niedoczynności tarczycy u kobiet w wieku reprodukcyjnym jest autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (choroba Hashimoto), terapia przy użyciu radiojodu oraz radykalne leczenie chirurgiczne. Schorzenie to może powodować również zaburzenie metabolizmu jodu, chłoniak tarczycy lub stosowanie leków, takich jak: acenokumarol, lit, interferon oraz środki kontrastowe z użyciem jodu. Rzadziej niedoczynność tarczycy jest powodowana poprzez występowanie przeciwciał skierowanych przeciwko receptorowi dla hormonu tyreotropowego. Istotną przyczynę hipotyreozy stanowi również jawny niedobór jodu oraz niedostateczna jego podaż.

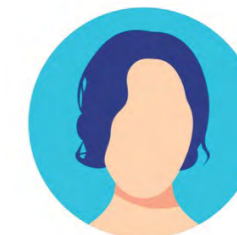
Przebieg i objawy choroby

Objawy hipotyreozy u kobiet ciężarnych nie różnią się z objawami u kobiet niebędących w ciąży. W wielu przypadkach trudności diagnostyczne spowodowane są podobieństwem objawów występujących przy niedoczynności tarczycy oraz w ciąży fizjologicznej. Wykazują się dużym zróżnicowaniem, zależne są od wielu czynników, takich jak przyczyna powstania choroby, czas trwania schorzenia, szybkość rozwoju choroby i nasilenie zaburzeń hormonalnych. Objawy niedoczynności gruczołu tarczowego pochodzą ze strony różnych układów organizmu. Do objawów skórnych należy jej suchość, bledność, obniżona potliwość. Włosy stają się łamliwe, suche, osłabione i wypadające. Występuje brak tolerancji na zimno, utrata włosów, obrzęki kończyn górnych oraz twarzy. Do objawów związanych z układem nerwowym oraz psychiką należą: depresja, psychoza, utrata ambicji, uczucie zmęczenia oraz senności, trudności z mówieniem oraz sprawnym myśleniem, trudności z koncentracją oraz pamięcią, obniżenie sprawności intelektualnej, nietolerancja wysiłku fizycznego. Do objawów pochodzących z układu pokarmowego należą: zaburzenia motoryki jelit, prowadzące do wzdęć oraz trudności z defekacją, przyrost wagi. Zaawansowana postać choroby charakteryzuje się problemami ze słuchem, depresją, obniżeniem intelektu, zahamowaniem napędu życiowego, uczuciem chłodu oraz problemami z utratą wagi.

Zdarza się, iż u kobiety w ciąży chorującej na niedoczynność gruczołu tarczowego nie są obecne objawy kliniczne.

Objawy niedoczynności

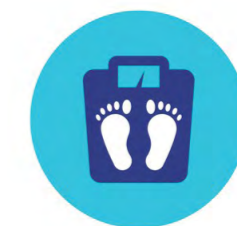
Objawy niedoczynności gruczołu tarczowego pochodzą ze strony różnych układów organizmu.



Objawy skórne: suchość, bledność, obniżona potliwość. Włosy stają się łamliwe, suche, osłabione i wypadające. Występuje brak tolerancji na zimno, utrata włosów, obrzęki kończyn górnych oraz twarzy.



Objawy ze strony układu nerwowego: depresja, psychoza, utrata ambicji, uczucie zmęczenia oraz senności, trudności z mówieniem oraz sprawnym myśleniem, trudności z koncentracją oraz pamięcią, obniżenie sprawności intelektualnej, nietolerancja wysiłku fizycznego.



Objawy ze strony układu pokarmowego: zaburzenia motoryki jelit, prowadzące do wzdęć oraz trudności z defekacją, przyrost wagi.

Zaawansowana postać choroby charakteryzuje się problemami ze słuchem, depresją, obniżeniem intelektu, zahamowaniem napędu życiowego, uczuciem chłodu oraz problemami z utratą wagi.

Przy nieleczzonej hipotyreozy w ciąży występuje niedokrwistość, hipertensja, stan przedrzucawkowy, zaburzenie funkcji mięśnia sercowego, podwyższone ryzyko poronienia oraz przedwczesnego porodu, zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu, mała masa urodzeniowa, zwiększone ryzyko okołoporodowego obumarcia noworodka oraz odklejania się łożyska. Niedobór hormonów gruczołu tarczowego w II oraz III trymestrze ciąży niesie ryzyko wystąpienia nieodwracalnych zmian w mózgu płodu.

Rozpoznanie

Zgodnie z rekomendacjami zaleca się kontrolę funkcji gruczołu tarczowego w I trymestrze ciąży. Oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego jest wystarczającym parametrem, pozwalającym ustalić rozpoznanie. Większość autorów uznaje, iż stężenie hormonu tyreotropowego TSH nie powinno przekraczać poziomu 4,12 mikrojednostek międzynarodowych/mililitr ($\mu\text{mJ}/\text{ml}$). Diagnostyka hipotyreozy ciężarnej polega na kontrolowaniu wartości hormonu tyreotropowego oraz tyroksyny. Przy stężeniu hormonu tyreotropowego od 0,3 $\mu\text{mJ}/\text{ml}$ do 2 $\mu\text{mJ}/\text{ml}$ oraz przy nieobecności przeciwciał przeciw-tarczycowych, kobietę ciężarną uznaje się za zdrową oraz niewymagającą leczenia. Natomiast u ciężarnych z wykrytymi przeciwciałami, wartością hormonu tyreotropowego poniżej 2 $\mu\text{mJ}/\text{ml}$ zaleca się obserwację i kontrolę wartości hormonu tyreotropowego oraz tyroksyny pod koniec II trymestru ciąży. Po wykryciu obecności przeciwciał przeciw-tarczycowych oraz wartości hormonu tyreotropowego między 2–4 $\mu\text{mJ}/\text{ml}$ wskazane jest rozpoczęcie leczenia lewotyroksyną. Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne poleca wykonanie badania stężenia hormonu tyreotropowego na pierwszej wizycie u lekarza ginekologa-położnika między 4–8 tygodniem ciąży. Wartości hormonu tyreotropowego oraz tyroksyny powinny być kontrolowane w każdym trymestrze ciąży. Kobiety ciężarne należy monitorować także po porodzie.

Ocena funkcjonowania gruczołu tarczowego w ciąży jest ważnym problemem klinicznym z powodu wahań wartości tyreotropiny i hormonów gruczołu tarczowego w trakcie ciąży oraz obecność czynników modyfikujących oznaczenie testów tarczycy. Należą do nich leki przyjmowane podczas ciąży, przed zajściem w ciążę oraz przyjmowanych przy leczeniu niepłodności.

Leczenie

Leczenie hipotyreozy polega na podawaniu lewotyroksyny. Stosowanie odpowiednio dobranych dawek prowadzi do osiągnięcia pożądanego skutku terapii przy małym ryzyku ujawnienia się niepożądanych skutków ubocznych. Dawkę lewotyroksyny dobiera się pod względem masy ciała oraz wieku ciężarnej, w dawce 1,5 mikrogram (μg) na kilogram

masy ciała. Zaleca się przyjmowanie preparatu w jednorazowej dawce rano na czczo, od 30 do 60 minut przed śniadaniem i popicie go wodą. Spożywanie preparatu L-tyroksyny (pod postacią Euthyroxu lub Letroxu) raz dziennie, rano, na czczo pomaga w optymalizacji absorpcji leku w organizmie. W rekonwalescencji nie zaleca się łączenia preparatów zawierających trijodotyroninę oraz ekstraktów z suszonej tarczycy. Pacjentki cierpiące na zaburzenia wchłaniania oraz po operacjach dotyczących jelita cienkiego, podczas których została wytworzona pętla omijająca, mogą mieć problemy z wchłanianiem lewotyroksyny. Preparaty stosowane w trakcie ciąży, takie jak: żelazo, wapń, minerały obecne w suplementacji, cholestyramina, sole bizmutu oraz glinu również mogą prowadzić do gorszego wchłaniania lewotyroksyny. Leczenie to można bezpiecznie prowadzić u ciężarnych niemających dysfunkcji związanej z sercem lub układem krwionośnym. Aby odpowiednio dostosować dawkę lewotyroksyny, ciężarna powinna mieć oznaczony poziom hormonu tyreotropowego co 4 tygodnie w pierwszej połowie ciąży. W przypadku zmiany dawkowania zaleca się kontrolę wartości hormonu tyreotropowego oraz tyroksyny po 4 tygodniach. Po porodzie zaleca się redukcję dawki lewotyroksyny do dawek sprzed ciąży, a wartość hormonu tyreotropowego należy skontrolować po 6–8 tygodniach od porodu oraz dokładnie monitorować przez okres 6 miesięcy po porodzie.

Dieta w niedoczynności tarczycy

Podstawą diety w niedoczynności tarczycy jest tak zwana profilaktyka jodowa, polegająca na spożywaniu jodu w postaci jodowanej soli kuchennej. Podczas ciąży zwiększa się zapotrzebowanie na ten pierwiastek, dlatego potrzebne jest dodatkowe suplementowanie go w preparatach jodku potasu oraz składnikach wielowitaminowych, które posiadają jodek potasu, spożywanie owoców morza i ryb, takich jak halibut i dorsz. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, by dzienne spożycie jodu u kobiet w ciąży wynosiło 250 $\mu\text{g}/\text{dobę}$, wartość tę można zapewnić przy codziennym spożywaniu jodowanej soli kuchennej, natomiast dodatkowa suplementacja powinna mieścić się w granicach 150 $\mu\text{g}/\text{dobę}$ –200 $\mu\text{g}/\text{dobę}$. Dzielne spożycie mikroelementu nie powinno być wyższe niż 600 $\mu\text{g}/\text{dobę}$. Niedobór tego pierwiastka prowadzi do zaburzeń w rozwoju psychomotorycznym i nadmiernej aktywności ruchowej, natomiast nadmierna podaż skutkuje powstawaniem wola oraz hipotyreozy u dziecka.

Prawidłowo zbilansowana dieta bogata w mikro i makroskładniki obniża ryzyko rozwoju chorób dietozależnych w przebiegu hipotyreozy, spowalnia rozwój choroby Hashimoto, ma pozytywny wpływ na czynność tarczycy, korzystnie wpływa na leczenie farmakologiczne i poprawia samopoczucie ciężarnej. Dieta uwzględnia spożywanie pełnowartościowego białka, które powstrzymuje utratę włosów, węglowodanów posiadających niski indeks glikemiczny,

wielonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz dostarcza potrzebną ilość jodu, selenu, cynku, żelaza, witaminy D i B12 oraz witamin antyoksydacyjnych.

Prawidłowa dieta u ciężarnych z hipotyreozą powinna obejmować 4–5 posiłków w ciągu dnia, spożywanych systematycznie w równych odstępach czasu, a ostatni posiłek dnia należy spożyć 3–4 godziny przed pójściem spać. Dietę należy dobierać indywidualnie każdej ciężarnej z niedoczynnością gruczołu tarczowego z uwagi na występowanie współistniejących chorób. Należy wystrzegać się produktów przetworzonych, konserwantów, aromatów, gotowych wyrobów cukierniczych, gazowanych napojów, dań typu fast food. Ciężarne powinny zwrócić uwagę na ilość oraz jakość tłuszczów w diecie, bowiem niskotłuszczowa dieta prowadzi do zaburzeń układu odpornościowego i nieprawidłową absorpcję witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, powinny spożywać więcej kwasów tłuszczowych nienasyconych.

W diecie ciężarnych z niedoczynnością tarczycy pożądaną są również wielonienasycone kwasy tłuszczowe usprawniające wrażliwość tkanek na hormony gruczołu tarczowego. Istotnym elementem diety jest błonnik, który łagodzi zaparcia, jest bardzo istotny w prewencji zylaków odbytu i polipów, usprawnia ukrwienie jelit oraz podtrzymuje uczucie sytości, natomiast jego nadmiar może zaburzać absorpcję składników mineralnych. Bardzo ważnym składnikiem diety jest żelazo, które uczestniczy w syntezie hormonów gruczołu tarczowego, natomiast niedobór selenu prowadzi do zmian morfologicznych tarczycy. Kolejnym istotnym elementem diety jest cynk, który bierze udział w przemianie białek, węglowodanów i tłuszczów, wykazuje właściwości przeciwzapalne i przeciwutleniające, z kolei witamina D wpływa na prawidłowe różnicowanie komórek układu immunologicznego, optymalna podaż witaminy B12 chroni przed wystąpieniem niedokrwistości megaloblastycznej, często ujawniającej się u ciężarnych z dysfunkcją tarczycy. Prawidłowa ilość witamin antyoksydacyjnych (A, C, E) przeciwdziałają niszczeniu komórek tarczycowych. W przypadku niedoboru lub niespożywania wymienionych składników i witamin należy suplementować je w odpowiednich dawkach: selen – 75–200 mikrogram/dzień ($\mu\text{g}/\text{dzień}$), cynk – 10 $\mu\text{g}/\text{dzień}$, jod przy hipotyreozy bez choroby Hashimoto – 150 $\mu\text{g}/\text{dzień}$, witamina D – 400 jednostek międzynarodowych/dzień (IU/dzień), witaminę E – 100 IU/dzień, witamina C – 100 IU/dzień.

Dieta w hipotyreozy jest istotną częścią farmakoterapii, powinna być urozmaicona i zbilansowana, dostosowania do dotychczasowych nawyków żywieniowych z jednoczesną poprawą popełnianych błędów dietetycznych. Przestrzeganie jej poprawia efektywność leczenia oraz pozytywnie wpływa na samopoczucie pacjentki. Bardzo istotnym jest unikanie diet restrykcyjnych i produktów wolotwórczych (kalafior, kapusta, bruksela), obniżają one aktywność gruczołu tarczowego. Podaż kalorii w diecie należy dobrać personalnie do każdej pacjentki ze względu na wiek, poziom aktywności

fizycznej, stan fizjologiczny oraz obecność chorób współtowarzyszących. Duże restrykcje dietetyczne przyczyniają się do zwiększenia poziomu hormonu tyreotropowego oraz obniżenia tempa metabolizmu.

Hipotyreoza sprzyja występowaniu nadwagi i otyłości poprzez obniżenie metabolizmu. Dzieje się tak, ponieważ niedobór hormonów gruczołu tarczowego skutkuje magazynowaniem energii zawartej w pożywieniu w zbyt dużej ilości pod postacią tkanki tłuszczowej. Z tego powodu zalecane jest częste uprawianie aktywności fizycznej w połączeniu ze zbilansowaną i dietą bogatą w mikro, makroelementy oraz witaminy.

Rokowanie

Kobiety w I trymestrze ciąży, u których występuje eutyreoza oraz obecne są przeciwciała przeciw-tarczycowe narażone są na zwiększone ryzyko poronień wraz z poronieniami nawykowymi. U kobiet, które zachorowały na niedoczynność tarczycy przed zajściem w ciążę oraz u cierpiących na nieprawidłowo wyrównaną niedoczynność gruczołu tarczowego w III trymestrze ciąży, stwierdzone jest częściej nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą. Hipotyreoza może doprowadzić do skurczu mięśni gładkich naczyń krwionośnych, co skutkuje większym oporem obwodowym, podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi oraz obniżonym przepływem w tkankach.

Niedoczynność tarczycy prowadzi do przedwczesnego odklejania się łożyska usadowionego prawidłowo, niedokrwistości i krwawienia po porodzie. Występują badania sugerujące, iż nieleczona zwiększa możliwość wystąpienia cukrzycy ciężarnej. U pacjentek z jawnym typem niedoczynności tarczycy częściej stwierdza się zaburzenia tętna płodu w trakcie porodu lub większe ryzyko okołoporodowego zgonu noworodka. Dzieci kobiet cierpiących na niewyrównaną hipotyreozę rozwijają się gorzej w aspekcie psychoruchowym, a wskaźnik inteligencji jest u nich niższy średnio o 7 punktów, w zestawieniu z dziećmi matek niechorujących na niedoczynność tarczycy. Brak leczenia u matki, szczególnie przed 17 tygodniem ciąży negatywnie wpływa na rozwój psychomotoryczny dziecka. Niedoczynność gruczołu wywołana niedoborem jodu u matki, stanowi najmniej korzystną sytuację dla dziecka. Codzienna podaż jodu w odpowiednich dawkach zapewnia prawidłowy rozwój i dobrostan płodu. Ciężki niedobór tego pierwiastka u płodu może prowadzić do powstania wola w drugiej połowie ciąży.

lic. położnictwa Weronika Klatka
mgr Barbara Serek
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedra Ginekologii i Położnictwa

Pielęgnowanie wcześniaka

– opieka typowa i metodą NIDCAP

OLGA SUROWIEC

Pojawienie się na świecie noworodka urodzonego przedwcześnie jest wyzwaniem nie tylko dla jego rodziców, ale również dla całego zespołu terapeutycznego, który musi być dobrze przygotowany na przyjęcie nowego pacjenta.

W 1920 r. wiedeńska neonatolog Marina Marcovich przedstawiła – nadal aktualną – koncepcję pielęgnacji wcześniaków zwaną Minimal Handling – metodę stosowaną nie tylko wobec wcześniaków, ale również noworodków donoszonych – a polegającą na wykonywaniu tylko niezbędnych czynności przy dziecku w sposób szybki, skoordynowany i delikatny, tak by stres dziecka związany z bodźcami był jak najmniejszy i jak najkrótszy.

Typowe działania pielęgniarские na oddziale neonatologicznym obejmują wiele aspektów życia dziecka; część z nich została przedstawiona powyżej. Rolą pielęgniarki opiekującej się wcześniakami jest zapobieganie i minimalizowanie skutków tych deficytów i zaburzeń. W tym celu poszukuje się nowych metod wspomagania rozwoju noworodków przedwcześnie urodzonych i sposobów wydajniejszej opieki nad nimi. Jedną z takich metod jest NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) – Zindywidualizowany program opieki i oceny rozwoju noworodka.

Zaraz po narodzeniu dziecko oceniane jest w skali Apgar, która służy do oceny ogólnego stanu noworodka (czynność serca, oddechy, odruchy, napięcie mięśniowe, kolor skóry). Za jej pomocą można stwierdzić, czy dziecko urodziło się w stanie dobrym: 8–10 punktów, średnim, gdy uzyska od 4 do 7 punktów, czy ciężkim, kiedy wynik jest niższy niż 3 punkty. Ocena przeprowadzana jest co najmniej dwukrotnie – w 1. i 5. minucie życia.

Pielęgniarka przejmująca dziecko po urodzeniu musi zwrócić uwagę na kikut pępowinowy, zaopatrzenie go jałowymi gazikami zapobiegającym niebezpiecznym zakażeniom, dla których wilgotne i wypełnione krwią elementy pępowiny są najłatwiejszą drogą do organizmu dziecka. Należy zwrócić uwagę na klips zabezpieczający pępowinę – czy obejmuje on całą szerokość kikuta pępowinowego – oraz czy nie pojawia się krwawienie.

Ważnym elementem opieki jest stałe monitorowanie rozwoju wcześniaka. Zaraz po narodzinach dziecko jest ważone i mierzone (długość ciemieniowo-siedzeniowa, obwód głowy, klatki piersiowej i brzucha). Czynności te są regularnie powtarzane, a wyniki analizowane. Pomiaru pozwalają obserwować



rozwój dziecka, ale również pojawienie się nieprawidłowości, na przykład takich jak wzrost obwodu głowy, mogący wskazywać na gromadzenie się płynu w komorach mózgu. Niezauważone w porę wodogłowia prowadzi do wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego i w konsekwencji uszkodzeń mózgu.

Urodzony przedwcześnie noworodek umieszczany jest w inkubatorze, który symuluje warunki wewnątrzmaciczne, zapewniając dziecku stałą temperaturę (około 37 st. C), optymalną wilgotność – tak, by jego niedojrzała skóra nie traciła wody i ciepła – oraz odpowiednio dobraną przez lekarza neonatologa zawartość tlenu. W inkubatorze noworodek powinien leżeć jedynie w pampersie, mając na głowie czapkę jako zabezpieczenie przed utratą ciepła. Po przetransportowaniu na salę należy zapewnić dziecku spokój, a wszelkie niezbędne procedury medyczne przeprowadzać w sposób szybki, dokładny i skoordynowany, tak by na wcześniaka oddziaływało jak najmniej bodźców zewnętrznych. Nie należy też kąpać dziecka zaraz po narodzinach czy też po przyjęciu na oddział neonatologiczny, ponieważ pokrywająca go maź płodowa stanowi

ochronę dla jego wrażliwej skóry. Pierwsza kąpiel powinna zostać przeprowadzona dopiero po ustabilizowaniu się stanu klinicznego noworodka. U dzieci urodzonych poniżej 28. tygodnia ciąży kąpiel przeprowadzana jest wewnątrz inkubatora za pomocą jałowej myjki i jałowej wody. Należy podkreślić, że każda kąpiel jest dla wcześniaka dużym stresem.

Z powodu niedojrzałości skóry – która podatna jest na urazy powstające nawet podczas wykonywania rutynowych czynności takich jak przewijanie – istotne jest, by pielęgniarka codziennie dokładnie ją oglądała. Stosowanie substancji nawilżających, dezynfekcyjnych i innych musi być stale kontrolowane, ponieważ niedojrzała skóra nie zapewnia odpowiedniej ochrony przed przenikaniem tych środków do organizmu dziecka. Powinny być to środki bezzapachowe, które nie będą dodatkowo stymulowały układu nerwowego dziecka. Przy przewijaniu należy zwracać uwagę na stan pośladków, odpowiednie ich nawilżanie i dokładne oczyszczanie. Pieluszkę należy zmieniać co 3–4 godziny oraz każdorazowo po zanieczyszczeniu jej przez dziecko stolcem lub moczem. Pieluszka musi mieć odpowiedni rozmiar, tak by nie uciskała skóry,

a pościel dziecka musi być rozprostowana i czysta. Ważna jest też obserwacja miejsc umocowania czujników diagnostycznych. Powinny być to specjalne hydrożelowe elektrody, które nie spowodują odparzeń, a których miejsce przylegania należy zmieniać nie rzadziej niż co 4 godziny.

Ponadto do zadań pielęgniarki należy zapewnienie dziecku odpowiednich warunków środowiska zewnętrznego; odpowiada ona za parametry, jakie ustawione są na inkubatorze, które muszą być zgodne z zaleceniami lekarskimi oraz za inne czynniki, takie jak oświetlenie, hałas, gwałtowne ruchy, przymusowe ułożenie, częste przerywanie snu i ból. Pielęgniarki pracujące na oddziałach neonatologicznych zwracają uwagę na zapewnienie dzieciom spokoju oraz porządku na sali, muszą pamiętać o tym, by nie kłaść żadnych przedmiotów na powierzchni inkubatora oraz stale obserwować małego pacjenta. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na to, iż intensywne oświetlenie wpływa niekorzystnie na narząd wzroku mogąc prowadzić do jego uszkodzenia, dlatego ochrona oczu jest istotnym elementem w opiece nad wcześniakiem. Każdy głośny nagły dźwięk odbierany przez wcześniaka zwiększa poziom stresu i niepokoju u dziecka. Na oddziałach neonatologicznych znajduje się duża ilość sprzętu, który podczas pracy wydaje dźwięki mogące wpływać na zaburzenie homeostazy organizmu wcześniaka i zmiany behawioralne obejmujące pobudzenie, czy też płacz. Rolą pielęgniarki jest ochrona noworodka przedwcześnie urodzonego przed niepotrzebnym hałasem, takim jak płacz innych pacjentów poprzez ich skuteczne uspokajanie. Musi ona również pamiętać, że prowadzone rozmowy powinny być ciche, spokojne, bez podnoszenia głosu.

Regularne karmienie i przewijanie zapewnia dziecku wygodę i zapobiega powikłaniom – takim jak hipoglikemia oraz odparzenia, dodatkowo przyzwyczajają je do dobowego rytmu życia. Dzięki temu dziecko powoli przyzwyczajają się do bodźców zewnętrznych i uczy się lepiej sobie z nimi radzić. Pielęgniarka przy współdziałaniu z lekarzem naucza rodziców* opieki nad dzieckiem, metod prawidłowego karmienia, trzymania dziecka. Pielęgniarki i położne odpowiedzialne są również za wspomaganie kształtowania odpowiedniej relacji rodziców z dzieckiem, co wpływa pozytywnie na rozwój dziecka. Elementem takiego zacieśniania więzi pomiędzy matką a dzieckiem jest karmienie piersią – jeżeli istnieje taka możliwość. Szczególnie pożądane jest karmienie piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia. Gdy karmienie naturalne nie jest możliwe pielęgniarka musi aktywizować rodziców do udziału w innych czynnościach wykonywanych przy dziecku, takich jak karmienie sondą czy przewijanie*.

Gdy stan dziecka ulega poprawie pielęgniarka lub położna uczą rodziców* „kangurowania”, które służyć ma nawiązywaniu więzi rodzic – dziecko. W metodzie tej ważne jest prawidłowe ułożenie pacjenta. Należy umieścić noworodka na klatce piersiowej opiekuna, pod jego ubraniem, by nastąpił bezpośredni kontakt „skóra do skóry”. Jest to najważniejsza forma komunikacji między rodzicem a podopiecznym, która pozwala pacjentowi na odczuwanie bodźców świata zewnętrznego oraz prawidłowy rozwój. Kontakt z rodzicami zmniejsza

u dziecka poziom kortyzolu we krwi, a więc dziecko jest spokojniejsze i mniej narażone na stres.

Po „kangurowaniu” obserwuje się u dziecka lepsze zasypianie oraz dłuższy spokojniejszy sen. Głos matki i bicie jej serca stymulują oddech dziecka i zmniejszają częstość występowania bezdechu i bradykardii. Jednak nie tylko dziecko czerpie korzyści z kontaktu „skóra do skóry”, również dla matki bezpośredni kontakt z potomstwem ma pozytywne aspekty, zwiększa się ilość hormonów wpływających na laktację i skuteczność karmienia piersią.

Wszelkie czynności medyczne wykonywane przy dziecku, które mogą wywoływać ból są wykonywane sprawnie i szybko przez pielęgniarki i położne. Czynności, takie jak pobieranie krwi, wykonywane są możliwie najdelikatniej, jeśli jest taka możliwość – unika się dodatkowego klucia dziecka i korzysta z dostępnych założonych dróg centralnych czy też nowo wykonanego wkłucia obwodowego.

Przy czynnościach, podczas których korzysta się ze środka dezynfekcyjnego, który powinien przed użyciem zostać podgrzany, pielęgniarka powinna po wykonaniu zabiegu usunąć jałowym gazikiem, nasączonym jałowym płynem, jego pozostałości ze skóry dziecka. Kaniulę dożylną, przez którą podawane będą później leki, należy zabezpieczyć okleiną, która pozwoli na obserwację miejsca wkłucia. Wszelkie płyny podawane dożylnie powinny zostać ogrzane, by nie wyiębić organizmu dziecka. Gdy stan dziecka ulega poprawie i ustabilizowaniu – wprowadzana jest rehabilitacja, która ma przygotować wcześniaka na opuszczenie szpitala i powrót do domu w dobrym stanie zdrowia. Ma ona tym większe znaczenie, że poprawnie prowadzona w późniejszym etapie życia, po opuszczeniu szpitala, pozwala dziecku na prawidłowy rozwój i wyrównanie deficytów względem rówieśników, czyli dzieci urodzonych o czasie.

Metoda NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment), czyli zindywidualizowana opieka i ocena noworodka przedwcześnie urodzonego ma na celu:

- wspieranie nie tylko rozwoju wcześniaka, ale również całej jego rodziny;
- współdziałanie ze specjalistami, którzy również w późniejszym etapie życia będą pomagać dziecku i jego rodzinie;



Zdjęcie 1. Kangurowanie – źródło własne

- zauważanie i czytanie potrzeb najmniejszych pacjentów, którzy nie mogą ich sami wypowiedzieć;
- osiągnięcie najwyższej jakości życia wcześniaka i jego rodziny;
- nauczenie rodziny radzenia sobie w wypadku wystąpienia powikłań i zapobiegania ich pogłębianiu u dziecka.

By zaradzić rozwojowi powikłań wcześniactwa na oddziałach neonatologicznych obecni są neurologopedzi – którzy określają gotowość dziecka do ssania oraz uczą rodziców jak w prawidłowy sposób karmić dzieci, rehabilitanci, dietetycy, którzy edukują rodziców dziecka na temat sposobu rehabilitacji, karmienia i oceniają gotowość rodziny do opieki nad dzieckiem, a także przygotowują ją do samoopieki w domu. W oddziale obecny jest również psycholog, który wspiera rodziców w trudnym okresie, jakim jest pobyt w szpitalu, oraz przygotowuje ich na odejście dziecka, jeśli rokowania są złe.

Działania rozpoczęte w szpitalu powinny być kontynuowane w domu, dzięki czemu wcześniak w ciągu kilku pierwszych lat życia nadrobi braki i będzie prawidłowo się rozwijać, a skutki wcześniactwa i jego powikłania będą niemalże niezauważalne i nie wpłyną na pogorszenie jakości życia rodziny.

Metoda NIDCAP zakłada angażowanie rodziny we wszystkie czynności medyczne wykonywane przy dziecku i jak najlepsze przeszkolenie rodziców do wykonywania czynności pielęgnacyjnych już od pierwszego dnia życia wcześniaka*. Pozwala to budować więź już od pierwszych chwil oraz oswaja rodziców z dzieckiem, które nie jest przystosowane jeszcze do samodzielnego życia. Podczas wszelkich czynności medycznych, które wykonywane są przy dziecku rodzice mogą być obecni* oraz mogą dotykać dziecka w celu uspokojenia go. „Kangurowanie” odbywa się od razu w momencie, gdy stan dziecka jest na tyle stabilny, że wyjęcie go z inkubatora nie zagraża jego życiu (zdjęcie 1).

By zapobiegać zakażeniom, na które wcześniaki są bardzo podatne, rodzice odwiedzający* swoje dzieci uczeni są tego, jak ważna jest higiena rąk i jak w prawidłowy sposób przygo-



Zdjęcie 2. Ciepły dotyk – źródło własne

tować dłonie do kontaktu z noworodkiem. Dodatkowo mają zapewnione wszelkie środki niezbędne do przebywania przy dziecku, są zachęcani do czytania i rozmawiania z dzieckiem, co wpływa na nie uspokajająco. Personel uczy rodziców zasad „ciepłego dotyku”, który polega na delikatnym trzymaniu dłoni na dziecku bez zbędnego dostarczania dodatkowych bodźców poprzez przesuwanie palców po jego skórze, czy poklepywanie (zdjęcie 2). Noworodki ubierane są w ubranka przyniesione przez rodziców z domu, zalecanie jest również, by przed porodem kobieta nosiła pieluszki tetrowe czy też ubranka na własnych piersiach, aby po ubraniu dziecko czuło jej zapach oraz zasiedlane było matczyną florą bakteryjną, a nie florą szpitalną.

Każdy wcześniak przebywający na oddziale neonatologicznym otrzymuje ośmiorniczkę, która zapobiega ciągnięciu przewodów, jakie podłączone są do noworodka, ponieważ jej macki kształtem przypominają dziecku sznur pępowinowy. Ośmiorniczka wykonana jest z miękkiego materiału, przyjaznego dla skóry dziecka. Jej duża głowa i brak elementów, którymi dziecko mogłoby się zadławić czynią z niej idealnego partnera dla wcześniaka w pierwszych dniach życia i spełniają potrzebę dziecka dotyczącą chwytania. Zanim maskotka zostanie podarowana dziecku rodzic pierze ją w domu i śpi z nią około 3 dni, by przesiąknęła jego zapachem i florą biologiczną.*

Ważnym elementem, na jaki zwraca się uwagę przy metodzie NIDCAP, jest ochrona wcześniaka przed bólem i dodatkowymi bodźcami zewnętrznymi.

W tym celu na oddziale neonatologicznym stosowany jest powszechnie krem Emla, który zmniejsza odczuwanie bólu przy inwazyjnych zabiegach medycznych. Ponadto zwraca się uwagę na otoczenie dziecka, które ma być przyjazne dla rodziców i tak zestresowanych przedwczesnym porodem, przedłużającą się hospitalizacją oraz obecnością dużych ilości aparatury medycznej. Kolorowe okleiny i osłony inkubatorów pozwalają odwiedzającym* oswoić się z warunkami panującymi na oddziale i minimalizują negatywne reakcje. Osłona inkubatorów przed światłem zewnętrznym za pomocą specjalnych pokrowców zapobiega uszkodzeniom narządu wzroku oraz chroni przed niepotrzebnymi bodźcami.

Wprowadzanie nowych sposobów opieki nad wcześniakami pozwala na podnoszenie jakości ich życia, zwracanie uwagi na rolę rodziny w opiece nad dzieckiem oraz na konieczność kontynuowania rehabilitacji poszpitalnej, co będzie przyspieszało wyrównywanie różnic między przedwcześnie urodzonym dzieckiem a dziećmi urodzonymi o czasie. Warto zauważyć, że zarówno rehabilitacja, jak i podejście do noworodka były brane pod uwagę w tradycyjnym modelu pielęgnowania, jednak nie były to działania priorytetowe, jak w NIDCAP. W pierwszym wypadku pielęgniarka wykonuje przy pacjencie głównie czynności instrumentalne, takie jak pobieranie krwi, czy też pielęgnacyjne, jak zmiana zanieczyszczonej pieluszki. W metodzie NIDCAP pielęgniarka jest głównie edukatorką rodziny oraz

wsparcie dla pacjenta. Podczas wszelkich badań asystuje pacjentowi, a nie lekarzowi, chroniąc noworodka urodzonego przedwcześnie przed wyiębieniem czy bólem. Istotna jest obecność rodziców przy dziecku i rola ich terapeutycznego „ciepłego dotyku” jako najlepszego sposobu komunikacji z dzieckiem. A to przekłada się na wyrażane zadowolenie z jakości opieki nad dzieckiem.

Niewątpliwie korzyści płynące z zastosowania metody NIDCAP, to:

- Ocena indywidualnych potrzeb dziecka i lepsze ich zaspokajanie;
- Dostosowanie opieki nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie do jego aktualnych deficytów;
- Wzmacnianie więzi emocjonalnych między rodzicami, a dziećmi;
- Wyrażanie większego zadowolenia, przez rodziców, z opieki nad dziećmi;
- Zmniejszenie poczucia niepokoju opiekunów noworodków urodzonych przedwcześnie;
- Zapobieganie zaburzonemu rozwojowi noworodka urodzonego przedwcześnie lub też poprawianie jakości jego życia poprzez stosowanie indywidualnie dobranych metod rehabilitacji.

Rola pielęgniarki w metodzie NIDCAP polega na:

- Edukacji opiekunów dzieci przedwcześnie urodzonych, co do sposobów opieki i rehabilitacji pacjenta;
- Zabezpieczaniu pacjenta przed bólem podczas zabiegów medycznych. (Według wyników badań autorki niniejszej pracy – poza pielęgowaniem dziecka, wykonywaniem zleceń lekarskich, zabiegów i ich dokumentowaniem – pielęgniarki współdziałały z rodzicami poprzez ich obserwację, informowanie, uczenie, zachęcanie, angażowanie, wspieranie, uspokajanie, itd. – przyp. red.).

Metoda NIDCAP jest doceniana nie tylko przez personel medyczny, ale również przez opiekunów wcześniaków. Korzyści płynące z metody NIDCAP dotyczą nie tylko samych pacjentów, których deficyty są rozpatrywane w indywidualny sposób i lepiej zaspokajane, ale też ich opiekunów, którzy czują się lepiej przygotowani do sprawowania opieki nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie. Dodatkowo metoda ta pozwala na zacieśnianie więzi emocjonalnych między rodzicami a wcześniakami. Określono również główną rolę pielęgniarki jako edukatorki, która przygotowuje rodziców do opieki nad dzieckiem w domu, dzięki czemu wyrażają oni większe zadowolenie z opieki szpitalnej.

*Niestety, obecnie – w warunkach zagrożenia pandemią – czynności te są w szpitalach ograniczane – przyp. red.

Bibliografia – u Autorki

oprac. redakcyjne – mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz na podstawie pracy licencjackiej na kierunku pielęgniarstwo promotor – dr Agnieszka Głowacka

XIII Konferencja Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2020”

cz. I



W związku z obecną sytuacją w Polsce – ogłoszeniem stanu epidemii koronawirusa COVID-19, znaleźliśmy się wszyscy w szczególnej – niespotykanej dotąd sytuacji. Po raz pierwszy Konferencja Medycyny Ratunkowej w Łodzi, organizowana cyklicznie jak co roku, odbyła się wyłącznie w formie on-line w dniach 13–30 listopada 2020 roku pod Patronatem Honorowym, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Ratunkowej prof. dr hab. Jerzego Roberta Ładnego. Przewodniczącym Konferencji był dr hab. n. med. Dariusz Timler, prof. UM w Łodzi. Zaproszono gości z kraju i z zagranicy m.in. ze Stanów Zjednoczonych i Ukrainy (Tarnopol). Tytuł konferencji brzmiał: Co możemy zrobić lepiej?! W prezentacjach multimedialnych zwrócono uwagę na różne aspekty zdarzeń niepożądanych, zgonów do uniknięcia oraz powikłań w medycynie ratunkowej.

Tematyką USG zajął się dr Adan R. Atriham MD z USA, który w swoim wystąpieniu przekonywał, że stosowanie przyłóżkowego USG (zwłaszcza w praktyce SOR) jest niezwykle korzystne: oszczędza czas i redukuje koszty, a ponadto jest powtarzalne i nie naraża pacjenta na szkodliwe działanie promieniowania czy powikłania związane z użyciem środków kontrastowych. Jako trudności związane z wprowadzeniem ultrasonografii na Oddziałach Ratunkowych autor wymienia: cenę sprzętu, dodatkowe szkolenia personelu z obsługi urządzenia oraz fałszywe przekonanie, iż jest to procedura czasochłonna. Prelegent przedstawił studium przypadku 85-letniej kobiety po upadku ze schodów, która doznała urazu głowy z utratą przytomności. W wywiadzie pacjentka miała migotanie przedsionków, na stałe przyjmowała antykoagulanty. W badaniu przedmiotowym występował duży krwiak i obrzęk prawego oka.

Po przewiezieniu do Oddziału Ratunkowego, ze względu na duże obłożenie (dopiero po 90 min. od przyjazdu pacjentki) wykonano badanie CT, które wykazało masywny krwiak pozagałkowy, wypychający gałkę oczną do przodu. Wykonano zabieg operacyjny – kantotomię boczną (lateral canthotomy) w celu odbarczenia oczodołu. Jednakże wzmożone ciśnienie wewnątrzgałkowe trwające ponad 2 godziny doprowadziło do niedokrwienia i martwicy nerwu wzrokowego. Kobieta straciła wzrok w oku prawym. W związku z powyższym autor postawił pytania: Co poszło nie tak? Czy można było temu zapobiec? Odpowiedź wydaje się oczywista: wykonanie przy-

łóżkowego USG, zajmującego 2 minuty, wykazałoby krwiaka pozagałkowego (retrobulbar hematoma) i zapobiegłoby utracie wzroku przez kobietę.

W kolejnym wystąpieniu Adan R. Atriham, MD z USA opowiadał o znaczeniu opieki terminalnej, która w pewnym sensie stanowi bieżący przeciwny medycynie ratunkowej, dlatego w tym obszarze jest to temat dość kontrowersyjny. Dzieje się tak dlatego, że ciężko dopuszcza się myśl o powolnym umieraniu w miejscu, gdzie priorytetem jest udzielanie pomocy osobom w stanie zagrożenia zdrowia lub życia. Medycyna paliatywna jest opieką dedykowaną pacjentom w stanie terminalnym. Ma ona na celu poprawę jakości ich życia oraz życia ich rodzin, a także złagodzenie objawów chorobowych i bólu. W grupie pacjentów poddanych opiece paliatywnej zauważa się zmniejszoną liczbę przypadków depresji i niepokoju w porównaniu z pacjentami leczonymi w sposób standardowy. Wyraźne różnice widoczne są także w kontroli objawów chorobowych, co z kolei wpływa na jakość i długość życia. Opieka paliatywna dedykowana jest nie tylko osobom, u których stwierdzono nieuleczalną chorobę, taką jak nowotwór, ale także pacjentom z niewydolnością krążenia, POCHP, demencją, innymi chorobami przebiegającymi z uciążliwymi objawami klinicznymi; ponadto tym, którzy chcieliby doznać śmierci jako procesu naturalnego, najczęściej w gronie najbliższych członków rodziny.

Należy pamiętać, że śmierć jest częścią życia. Można wyróżnić kilka jej rodzajów: nagła, w wyniku choroby nieuleczalnej, z powodu niewydolności narządowej, wynikającej z pogłębiania się już istniejącej słabości/niedomogi. Należy więc zidentyfikować osoby, którym przedłużanie życia, procedury medyczne pogłębią tylko cierpienie i zakłócą naturalny proces umierania. W tym celu autor podsuwa nam wskazówki, które umożliwią weryfikację takich chorych, tj.: ilość rurek/cewników założonych pacjentowi, obecność odleżyn, niedożywienie, ilość czasu spędzonego w łóżku (jeśli powyżej 50 proc. – czas przeżycia wynosi 2–3 miesiące), podatność na infekcje – zakażenie układu moczowego, zapalenie płuc, sepsa, zakażenie ran (jeśli powyżej 3 w ciągu roku – przeżycie oscyluje w zakresie 3–5 miesięcy).

Pod kwalifikowaniem pacjenta do opieki paliatywnej należy go do tego procesu odpowiednio przygotować psychicznie. W rozmowie z pacjentem używa się stosownych zwrotów, które

są kluczowe, aby informacje zostały prawidłowo zrozumiane i zaakceptowane. Przede wszystkim należy mówić o rezultatach ważnych dla pacjenta (w kontekście rodzina, przyjaciele, praca, hobby), a nie o procedurach medycznych. Ponadto informuje się chorego o metodach uśmierzania bólu i niepokoju, które poprawią jego komfort w chorobie.

Dlaczego zmarł George Floyd?

Autorzy kolejnej prezentacji J. Berent i A. Smędra z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przedstawili głośną sprawę George'a Floyd'a 46-letniego Afroamerykanina, który zmarł w maju 2020 r. w Minneapolis (Minnesota) po zatrzymaniu i obezwładnieniu przez Policję. Sprawa wywołała protesty i zamieszki w wielu miastach w USA, co było przyczyną zmiany w procedurach policyjnych dotyczących obezwładniania zatrzymanych. Po zajęciu przeprowadzono dwie sekcje zwłok: jedną na polecenie władz, drugą na wniosek rodziny zmarłego. Wnioski obu sekcji różnią się i zapewne będą przedmiotem dociekań wszystkich zaangażowanych stron podczas procesu sądowego. Wnioski z pierwszej sekcji zostały podane do wiadomości publicznej, z której wynika, że u G. Floyd'a doszło do zatrzymania oddechu i krążenia na skutek obezwładnienia przez Policję i ucisk szyi. Obduenci, którzy przeprowadzili drugą sekcję zwłok, jasno podkreślają, że do zgonu doszło na skutek zabójstwa poprzez gwałtowne uduszenie, spowodowane uciskiem na szyję i plecy, stosowanym przez policjantów. Czterech funkcjonariuszy zostało postawionych w stan oskarżenia. Autorzy w swojej prezentacji zamieścili oburzający film z zatrzymania przez Policję oraz z akcji „pseudoratunkowej”. Ich zdaniem przyczyną zgonu George'a Floyd'a nie był ucisk szyi, lecz unieruchomienie klatki piersiowej, co uniemożliwiło efektywne wykonywanie ruchów oddechowych a dalej prawidłową wentylację płuc i zaopatrzenie organizmu w tlen.

W prezentacji zostały przedstawione różne rodzaje uduszenia gwałtownego ze zwróceniem szczególnej uwagi na unieruchomienie klatki piersiowej.

Pediatric ready at a non-pediatric ED

W swoim wystąpieniu Anthony Rodigin, MD, FAAEM, FACEP omówił jak przygotować się do przyjęcia pacjenta pediatrycznego na oddziale ratunkowym przeznaczonym dla dorosłych. Dla personelu medycznego, który w codziennej pracy rzadko zajmuje się dziećmi, pacjent pediatryczny stanowi swojego rodzaju wyzwanie. Pediatrzy są bardziej skupieni na efektach leczenia i ograniczeniu śmiertelności niż zadowoleniu/komfortowi pacjenta, jak to ma miejsce podczas opieki nad osobami dorosłymi. Ponadto częściej wykonują procedury inwazyjne, wykazują się lepszymi umiejętnościami manualnymi, szybko reagują na płacz, niepokój i strach podopiecznych, nie opóźniają leczenia przeciwbólowego oraz sedacji, a także zazwyczaj polegają na wsparciu innych specjalistów. Z kolei osoby pracujące na SOR dla dorosłych nie mają problemu ze stawianiem

rozpoznania niespecyficznego dla pacjentów pediatrycznych, np. zawału mięśnia sercowego, ponadto poświęcają dzieciom więcej czasu.

Aby przygotować się na przyjęcie pacjenta pediatrycznego w miejscach dedykowanych osobom dorosłym należy: zidentyfikować potrzeby w danym szpitalu – pomocne w tym są quizy i scenariusze oraz poszukać wsparcia mentorów: lekarzy, pielęgniarek, radiologów, którzy będą przewodzić w procesie udoskonalania oddziału. Należy także dostosować sprzęt, narzędzia oraz wdrożyć program edukacyjny dla personelu medycznego.

Wskazania do kardiowersji elektrycznej w warunkach przedszpitalnych przybliżyli Jakub Mercik, Aleksandra Gajek – Marecka i Dorota Zysko z Katedry Medycyny Ratunkowej UM we Wrocławiu. Kardiowersję rozważyć należy zawsze wtedy, kiedy współistnieją napadowe zaburzenia rytmu serca z dużym prawdopodobieństwem odpowiedzialne za współistniejące zaburzenia hemodynamiczne (wstrząs, omdlenie, niedokrwienie mięśnia sercowego, niewydolność serca) oraz w przypadku tzw. szybkiego migotania przedsionków. Należy monitorować rytm serca i saturację krwi tlenem, wykonać preoksygenację, podać lek przeciwbólowy (fentanyl 50–100 µg dożylnie) oraz lek nasenny (propofol mg/kg m.c., etomidat 0,2–0,3 mg/kg m.c. lub midazolam 1,5–2,5 mg/dawkę). Ponadto należy sprawdzić odruch rzęskowy – czy pacjent śpi. Kardiowersja elektryczna praktycznie w 100 proc. jest skuteczna (minimalna energia 300J u pacjenta o przeciętnej masie ciała) i daje natychmiastową poprawę hemodynamiczną. Energia wyładowania: pomimo różnych wartości podawanych w odniesieniu do różnych arytmii przez różne zalecenia, autorzy wychodzą z założenia, że nie zależy tu na precyzyjnym miareczkowaniu energii tylko wykonaniu jednego skutecznego wyładowania.

Kolejna prezentacja dotyczyła postępowania przedszpitalnego z pacjentem urazowym, zakwalifikowanym do kategorii „load and go”-„ładuj i pędź”. Jej autorami byli Roman Liakhovych, Mykola Shwed, Jarosław Kitsak z Państwowego Uniwersytetu Medycznego im. I. Ja. Horbaczewskiego w Tarnopolu, Katedra Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof. W postępowaniu przedszpitalnym zgodnie z wytycznymi ITLS (International Trauma Life Support) na miejscu zdarzenia należy przeprowadzić badanie wstępne, wdrożyć procedury ratujące życie oraz zakwalifikować poszkodowanego do kategorii „load and go” lub „stay and play”. Poszkodowani kwalifikowani do kategorii „load and go”: ofiary urazów o niebezpiecznym mechanizmie; poszkodowani, u których w wywiadzie stwierdzono utratę przytomności, problemy z oddychaniem, występowanie silnego bólu; poszkodowani, u których w ocenie wstępnej stwierdzono zaburzenia świadomości, zaburzenia oddychania, zaburzenia perfuzji; poszkodowani z grupy wysokiego ryzyka (kobiety w ciąży, dzieci, osoby starsze, osoby z chorobami współistniejącymi).

Badanie wstępne, na które składa się ocena miejsca zdarzenia, ocena wstępna poszkodowanego i szybkie badanie urazowe, należy przeprowadzać w czasie do 2 minut. Wykonuje się je w celu wykrycia obrażeń zagrażających życiu oraz

wdrożenia interwencji ratujących życie. Team leader zleca ich wykonanie członkom zespołu, a sam kontynuuje badanie wstępne. Na miejscu zdarzenia wykonuje się: tamowanie krwotoków, udrażnianie dróg oddechowych, RKO, tlenoterapie, odbarczenie odmy opłucnowej, unieruchomienie kręgosłupa. Pozostałe interwencje (m.in. płynoterapia, unieruchomienie złamań, terapia przeciwbólowa) oraz badanie dalsze i ewentualnie badanie powtórne należy przeprowadzić w czasie transportu do szpitala. Takie postępowanie ma na celu ograniczenie czasu spędzonego na miejscu zdarzenia i jak najszybsze dotarcie do szpitala, co znacząco wpływa na szanse przeżycia poszkodowanego.

Ed Overcrowding – SOR przepełniony

Najważniejszym tematem poruszonym na tegorocznej konferencji jest paraliż ochrony zdrowia w związku z pandemią COVID-19. Problem jest najbardziej widoczny w przepełnionych Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Brak miejsc izolacyjnych i sprzętu, niedobory kadrowe, praca w uciążliwych warunkach, przemęczenie i zakażenia wśród personelu, bardzo duża liczba pacjentów. Te czynniki powodują, że SOR to miejsce podobne do pola bitwy, gdzie każdy dyżur to dosłownie walka o przetrwanie.

Jak sobie radzić? Wg Karola Darwina: „Gatunkiem, który przetrwa nie jest ani ten najsilniejszy, ani najinteligentniejszy. Przetrwa ten, który potrafi się zmieniać”.

Dzięki nieustannie wprowadzanym modyfikacjom, wyprzedzającym wydarzenia, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi świadczy usługi medyczne na najwyższym poziomie, pomimo dynamicznie rozwijającej się pandemii. W swojej prezentacji Kierownik SOR Szpitala im. Kopernika, dr hab. n. med. Dariusz Timler, prof. UM w Łodzi, Konsultant Wojewódzki ds. Medycyny Ratunkowej, przedstawił prognozy statystyczne zakażeń w kolejnych miesiącach oraz zaprezentował rozwiązania piętrzących się w zastraszającym tempie problemów. Bowiem tylko podjęcie szybkich działań umożliwi pracę w najbliższym czasie w warunkach ekstremalnych, gdzie liczba chorych wymagających hospitalizacji i respiracji będzie coraz większa. W sprawnym „przepływie” pacjentów przez SOR kluczową rolę odgrywa triage. Obecnie jest on poprzedzany przez pretriage, czyli segregację pacjentów pod kątem epidemiologicznym, aby podejrzanych o zakażenie i zakażonych wirusem SARS-CoV-2 odizolować od pozostałych chorych. Niezwykle istotne jest również lokowanie ambulatoryjnej opieki obok SOR. Nocna Pomoc Lekarska (NPL) z zapleczem RTG, urządzeniami POCT typu szybkich testów laboratoryjnych powinna być uruchomiona 24 godziny/dobę. Lekarze stażyści przejęliby obowiązki lekarza NPL, który zostałby oddelegowany do pracy na SOR. Pacjentów ambulatoryjnych, zgłaszających się na SOR, należałoby kierować do NPL, co spowoduje: odciążenie SOR-u, zniesienie strefy dla oczekujących pacjentów ambulatoryjnych, a co za tym idzie zwiększenie przestrzeni na korytarzu dla pacjentów wymagających hospi-

talizacji. Kolejnym udoskonaleniem jest wprowadzenie nowego stanowiska, tj. osoby zarządzającej przepływem na poziomie przyjęcia na SOR i wspierającej „wypływ z SOR” (z naciskiem na wspierającego „wypływ”).

Te kroki umożliwią sprawniejsze działanie systemu, który będzie się zmagał z dużą liczbą pacjentów, prezentujących głównie objawy takie jak: duszność i gorączka, podejrzanych o zakażenie bądź z zakażeniem potwierdzonym. Takie osoby będą wymagały: izolacji, tlenoterapii, monitorowania, podaży leków i badań diagnostycznych – czyli zasada 5W.

W swojej prezentacji autor przedstawił zasady segregacji pacjentów w oparciu o prezentowane objawy kliniczne, badanie PCL oraz TK klatki piersiowej. W tej metodzie wynik badania RT-PCR ma drugorzędne znaczenie, ponieważ jego uzyskanie jest możliwe po kilku godzinach od pobrania, czyli na etapie wczesnoszpitalnym tak długie oczekiwanie przed podjęciem jakichkolwiek działań jest nie do przyjęcia. W pierwszym kroku autor zaleca pobranie wymazu metodą PCL i PCR: pacjent izolowany oczekuje 10 minut w karetkce na wynik testu PCL.

Sytuacja komplikuje się, jeśli test antygenowy jest ujemny, a pacjent prezentuje objawy zakażenia lub jeśli test jest niedostępny – wtedy zaleca się izolację w strefie brudnej. Należy także pamiętać, że istnieje możliwość uzyskania wyniku fałszywie ujemnego. Wykonanie TK klatki piersiowej również jest niezwykle istotne w diagnostyce zakażenia., na tej podstawie będziemy podejmować decyzję o izolacji pacjenta. Jeśli test antygenowy jest ujemny, a obraz płuc w TK nie jest typowy dla COVID-19, pacjent może przebywać w strefie czystej.

Należy podkreślić, że wykonanie badania TK bez zastosowania specjalnej kapsuły, będzie skutkowało potrzebą dekontaminacji pomieszczenia diagnostycznego poprzez fumigację. Spowoduje to wyłączenie pracowni TK na co najmniej 2 godziny. Rozwiązaniem problemu jest stosowanie ww. kapsuł bądź kohortownie chorych podejrzanych. Po wykonaniu badań diagnostycznych w kierunku COVID-19 i stwierdzeniu zakażenia, SOR napotyka zazwyczaj na blokadę w przekazaniu pacjenta, tzn. całkowity czas przyjęcia na dedykowany oddział jest znacząco wydłużony (przekracza 8 godzin na SOR). Jest to niedopuszczalne i paraliżuje pracę SOR. Niestety zdarza się nagminnie.

Według prognoz system trzystopniowy w szpitalnictwie przestanie funkcjonować, a placówki o wyższej referencyjności nie będą odbierać chorych. Należy więc przygotować także szpitale pierwszego stopnia na przyjmowanie pacjentów zakażonych. Ze względu na przeciążenie karetek transportowych tzw. covidowych i znaczące wydłużenie czasu oczekiwania na tego typu transport, zaleca się aby szpitale organizowały przewóz własny pacjentów, którzy mogą przebywać w domu. Kolejnym rozwiązaniem proponowanym przez autora jest przekazanie wykonywania czynności związanych z pobieraniem wymazów i ich rejestracją w Krajowym Rejestrze COVID osobom (np. żołnierzom Wojsk Obrony Terytorialnej), które po odpowiednim przeszkoleniu, odciążą personel SOR w tym zakresie.

Na zakończenie prezentacji prof. UM Dariusz Timler podkreślił jak ważne jest odpowiednie postępowanie w miej-

scach, gdzie istnieje wysokie ryzyko narażenia na COVID-19. Dlatego też w strefie brudnej powinien przebywać najbardziej doświadczony zespół, który zna lokalne zasady bezpieczeństwa i środki ochrony osobistej oraz potrafi wykonywać procedury medyczne w jak najkrótszym czasie, aby zminimalizować długość przebywania w strefie niebezpiecznej. Dodatkowe zalecenia dla personelu: rezygnacja z procedur diagnostycznych, które nie wpłyną na postępowanie lecznicze, ochrona i oszczędność krytycznych zasobów, minimalizacja kontaminacji sprzętu, utrzymanie rozsądnych standardów opieki, przygotowanie zasad postępowania na wypadek braków sprzętowych, lekowych na zasadach etyki w niedostatkach.

COVID testy/SARS-CoV-2 Testy omówiła Anna Janus-Młodawska ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Warszawie.

Metody molekularne, czyli testy PCR

- Podstawową techniką rozpoznania zakażenia SARS-CoV-2, zgodnie z odnalezionymi dowodami naukowymi, jest technika rRT-PCR (reverse-transcription real-time PCR).
- Metody izotermiczne amplifikacji mogą być atrakcyjną alternatywą.
- Wykrywanie obecności materiału genetycznego wirusa jest możliwe tylko w aktywnej fazie choroby, gdy obecna jest replikacja w tkankach, z których materiał został pobrany.
- Zaletą testów molekularnych jest możliwość potwierdzenia zakażenia we wczesnej fazie, gdy jeszcze nie doszło do produkcji przeciwciał oraz możliwość wykluczenia aktywnej replikacji po przechorowaniu.
- Wśród ograniczeń wykorzystania technik molekularnych w diagnostyce zakażeń SARS-CoV-2 wymienia się czasochłonność i skomplikowaną procedurę.
- Szybkie testy molekularne są najczęściej oparte na technologiach kasetowych z zastosowaniem technologii rRT-PCR i izotermicznej i mogą być stosowane przy łóżku chorego.

Uzasadnienie:

- Mając na uwadze czasochłonność i skomplikowaną procedurę dotychczasowych testów rRT-PCR, szybkie testy molekularne (czas otrzymania wyniku 15–45 minut) mogą stać się ważnym narzędziem diagnostycznym, zwłaszcza w pilnych przypadkach.
- Czulość badania molekularnego zależy od fazy zakażenia – najwyższy ładunek wirusa w drogach oddechowych obserwuje się w 4–10 dobie od wystąpienia objawów, rodzaju pobranego materiału oraz sposobu pobrania i transportu materiału.
- Ograniczenia zastosowania szybkich testów molekularnych (Point-of-care tests) dotyczą głównie przepustowości oraz swoistości metody.
- Metody wykrywania antygenów /białek wirusa, testy antygenowe
- Testy służące do wykrywania antygenów SARS-CoV-2 są najczęściej immunochromatograficzne lub oparte o technologię ELISA. Ich zaletą jest niski koszt i krótki

czas trwania badania, natomiast ich wady to: możliwość reakcji krzyżowych z innymi powszechnie występującymi koronawirusami oraz brak walidacji klinicznej.

- W celu oceny ich przydatności klinicznej konieczne jest przeprowadzenie badań porównawczych z testami molekularnymi.

- Najpowszechniejsze obecnie są testy kasetkowe.

Metody serologiczne, czyli przeciwciała

- Pierwszoplanowym wskazaniem do zastosowania badań serologicznych jest prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych i diagnostyki retrospektywnej zakażeń SARS-CoV-2 – oszacowania liczby/odsetka osób, które miały kontakt z wirusem, a także badań populacyjnych.
- Diagnostyka serologiczna pozwala na wykrycie obecności przeciwciał i może mieć znaczenie w szczególności u osób, u których infekcja przebiegała bezobjawowo lub z łagodnymi objawami.
- Określenie optymalnego czasu wykonywania testów serologicznych jest związane ze zjawiskiem tzw. „okienka serologicznego” (w przypadku COVID-19 czas 7–14 dni).
- Dodatnie wyniki badań serologicznych nie powinny być wykorzystywane jako podstawa do diagnozowania lub do informowania o fazie zakażenia (wyniki dodatnie mogą być spowodowane przebytą lub trwającą infekcją koronawirusami innymi niż SARS-CoV-2, takimi jak koronawirus HKU1, NL63, OC43 lub 229E lub innymi wirusami, w tym adenowirusami, EBV, CMV, czy też obecnością autoprzeciwciał i czynnika reumatoidalnego oraz przeciwciał poszczepionych (grypa).
- Aby ostatecznie potwierdzić zakażenie SARS-CoV-2, należy wykonać badanie techniką molekularną.

Obecnie jedyną zalecaną przez WHO metodą wykrywania infekcji wirusowej SARS-CoV-2 są: testy molekularne wykonywane metodą NAAT (ang. nucleic acid amplification tests), czyli inaczej metodą amplifikacji kwasu nukleinowego. Do grupy tej należy m.in. test rt-PCR, a więc real-time PCR.

Konferencje ratunkowe „Kopernik 2020” odbywające się w Łodzi cieszą się od lat ogromnym zainteresowaniem ze strony medyków, stanowią bardzo duży potencjał edukacyjny, z obszerną i ciekawą tematyką ukierunkowaną na kształcenie w zakresie medycyny ratunkowej. Dedykowane są dla lekarzy różnej specjalności, ratowników medycznych, pielęgniarek specjalności w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Ubolewamy, że z powodu tegorocznej niekorzystnej sytuacji epidemicznej w kraju nie mogliśmy się wszyscy spotkać. Składamy serdeczne podziękowania Panu dr hab. n. med. Dariuszowi Timlerowi, prof. UM w Łodzi, za trud i ogromne zaangażowanie w organizację wszystkich łódzkich konferencji ratunkowych oraz za integrowanie środowiska medycznego. Z nadzieją na kolejny rok... bez pandemii... Już niebawem zapraszamy na drugą część sprawozdania.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska
lic. rat. med. Justyna Witczak



TELEMEDYCYNĄ – bariery i korzyści dla opieki zdrowotnej

Ewa Kaniecka, Monika Białas, Agata Białas, Małgorzata Timler, Dariusz Timler

„TELEMEDYCYNĄ” to określenie świadczeń zdrowotnych udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (inaczej mówiąc na odległość).

NAJWAŻNIEJSZE



- optymalizacja procesu leczenia – możliwość szybszego reagowania na zaostrzenia choroby w efekcie zdalnego monitorowania pacjentów,
- poprawa opieki nad pacjentami o ograniczonej mobilności, starszymi i niepełnosprawnymi,
- pokonanie barier geograficznych i wyrównywanie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z obszarów wiejskich oraz słabo skomunikowanych,
- uzyskanie dostępu do dotychczas niedostępnych technologii medycznych (np. telespirometrii),
- działania profilaktyczne i realizacja badań przesiewowych na odległość,
- skrócenie kolejek pacjentów oczekujących na standardową wizytę, ponieważ część pacjentów może zaspokoić swoje potrzeby zdrowotne przy wykorzystaniu rozwiązań telemedycznych,
- wygoda korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych na odległość również podczas pobytu poza granicami kraju,
- zwiększenie zaangażowania pacjentów w dbanie o własne zdrowie – lepsza dostępność świadczeń i łatwość ich uzyskania mogą spowodować lepszą relację pomiędzy lekarzem a pacjentem, co może przełożyć się na lepsze efekty terapeutyczne czy zwiększenie poczucia bezpieczeństwa,
- bezpieczne rozwiązania w dobie COVID i jakichkolwiek innych sytuacji zagrożenia.



- brak spójnej strategii dla opieki zdrowotnej w Polsce uwzględniającej rozwiązania telemedyczne,
- ograniczone finansowanie przez NFZ wszystkich skutecznych rozwiązań telemedycznych,
- niezakończony proces informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce i niski poziom informatyzacji poszczególnych placówek medycznych,
- autonomiczny charakter wdrożonych systemów – brak przepływu informacji pomiędzy placówkami i ich przygotowania do przyszłego włączenia w system centralny,
- małe doświadczenie w procesach wdrożeniowych dla rozwiązań telemedycznych i obawy przed nową technologią,
- niska świadomość i wiedza w zakresie usług oraz urządzeń telemedycznych wśród pacjentów i personelu medycznego,
- niepewność, co do bezpieczeństwa opieki telemedycznej i jej finansowania – niewystarczające środki finansowe.



Minister Zdrowia
Adam Niedzielski

Warszawa, 9 grudnia 2020 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W związku z przygotowaniem do rozpoczęcia realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 informuję, że na podstawie oceny ryzyka zakażenia, poważnego zachorowania, a także śmierci oraz włączając ryzyko społeczno-ekonomiczne oraz ryzyko transmisji pracownicy sektora ochrony zdrowia będą szczepieni w pierwszej kolejności.

Masowy program szczepień przeciwko COVID-19 jest jednym z największych wyzwań planistycznych, organizacyjnych i logistycznych od kilku dekad w zakresie ochrony zdrowia Polaków. Uzyskanie odporności populacyjnej wymaga znacznego zaangażowania instytucji państwa a także organizacji i kadr tworzących nasz system ochrony zdrowia.

Dlatego też zwracam się do Pani Prezes o zaangażowanie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w działania zachęcające Państwa członków do podejmowania decyzji o przystąpieniu do projektu powszechnego szczepienia, jak również o włączenie się do kampanii propagowania szczepień w całym społeczeństwie.

Jednocześnie informuję, że szczepienia pracowników sektora ochrony zdrowia realizowane będą, zgodnie z planem, w szpitalach realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. szpitale sieciowe) oraz podmiotach leczniczych nienależących do tego systemu. Wykaz tych jednostek zostanie z odpowiednim wyprzedzeniem podany do publicznej wiadomości.

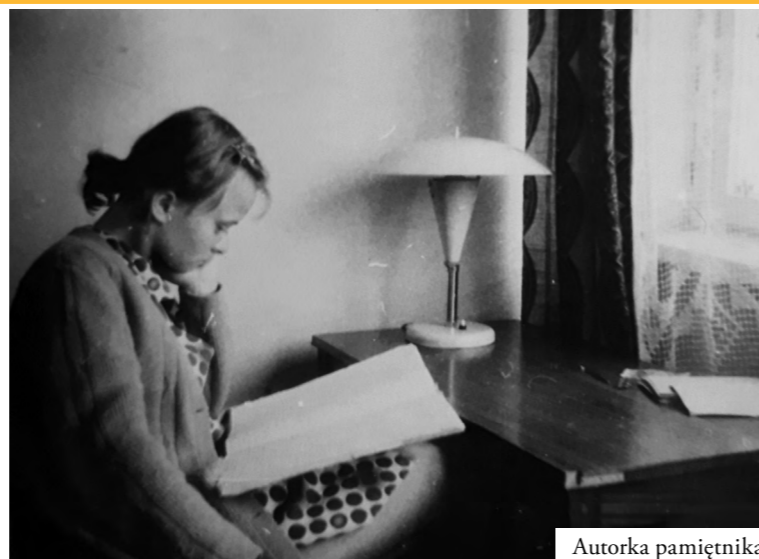
Natomiast personel pracujący poza wskazanymi podmiotami będzie mógł zgłosić się na szczepienie do wybranego szpitala sieciowego, bądź zaszczepić się w dowolnym punkcie szczepień zarejestrowanym przez NFZ w ramach otwartego naboru. Przy czym zaznaczyć trzeba, że szczepienia w otwartych punktach będą realizowane z przesunięciem czasowym około 3 tygodni w stosunku do szpitali sieciowych. Powodzenie Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 i uzyskanie odporności populacyjnej nie będzie możliwe bez wsparcia pracowników ochrony zdrowia i ich masowego udziału w szczepieniach.

Z poważaniem
Minister Zdrowia
Adam Niedzielski

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

Będąc młodą pielęgniarką

cz. II



Autorka pamiętnika

7 I 1974 r., niedziela – Nowy Rok witałam w pracy. Po samodzielnej popołudniówce zostałam do północy z samotną niezdolną koleżanką. Lekarze nie zapomnieli – przyszli złożyć życzenia. Miłe to.

17 III 1974, niedziela – Nareszcie prawdziwa praca w oddziale – dwa złamane kręgosłupy z porażeniami. Zgodnie z zasadą – wali się seriami. Okropnie żmudne, monotonne i mało efektywne jest pielęgnowanie takiego chorego.

W ogóle, pielęgniarstwo, to paskudna rzecz. Chorzy podejrzewają mnie, że wybrałam swój zawód z powołania. Żeby oni znali moje odczucia wewnętrzne! Żeby wiedzieli, ile goryczy, samozaparcia, mimo uśmiechu, noszę w sercu! Kochałam medycynę, teraz – boję się jej. Mimo pewnej rutyny – nie znoszę widoku cierpiącej twarzy. Przeraza mnie ogrom ludzkich cierpień. Medycyna jest okrutnie „amoralnym” zawodem – zmusza do kłamstw i obłudy.

12 VII 1974 r., piątek – W bieżącym roku (po raz trzeci!) przystąpiłam do egzaminów wstępnych, tym razem na psychologię. Nie zdałam egzaminu z: języka rosyjskiego. Nie dopuszczono mnie nawet do dalszych etapów... Trzykrotne przeżywanie porażki w pewnym sensie mnie uodporniło... Pozbierałam się nawet dość szybko... Szukam ukojenia w książkach.

23 VIII 1974, wtorek – Miałam dziś sama ranny dyżur. Najgorsze są pierwsze godziny pracy. Łóżka, łóżka, łóżka, masę zmian pościeli.

Chcę przejść do przychodni. Marne szanse. Byłabym gotowa zmienić pracę na mniej płatną, aby tylko móc zyskać zadowolenie z jej wykonywania...

Jeden z pacjentów powiedział kiedyś: Siostrzo, gdyby mi płacono pięć – dziesięć razy więcej – nikt by mnie nie zmusił do takiej harówki.

A tak, muszę pracować w szpitalu na trzy zmiany, co bardzo zakłóca rytm biologiczny. Przeciętnie co trzy dni zmiana dyżurów – popołudniowych na ranne (pięć godzin snu), nocne itd., itd., itp.

Czuję, że jeszcze zdecyduję się na studia.

Z naszych lekarzy podoba mi się jedynie B. Kiedy jednak pomyślę o jego życzliwości pobudzanej ośmioma kilogramami szynki lub tysiącami złotych... to wydaje mi się, mimo wszelkich plusów (sprawny, zorganizowany w pracy), nędzną istotą. Każdy z naszych lekarzy spędził urlop na Węgrzech. Snobizm? Chęć wykazania różnicy – stale istniejącej – między nimi a nami, pielęgniarkami, ceniącymi sobie bardziej piękno ojczystych zakątków?...

6 IV 1974, sobota – Wykończyły mnie przedostatnie noce. Oczekiwanie i wreszcie zgon śp. P. (często chorzy „czekają” ze śmiercią na moje dyżury) wykończyły psychicznie. Długo nie mogłam dojść do równowagi. Czy ja aby nie słabnę psychofizycznie? Straciłam zresztą 8–10 kg (wagę 42).

W pracy znów obustronne narzekania lekarzy i pielęgniarek na siebie... Czekolady co prawda sypią mi się ostatnio nierzadko, ale zbyt wysokiego zadowolenia z roboty nie widać.

Wykształcenie o niczym nie świadczy. Niekiedy dochodzi do sytuacji, kiedy salowa potrafi zachować się lepiej od lekarza. Zdawałam kiedyś dyżur koleżance. Trwało to dość długo – mam zwyczaj omawiana, choć jednym słowem, każdego chorego. Nagle wchodzi lekarz: Przestańcie wreszcie pie.....

„Będąc młodą pielęgniarką” to fragmenty pamiętników absolwentki Liceum Medycznego, ukończonego w 1972 r. Młoda pielęgniarka od dzieciństwa marzyła o podjęciu studiów lekarskich, dlatego – by przyspieszyć swój kontakt z medycyną – podjęła naukę w LMP. Autorka opisuje swoje osobiste przeżycia i refleksje związane z pierwszą pracą zawodową w charakterze pielęgniarki. To poruszające historie dyżurów w szpitalu, kiedy staje się m.in. w obliczu nieubłaganej śmierci i swojej bezsilności. Adeptka sporo miejsca poświęca też niektórym pacjentom, opisuje kulisy pracy lekarzy i innego personelu medycznego. Stara się szczerze opowiedzieć nie tylko o technicznej stronie pracy pielęgniarki, ale również odnaleźć sens tego zawodu. Miłośnicy opisów realiów pracy pielęgniarek w początkach lat 70. ub. wieku nie będą zawiedzeni, mogą dokonać porównań z obecną sytuacją w szpitalach. W życiu autorki pamiętników – pisanych do dzisiaj! – przeplatają się zarówno radosne, jak i smutne chwile, pojawia się wiele dylematów osobisto-zawodowych, nie brakuje wątpliwości, wyrzeczeń, niepowodzeń, chwil zmęczenia, a jednocześnie wytrwałości i żmudnej pracy włożonej w uzyskanie tytułu mgr pielęgniarstwa.

Elżbieta Janiszewska

6 VIII 1974, wtorek – Przybywa młodych pielęgniarek w oddziale. Gorzej z salowymi. Doszło nawet do tego, że salowe „z dobrego serca” pomagają sobie nawzajem, zostając dobrowolnie po godzinach, by pomóc koleżance w myciu korytarza, liczącego osiemdziesiąt metrów długości w sześćdziesięciolóżkowym oddziale.

7/8 VIII 1974, środa/czwartek – O ile dobrze pójdzie – pierwsza noc zaliczona i spokojna, choć nie można tak mówić przed upływem połowy dyżuru. Wjechała w „opłotki” szpitala karetka z migającym światłem – co ten sygnał o godzinie trzeciej nad ranem ma udowodnić i komu?

Na bloku operacyjnym znów całą noc zapalone światła. A przecież nie zawsze musi się tam palić. Kogo jednak obchodzi oszczędność energii elektrycznej? Poródówka za to uspiona. Tam przynajmniej wołą drzemać w ciemnościach.

10 VII 1974, sobota – Zdecydowałam się (jeszcze niezbyt pewnie i nie bez oporów) szturmować pielęgniarstwo na AM, ale tym razem w L. Jak tak dalej pójdzie – zostanę istotą wszechstronnie wykształconą, o szerokich zainteresowaniach. Te treningi umysłowe przed corocznymi bataliami o indeks dobrze wpływają na sprawność mózgu.

Nasz rodzynek oddziałowy – pielęgniarski, czyli „siostra Andrzej”, wykazuje jeszcze zapał i twórczy stosunek do pracy. Czemu się dziwić: za nim dopiero pierwszy miesiąc pracy. Ale i on zaczyna pomału się buntować i obojętnieć na: zobojętnienie starszych pracowników.

Proces adaptacji młodych pielęgniarek przebiega zawsze podobnie: brak uznania, doceniania wysiłku, starań, zaangażowania, otaczająca wrogość (ewentualnie tylko obojętność). Nie warto się wysilać, wychylać. Jeśli kogokolwiek się docenia, to tych najwięcej i najgłośniejszych gadających.

24 IX 1974 r., wtorek – Już jako tako przestawiłam się na ranne dyżury, a tu popołudniówki, a od jutra – noce. Zaczyna mi się buntować żołądek.

W L. chwałą pracowitość, odpowiedzialność i dojrzałość pielęgniarek – studentek.

Coraz bardziej pracowite dyżury. Dwa zabiegi, dwa i pół litra krwi do przetoczenia popsutymi zestawami, z których połowa trafiła do kosza bezpośrednio po wyjęciu z fabrycznego opakowania.

2 X 1974, środa – Nie zaprzeczam, że nasz zawód należy do pięknych profesji. Mam okazję do bezpośrednich kontaktów z ludźmi. Tylko jak wiele zależy od nich samych. Co innego intensywne opiece nad ciężko chorym, a co innego – spełnianie zachcianek (!) prawie zdrowych chuliganów, których bardzo dużo bywa na ortopedii.

Czuję się bardzo upokorzona noszeniem basenów, myciem nóg pijakom czy innym brudasom, których w PRL nie brakuje. Być może przesadzam, ale wydaje mi się, że sprawy te nie powinny wchodzić w zakres czynności pielęgniarskich.

Lekarz rządzi, salowa rządzi (od karmienia i basenów to ona nie jest), a pielęgniarka robi za tych dwoje i jeszcze słucha, że siedzi, pali lub nie ma ładnych nóżek jak te z laryngologii. A póki co – nie mogą złapać żadnego uczonego (jacy oni zabiegani) – robi się za niego opatrunek u ciężko chorego. Ciężko pchać życie w czepku pielęgniarskim...

1 XII 1974, niedziela – W pracy – psychiatria: zszokowany dwudziestolatek, niedający mi przez całe osiem godzin w nocy spokojnie posiedzieć, stęskające „babcię” (nie lubię tego określenia wobec biednych starców), mordowanie się z basenem wśród gnijących nóg niemowy – psychopaty, jęki chłopaka. Potworność.

4 XII 1974 r., środa – Okrutny dyżur. Nagły zgon pacjentki. Jutro miała pójść do domu. Czterdzieści minut bieganina, aż pięciu lekarzy na sali. I cóż z tego? Pani M. nic, poza spokojem, już nie będzie potrzebne... Miałam kłopoty z zaśnięciem po tej popołudniówce.

5 XII 1974, czwartek – W trzecim roku zatrudnienia już po raz drugi będę ciągnąć dyżur w Wigilię. Bardzo dużo ruchu w pracy. Niespodziewane zgony z powodów zatorów tętnic płucnych i cała interna, geriatryka, psychiatria, a nawet: położnictwo – urodziła martwy płód poszkodowana dziewiętnastoletka z pogruchotaną miednicą. Tyle zgonów naokoło...

7 I 1975 r., wtorek – Dochodzę do siebie. Praca w Świąta, zaraz po Wigilii – dyżur ranny. Bieganina w związku z wypadkiem syna miejscowego bonzy ZOZ-u (skarżącego się, że 28 tysięcy złotych w lutym ubiegłego roku było dla niego krytyczną pensją). Rozbił się ten dwudziestoletni student swoim samochodem, wyprawiając na drugi świat koleżankę, którą wioził na Sylwestra. Ponadto interna „sprzedała” nam dziewięćdziesięcioletnią staruszkę z głębokimi odleżynami, a u długo leżącego miłego pacjenta wystąpiła depresja psychiczna. Za dużo tego jak na raz.

24 I 1975 r., piątek – Zlecono mi, całkiem niepotrzebnie, szesnastogodzinny dyżur – mnie, rekonwalescentce po grypie. Całą noc siedziałam przy spokojnie śpiącej pacjentce. Co kogo obchodzi, że padałam z nóg po pracowitej popołudniówce, marzłam, walczyłam z dreszczami, sennością i chandrą. Dzisiaj odbieram wolne – kosztem koleżanek, które będą pracować beze mnie.

24 II 1975 r., poniedziałek – Wydział Pielęgniarski AM zaczyna mnie interesować, bo program studiów obejmuje między innymi: psychologię, socjologię, pedagogikę, prawo itd. Sądzę, że mgr pielęgniarstwa jest o wiele większym humanistą od absolwenta medycyny – tak bardzo, bardzo odczłowieczonej.

18 III 1975, wtorek – Znów nagły, pod koniec nocnego dyżuru, zgon. Zmarł na zator pacjent mający wyjść dzisiaj do domu.

12 IV 1975, sobota – Nagrody znów otrzymały te same: dużo gadające, mniej robiące, za to dobrze trzymające z oddziałową.

8 V 1975, czwartek – Za mną wielka chandra, ciężkie noce, „przy mnie” – solidne przeziębienie.

Mnóstwo nowotworów. Dzisiaj spokojny miły 45-letni pacjent dowiedział się, że w udowej kości nowotwór mu gości...

13 V 1975, wtorek – Wczoraj w domu roztrząsaliśmy w gronie rodzinnym, która praca jest lepsza: pielęgniarki czy ekspedientki.

26 V 1975 r., poniedziałek – Pielęgniarka naczelną nie wyraziła zgody na mój urlop bezpłatny. Woli, bym pracowała na zwolnionych obrotach niż wcale. W oddziale taka „proporcja”: pięciu lekarzy i cztery pielęgniarki, w tym tylko dwie do konkretnej roboty (przy pacjencie).

31 V 1975 r., sobota – Jutro, zamiast wolnego, wzięłam popołudniówkę za ciężarną koleżankę. Za to między piętnaście dni nieprzerwanej pracy wtrąć sobie dzień wolny. Trzeba poprawiać nieudolne grafiki nieudolnej oddziałowej.

J. nie żyje! Trudno sobie to uzmysłwić! W listopadzie skończyłaby osiemnaście lat. W tym wieku mieć męża, roczne dziecko i umierać na raka?... I już nikt jej nie zobaczy, nie usłyszy miłego głosu...

8 VI 1975 r., niedziela – Jeszcze tylko dwadzieścia i parę dni pozostało do następnej batalii o indeks.

6 VIII 1975 r., wtorek – Moja kariera zawodowa dobiega końca. Za tydzień będę wolna aż do października. Odchodzę z pracy bez większego żalu. Smutne to, ale w całym szpitalu tylko do jednego lekarza, i to nie z mojego oddziału, powiedziałam serdeczniej, od serca: Chciałabym się z panem pożegnać. Dostałam się na studia. Dziękuję za miłą współpracę. Przypadł mi pan do gustu i jako lekarz, i jako człowiek. Doktor Z. w milczeniu pocałował mnie w rękę...

Powietrze naszym lekarzem

STANISŁAWA DZWONKOWSKA



ważną rzeczą jest dotlenianie siebie, a przez to i płodu podczas całej ciąży. Im więcej tlenu dostanie się do płuc przy wdechu, tym lepsza jest ich wentylacja i tym większa ilość erytrocytów otrzymuje energię i tlen.

Naukowo stwierdzono, że racjonalnie odżywiając się możemy przedłużyć nasze życie o 10–20 lat, natomiast prawidłowo oddychając o 30–40. W Chinach choroby nowotworowe spotykane są znacznie rzadziej niż w innych krajach świata. Chińczycy przeważnie są bardzo sprawni fizycznie, nawet w podeszłym wieku. Dużą rolę w ich kondycji fizycznej odgrywają codzienne, kilkugodzinne ćwiczenia oddechowe.

Oddychanie dla zdrowia – gimnastyka oddechowa

Sens gimnastyki oddechowej polega na tym, że człowiek może pobierać ogromne zapasy energii, która znajduje się w powietrzu i gromadzić ją w sobie.

Wydawałoby się, że nikogo nie trzeba uczyć, jak należy oddychać – to u każdego odbywa się nieświadomie i naturalnie. Niestety, właściwie oddychają tylko małe dzieci w wieku od 3–5 lat. Taki sposób oddychania dała im natura. Gdy wdychają powietrze, brzuch im pęcznieje, rozszerza się, a podczas wydechu kurczy się. Przy takim sposobie oddychania daje się dużo przestrzeni płucom, które pobierają powietrze częścią środkową i dolną. Właśnie dzięki takiemu sposobowi oddychania, który nazywa się przeponowym, dzieci są ruchliwe, wesołe, mają dobre krążenie i świetną pamięć. Z wiekiem na skutek małego ruchliwego trybu życia, skrzywień kręgosłupa, otyłości itd., typ oddychania zmienia się.

Znamy trzy rodzaje oddychania: brzuszne (przeponą), charakterystyczne dla mężczyzn, środkowe (żebrowe)

Nasze życie to ciągła przemiana energii. Większość z nas myśli, że głównym źródłem energii dla organizmu człowieka są produkty żywnościowe. Jednak życie pokazuje nam, że jest inaczej – bez pożywienia człowiek może żyć kilka tygodni, bez wody kilka dni, zaś bez powietrza tylko kilka minut. Oddech – to życie. Należy wszystko robić, aby nie był zakłócany.

Pierwsze co robimy z chwilą przyjścia na świat, to dokonujemy głębokiego wdechu. I ostatnie, co robimy, odchodząc z tego świata – to zatrzymujemy oddychanie. Między narodzinami i śmiercią mieści się życie, które w głównej mierze zależy od oddychania. Oddychanie – to niewidzialny „pokarm”, pokarm, bez którego człowiek nie może przeżyć nawet 5 minut.

Jak wiadomo płód znajdujący się w łonie matki jest zaopatrywany w tlen i pokarm z jej organizmu czyli czerpie z niej to co najlepsze dla jego rozwoju. Dzięki temu rośnie, żyje, rozwija się. Pamiętam z nauki w szkole położniczej w MSZ nr 3 w Krakowie, jak podawałyśmy tlen rodzącej, aby dotlenić dziecko i matkę. Ciężarne uczyłyśmy jak

oraz szczytowe (szczytami płuc), charakterystyczne dla kobiet.

Prawidłowy oddech (oddech pełny) to oddech przez nos, przy zamkniętych ustach. Wymaga on pełnego wdechu, z wykorzystaniem całej powierzchni płuc oraz uaktywnieniem przepony i brzucha. Ćwiczenia można wykonywać na stojąco, siedząco lub w pozycji leżącej. Mięśnie ciała powinny być rozluźnione, oczy najlepiej zamknąć. Spokojnie wciągnąć powietrze przez nos starając się wypełnić powietrzem dolną część płuc, przednia ściana brzucha powinna iść do przodu. Następnie wypełnić część płuc, wypinając do przodu dolne żebra i piersi, czyli klatkę piersiową. Następnie wypełniamy górną część płuc, unosząc klatkę piersiową oraz lekko rozciągając ramiona. Teraz połączymy te trzy etapy w jeden powolny i ciągły wdech, podczas którego cała klatka piersiowa od góry do dołu się rozszerza i wypełnia powietrzem. Powietrze należy wdychać nosem (gdyż tu się oczyszcza, ociepla, nawilża), wolno utrzymując klatkę piersiową w napięciu. W miarę jak powietrze wychodzi, należy stopniowo wciągać brzuch. Ten sposób oddychania, wykonywany przez 10–15 minut dziennie, może wydłużyć nasze życie. Gimnastykę oddechową należy przeprowadzać rano przed jedzeniem i nie mniej niż trzy godziny po ostatnim posiłku wieczorem.

Oddychanie zdrowotne

Wdech nosem przez 2 sekundy, następnie wstrzymać oddech na 8 sekund, po czym wypuszczać powietrze przez 4 sekundy nosem. Wzór oddechowy pełnego cyklu oddychania zdrowotnego: 1:4:2 gdzie 1 to wdech, 4 – wstrzymanie oddechu, 2 – wydech. Czas wykonywania ćwiczeń: 2 minuty rano i wieczorem.

Świadome wstrzymywanie oddechu zwiększa harmonijne rozprowadzanie energii po całym ciele, poprawiając pracę gruczołów wydzielania dokrewnego, wzmacnia rytm serca, sprzyja lepszemu nasyceniu krwi tlenem.

Oddychanie oczyszczające

Ten rodzaj oddychania oczyszcza płuca, odmładza, regeneruje komórki organizmu. Wdech przez nos jak przy pełnym oddychaniu przez 2 sekundy, następnie wstrzymanie – przez 3 sekundy, po czym wyciągnąć wargi do przodu i wypuszczać powietrze ustami cienką „strużką” przez 12 sekund. Jeśli jeszcze powietrze zostało – to należy energicznie je wypuścić. Czas wykonywania ćwiczeń: 2 minuty rano i wieczorem.

O innych technikach oddychania mówią mistrzowie duchowi Dalekiego Wschodu. Wielki joga, Ramaczaraka podkreślał, że gimnastyka oddechowa czyni każdego człowieka całkowicie wolnym od niebezpieczeństwa zachorowania na jakiegokolwiek schorzenie organów oddechowych, poprawi funkcjonowanie innych układów.

Oddychanie nie ogranicza się tylko do ruchów przepony i klatki piersiowej, lecz wywiera nacisk na jelita, stanowiąc masaż dla wewnętrznych organów. Nadrzędnym czynnikiem regulującym oddychanie jest ośrodek oddechowy, który znajduje się w rdzeniu przedłużonym. Oddychanie należy do czynności, na które wpływa wola człowieka. Można oddech: przyspieszyć, zwolnić, pogłębić, itp. (techniki efektywnego oddychania wykorzystują aktorzy, mówcy, sportowcy, itd.)

Zdarza się, że wstrzymujemy oddech lub go przyspieszamy w czasie strachu, podniecenia, lecz jest to czynność mało uświadomiona. Aby przeciwdziałać jej niekorzystnemu wpływowi, wyzwalamy się mechanizmy buforowe utrzymujące kwasowość organizmu w koniecznym wąskim przedziale stałego poziomu jonów wodorowych. Poziom jonów wodorowych w krwi tętnicznej wyrażony jest w jednostkach pH (norma wynosi 7,40). Nadmierna wentylacja oddechowa, przewyższająca chwilowe zapotrzebowanie na tlen i dwutlenek węgla (hiperwentylacja), może wbrew obiegowym wyobrażeniom powodować niedotlenienie i rozregulowanie podstawowych funkcji organizmu, osłabiając przemianę materii. Zbyt głęboki oddech doprowadza do nadmiernego wydalania z organizmu dwutlenku węgla i obniża jego zawartość we krwi, poniżej niezbędnego pułapu. To utrudnia przyswajanie tlenu na poziomie komórkowym i rozregulowuje działanie całego organizmu, prowadzi m.in. do niedotlenienia mózgu i zaczynają się nieprzyjemne objawy: dekoncentracja, pocenie się, skurcze żołądka, kołatanie serca.

Ostatnio możemy zaobserwować, wśród ludzi pracujących przez 8–12 godzin w maseczkach, problem przewlekłego ograniczenia przepływu powietrza do płuc, co wiąże się z ich frustracją, poczuciem bezsilności, brakiem własnej wartości oraz beznadziejności sytuacji, w jakiej się znaleźli. Nasuwa się pytanie – gdy oddychanie jest zaburzone poprzez nałożoną maskę przez tak długi czas, czy nie wpłynie to negatywnie na stan układu oddechowego? Tymczasem Światowa Organizacja Zdrowia zaleca noszenie maseczek a także zgłoszenie się do lekarza osobom, które mają gorączkę, trudności z oddychaniem, kichają i kaszlą. Zdrowe osoby nie potrzebują maseczek ochronnych, o ile nie przebywają w tym samym pomieszczeniu, co osoby z podejrzeniem infekcji wirusowej. Powstało na ten temat wiele mitów, które często wzajemnie się wykluczają.

Otto Wartburg, odkrywca enzymu oddychania, uważał: „Jeśli jesteśmy niedotlenieni, prędzej czy później coś niedobrego może się z nami stać. Nie znam choroby, u której podstaw nie leżałoby niedotlenienie komórek”. Klaus Jung, profesor z uniwersytetu w Mainz mówi, że 90 proc. ludzi żyje w stanie chronicznego niedotlenienia.

Wszyscy którzy znają problem od strony fizjologicznej, widząc pozytywne skutki prawidłowego oddychania (zwłaszcza u pacjentów, którzy nauczyli się efektywnego oddychania przed operacją, u rodzącej, której prawidłowe oddychanie wspomaga jej poród, u rekonwalescentów stosujących kinezyterapię oddechową itd.) powinni mówić głośno, że powietrze jest naszym lekarzem.

„...Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią się im płaci...”

Wisława Szymborska

Z żalem i ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość,
że 28 listopada 2020 r. odeszła od nas Pielęgniarka

śp. Małgorzata Skowrońska

Pielęgniarki i Położne
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
im. St. Rybickiego w Skierniewicach

„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić...”

Tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,
Że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”

ks. J. Twardowski

Z ogromnym bólem żegnamy naszą
Drogą Koleżankę Pielęgniarkę

śp. Marzenę Król

Marzenko! Odeszłaś za szybko. Całe życie niosłaś
ulgę w cierpieniu najmłodszym pacjentom.
Byłaś osobą pełną uśmiechu i zrozumienia,
niezwykłą, przyjacielską, wrażliwą,
opiekuńczą i otwartą na ludzi i świat.
I taka pozostaniesz w naszej pamięci na zawsze.

Koleżanki z Kliniki Gastroenterologii, Alergologii
i Pediatrii, Pododdziału Alergologii
w ICZMP w Łodzi

W dniu 15 września 2020 r. po ciężkiej chorobie
zmarła w wieku 68 lat nasza Koleżanka

śp. Krystyna Chachaj

Żegnamy Człowieka, Pielęgniarkę, która z wielkim
zaangażowaniem i serdecznością dla chorych
pracowała do ostatnich swoich dni.

Pragniemy złożyć wyrazy współczucia
Mężowi i Rodzinie.

Koleżanki z Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ
Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego

„...Wobec śmierci słowa zawsze są zbyt małe
Nie mamy jednak nic innego...”

Z żalem i ogromnym smutkiem
przyjęliśmy wiadomość,
że 17 listopada 2020 r. odeszła od nas Pielęgniarka

śp. Halina Hładuńska

Pielęgniarki i Położne
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
im. St. Rybickiego w Skierniewicach

„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek
A wspomnień nikt nam nie odbierze,
zawsze będą z nami”

Z żalem żegnamy
naszą Koleżankę, Pielęgniarkę

śp. Krystynę Bąk

zmarłą 10 listopada 2020 r.

Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach.

Koleżanki i Koledzy
z Miejskiego Centrum
Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej
im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi

„Nigdy nie jesteśmy gotowi na takie pożegnanie...”

Z ogromnym smutkiem żegnamy
naszą Koleżankę Pielęgniarkę

śp. Alinę Kociębę

Alinko, na zawsze pozostaniesz w naszych sercach jako
osoba ciepła, wrażliwa, pracowita...

Koleżanki z Kliniki Pediatrii,
Immunologii i Nefrologii ICZMP w Łodzi

Kondolencje dla Małgorzaty Krawczyk

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

Wiadomość o śmierci Twojej Ukochanej córki Asi wstrząsnęła nami dogłębnie. Nam wszystkim trudno jest się pogodzić z tym, że nie ma wśród żywych Tej mądrej i ślicznej Dziewczyny. Niełatwo znaleźć słowa otuchy, życzymy Ci z całego serca Małgosiu siły do zniesienia tego bólu.

Pracownicy Stacji Dializ i Nefrologii Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy, że w dniu 21 listopada 2020 roku zmarł wybitny lekarz, specjalista w dziedzinie ginekologii i położnictwa, nauczyciel wielu pokoleń lekarzy, pielęgniarek i położnych, człowiek wielkiego serca

***profesor dr hab. n. med.
śp. Grzegorz Krasomski***

Pan prof. Grzegorz Krasomski urodził się 3 maja 1944 r. w Jędrzejowie. Studiował na Wydziale Lekarskim Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. dyw. Bolesława Szareckiego, który ukończył w 1967 r. uzyskując dyplom uczelni i tytuł lekarza. W 1971 roku ukończył z wyróżnieniem edukację na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Łódzkiego uzyskując tytuł magistra biochemii.

Kolejne szczeble kariery naukowej zdobywał w macierzystej uczelni medycznej otrzymując stopień doktora nauk medycznych w 1976 roku, doktora habilitowanego nauk medycznych w 1992 roku. W roku 1995 z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej otrzymał tytuł profesora nauk medycznych. W roku 2002 został przeniesiony do rezerwy w stopniu pułkownika Wojska Polskiego.

Jednocześnie był osobą niezwykle zaangażowaną w pracę dydaktyczną i organizacyjną Uczelni. Przez wiele lat pełnił funkcję prodziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu ds. Położnictwa, zastępcy kierownika Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu a następnie pełnomocnika dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu ds. Położnictwa Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Będąc czynnym lekarzem ginekologiem-położnikiem pozostawał również wieloletnim kierownikiem II Katedry oraz Kliniki Ginekologii i Położnictwa.

Pracował z ogromnym oddaniem i poświęceniem wychowując całe pokolenia studentów – młodych lekarzy, pielęgniarek i położnych. Za swoją służbę lekarza, nauczyciela akademickiego i żołnierza pełnioną w Polsce i za granicą wielokrotnie odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Narodów Zjednoczonych „In the Service of Peace”.

Pan prof. Grzegorz Krasomski jako dziekan był przyjacielem pielęgniarek i położnych, doceniał i rozumiał naszą pracę. Był nie tylko dobrym nauczycielem i wychowawcą, doskonałym naukowcem, ale przede wszystkim przyjacielem pacjentów.

Odszedł od nas tak jak żył, z godnością i honorem. Pozostanie w naszej pamięci jako człowiek niezwykle skromny, wymagający od siebie więcej niż od innych, który nigdy nie odmówił nikomu pomocy.

Cześć Jego Pamięci
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
oraz
Dziekan, Prodzekani i Pracownicy
Wydziału Nauk o Zdrowiu i Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Komunikat dotyczący podziału środków do dezynfekcji i ochrony osobistej przekazanych przez MZ

W związku z dostarczeniem przez Ministerstwo Zdrowia kolejnej partii środków do dezynfekcji i ochrony osobistej, dedykowanej dla pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w podstawowej opiece zdrowotnej, pielęgniarskiej opiece domowej długoterminowej oraz opiece paliatywnej, prosimy o niezwłoczne składanie zapotrzebowań zgodnie z poniżej zamieszczonymi wytycznymi.

W celu właściwej organizacji dystrybucji prosimy o przesłanie drogą mailową zapotrzebowania na adres: praktyka@oipp.lodz.pl, które będzie zawierało następujące dane:

- nr prawa wykonywania zawodu każdej pielęgniarki, położnej;
- zakres udzielanych świadczeń;
- nazwę i adres podmiotu leczniczego;
- nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy osoby składającej zapotrzebowanie.

Realizowane będą wyłącznie prawidłowo napisane zapotrzebowania, zgodnie z kolejnością wpływu, po wcześniejszym telefonicznym ustaleniu terminu odbioru.

Środki będą wydawane do wyczerpania ilości przekazanej przez Ministra Zdrowia.

**Dla Naszych Koleżanek i Kolegów
z najlepszymi życzeniami świątecznymi,
zwłaszcza optymizmu, w tych trudnych czasach**

