

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

11-12/2019

*Zdrowych i Wesołych
Świąt Bożego Narodzenia
i Szczęśliwego Nowego Roku 2020*

*życzy
Redakcja*

**Kalendarium
pracy ORPiP w Łodzi**

4

**Zespół majaczeniowy
(delirium) u krytycznie
chorych pacjentów
na oddziale
intensywnej terapii**

6

**Rozpowszechnienie
palenia tytoniu wśród
dorosłych osób i jego
wpływ na wystąpienie
i progresję Jaskry Prostej
Otwartego Kąta**

12

**Wyjazd do
Hospicjum Stacjonarnego
im. św. S. Papczyńskiego
w Licheniu Starym**

16

**Sprawozdanie
z XII Konferencji
Medycyny Ratunkowej
„Kopernik 2019”**

16

Szanowni Państwo
Koleżanki i Koleżki

Każdy z Nas w swoim życiu poszukuje poczucia spełnienia, stabilizacji, ale przede wszystkim bezpieczeństwa, które nie może być tylko subiektywną oceną. Bezpieczeństwo jest faktem. Stabilizacja stanem trwałości i równowagi w przebiegu pewnych procesów czy dziedzin życia, a stan spełnienia to poczucie szczęścia.



Zawód pielęgniarki i położnej te wszystkie przymioty łączy w jedną całość, aby dobro pacjenta było najwyższą wartością. Jeśli decydujemy się być przedstawicielami najpiękniejszych zawodów medycznych, musimy sobie uświadomić powyższe. Musimy umieć oddziaływać na ich realizację, korygować wadliwe działania i wpływać na bezpieczeństwo jako podstawową potrzebę człowieka.

Koleżanki i Koledzy, dobiega końca VII kadencja działania Samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, która wypełniona była wieloma wydaniami, często niezaplanowanymi. Jednak podejmowane wspólnie prace, spotkania z przedstawicielami władzy, przedstawicielami innych samorządów zawodowych determinowały realizację podjętych decyzji Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, za co jestem wdzięczna i serdecznie dziękuję. Dziękuję również Przewodniczącym i Członkom Organów: Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Komisji Rewizyjnej za merytoryczną pracę, która przelożyła się na poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Dziękuję Pełnomocnikom ORPiP, Konsultantom Wojewódzkim w dziedzinach pielęgniarstwa, położnictwa i ginekologii, wszystkim Delegatom na Zjazd VII kadencji za zaangażowanie i pracę na rzecz naszych zawodów. Dziękuję Przewodniczącym i Członkom komisji problemowych ORPiP, Pracownikom biura Okręgowej Izby za postawę, zaangażowanie oraz nieocenioną pomoc.

Szanowni Państwo, wielkimi krokami zbliżają się Święta Bożego Narodzenia, które stoją u progu 2020 roku. Niech zatem nadchodzący czas przyniesie Koleżankom i Kolegom wiele szczęścia, wiary oraz nadziei a pomyślność, bezpieczeństwo i optymizm nie opuszcza Was 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”

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

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

Konto bieżące OIPIP

Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, II 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

PRAKTYKA ZAWODOWA 6

PODZIĘKOWANIA 15

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 16

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 22

POŻEGNANIA 24

Informujemy, iż w dniach
24 grudnia 2019 r. oraz 31 grudnia 2019 r.
Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi będzie czynne w godz. 8.00–14.00.

W dniu 27 grudnia 2019 r. Biuro
OIPIP w Łodzi będzie nieczynne.

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: Joanna Gąsiorowska
Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 3, 12, 22, 24
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych
materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów
niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

**XXVI posiedzenie ORPiP
w dniu 14 listopada 2019 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 12 pielęgniarek i 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na czas określony i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarskie.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarskie.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarskie.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarskie.
- ▶ Dokonano wymiany na nowe zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarskie.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek i 1 praktykę pielęgniarską.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarskiej.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 2 pielęgniarskie,
 - wydano zaświadczenia o odbytych przeszkoleniach – 1 pielęgniarskie.
- ▶ Dokonano wpisu 1 szkolenia specjalistycznego i 1 kursu specjalistycznego w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskami 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.
- ▶ Dokonano wykreślenia 1 organizatora kształcenia podyplomowego w zakresie realizacji 2 szkoleń specjalistycznych wpisanych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, na podstawie art. 76 w wyniku stwierdzenia naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętych wpisami.

- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w:
 - konferencjach – 5 osobom.
- ▶ Zatwierdzono:
 - powołanie komisji kwalifikacyjnych dla 4 szkoleń specjalistycznych i 1 kursu specjalistycznego oraz komisje egzaminacyjne dla 5 kursów specjalistycznych, organizowanego i finansowanego przez OIPiP w Łodzi;
 - kadre dydaktyczną dla 4 szkoleń specjalistycznych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 kursów specjalistycznych, organizowanych i finansowanego przez OIPiP w Łodzi;
 - zmianę planu szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w roku 2019, poprzez dodanie 2 szkoleń specjalistycznych i 1 kursu specjalistycznego realizowanego w zakładzie;
 - dofinansowanie do 2 konferencji realizowanych przez OROZPiP „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej a problem niedożywionego pacjenta. Żywnienie medyczne w walce z chorobą” w dniu 23.04.2020 r. oraz przez Komisję Pielęgniarek Operacyjnych OIPiP w Łodzi w konferencję szkoleniowo-naukową „Współczesne oblicza pielęgniarstwa operacyjnego” w dniach 12–13.03.2020 r. ;
 - zgodę na zwrot różnicy nadpłaconych składek członkowskich na rzecz OIPiP 2 osobom oraz 1 osobie rozłożenie na raty zaległych składek członkowskich – zgodnie z 3 wnioskami pielęgniarskimi;
 - prenumeratę czasopisma „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” dla rejonów wyborczych/zakładów i organów w roku 2020;
 - pokrycie kosztów zakupu zdjęć – opłaty licencyjnej do wydawanego Biuletynu OIPiP w Łodzi;
 - zmiany godzin pracy OIPiP: dniach 24 i 31 grudnia 2019 r. w godzinach 8.00–14.00 w dniu 27 grudnia biuro OIPiP będzie nieczynne;
 - dofinansowanie działalności Koła Emerytowanych pielęgniarek i położnych OIPiP w 2020 r.;
 - zmiany w składzie osobowym Komisji Pielęgniarek Rodzinnych OIPiP – wpisanie 1 osoby;
 - zmiany związane z prowadzoną termomodernizacją siedziby OIPiP – koszty drzwi zewnętrznych i dokumentacji architektonicznej i konstrukcyjnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 4 kursów kwalifikacyjnych i 7 kursów specjalistycznych i u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 8 pielęgniarek/położnych oddziałowych i 1 ordynatora oddziału.

**LI posiedzenie Prezydium ORPiP
w dniu 26 listopada 2019 r.**

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarskie.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarskie.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarskie.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarskie i 1 pielęgniarską.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarskie
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarskich i 2 praktyk pielęgniarskich.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarską i 2 położne.
- ▶ Dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych:

- odmówiono 5 osobom przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – udział w szkoleniach specjalistycznych zwanych specjalizacją realizowanych przez innych organizatorów kształcenia niż OIPiP w Łodzi nie jest dofinansowany z budżetu OIPiP w Łodzi.
- ▶ Zapomogi socjalne:
 - przyznano członkom OIPiP w Łodzi 5 zapomóg, w wysokości: 2 × 2500 zł, 3 × 1500 zł,
 - odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi, ze względów regulaminowych – opisana we wniosku sytuacja rodzinna nie jest zdarzeniem losowym dotyczącym członka samorządu.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 1 kursu kwalifikacyjnego organizowanego i finansowanego przez OIPiP w Łodzi.
 - honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 9–10/2019.
 - sfinansowanie uzupełnienia wyposażenia dodatkowych pomieszczeń w budynku OIPiP Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 1 kursu specjalistycznego u 1 organizatora kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – ordynatora chorób wewnętrznych i kardiologii oraz ordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP w Łodzi



Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku życzymy wszystkim Koleżankom i Kolegom, żeby Wasze marzenia zmieniły się w cele, do których będziecie dążyć. Życzymy szczęścia, wielkiej miłości oraz wytrwałości w stawianiu czoła codziennym wyzwaniom. Aby nadchodzący 2020 rok był pełen wielu sukcesów, odważnych marzeń w życiu zawodowym i prywatnym a nadchodzący czas tych wyjątkowych chwil świątecznych niech przyniesie dla Was i waszych bliskich wiele szczęścia i pomyślności.

zyczy

Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi



Kalendarium pracy ORPiP w Łodzi w okresie od 06.06.2019 r. do 23.11.2019 r.

Lp.	Temat	Data	Miejsce	Imię i Nazwisko Członka ORPiP
1.	XIX Kongres Medycyny Rodzinnej	06–09 06.2019	Hotel Double Tree by Hilton ul. Łąkowa 29 Łódź	Barbara Mucha
2.	Spotkanie z: Wiceministrem Zdrowia Januszem Cieszyńskim, Wicewojewodą Karolem Młynarczykiem, Dyrektorem ŁONFZ Arturem Olsińskim na temat Internetowego Konta pacjenta oraz e-recept	07.06.2019	Urząd Wojewódzki Sala 100-lecia Niepodległości ul. Piotrkowska 104	Maria Kowalczyk
3.	Spotkanie ze studentami III roku studiów I stopnia pielęgniarstwa i położnictwa na temat struktury organizacyjnej i zadań samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych	10.06.2019	Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ul. Jaracza 63	Agnieszka Kałużna Anna Cackowska Anna Szymańska
4.	Wywiad na temat zadań Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, aktualnej sytuacji dotyczącej zatrudnienia pielęgniarek i położnych w województwie łódzkim, podejmowania pracy przez przyszłych absolwentów łódzkich uczelni kierunków pielęgniarstwo i położnictwo	11.06.2019	Redakcja Dziennika Łódzkiego ul. ks. I. Skorupki 17/19 Łódź	Agnieszka Kałużna
5.	Spotkanie ze studentami III roku studiów I stopnia pielęgniarstwa i położnictwa na temat struktury organizacyjnej i zadań samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych	17.06.2019	Oddział Pielęgniarstwa Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi ul. Rewolucji	Joanna Gąsiorowska Anna Cackowska Anna Szymańska
6.	Posiedzenie wyjazdowe Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej w Łodzi	19.06.2019	DPS ul. Krzemieniecka 7/9 Łódź	Maria Kowalczyk
7.	Spotkanie Prezydium ORPiP i Zarządu OZZPiP Regionu Łódzkiego w sprawie aktualnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych województwa Łódzkiego	4.07.2019	OIPiP w Łodzi ul. Emilii Plater 34	Członkowie PORPiP oraz Zarządu OZZPiP Regionu Łódzkiego
8.	Uroczystość I Czekowania Absolwentów kierunku pielęgniarstwo	17.07.2019	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa Wydział Nauk Przyrodniczych i Technicznych Instytut Nauk o Zdrowiu ul. Stefana Batorego 64C Skierniewice	Maria Kowalczyk
9.	Wywiad dla Expressu Ilustrowanego na temat wiarygodnych źródeł wiedzy dotyczącej szczepień ochronnych	13.08.2019	OIPiP ul. Emilii Plater 34 Łódź	Bożena Pawłowska
10.	Posiedzenie NRPiP	20.08.2019	NIPiP ul. Pory 78 Warszawa	Agnieszka Kałużna

11.	Uroczystość „Wojewódzkie Święto Budowlanych”	13.09.2019	Miejski Ośrodek Kultury ul. 3-go Maja 12 Piotrków Trybunalski	Małgorzata Pniak
12.	Konferencja „Opieka okołoperacyjna ze szczególnym uwzględnieniem prewencji zakażeń miejsca operowanego oraz innych powikłań zakaźnych:	13.09.2019	Dwór Gieźzów Gieźzów 5B	Agnieszka Kałużna
13.	Uroczystość wręczenia nagród laureatom Plebiscytu Hipokrates Ziemi Łódzkiej 2019	16.09.2019	Łódzka Specjalna Strefa Ekonomiczna ul. ks. W. Tymienieckiego 22G Łódź	Joanna Gąsiorowska
14.	Spotkanie z Metropolitą Łódzkim Księdzem Arcybiskupem Grzegorzem Rysiem w sprawie działań zmierzających do wznowienia procesu beatyfikacji położnej Stanisławy Leszczyńskiej	18.09.2019	Archidiecezja Łódzka ul. ks. I. Skorupki 3 Łódź	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk
15.	Konferencja „Kompletność ujawnień w sprawozdawczości finansowej i budżetowej JST – wyzwaniem dla Bieglego Rewidenta”	19–20 09.2019	Urząd Miasta Łodzi ul. Piotrkowska 104 Łódź	Halina Gmaj-Budziarek
16.	Spotkanie z dyrekcją na temat aktualnej sytuacji pielęgniarek i położnych	24.09.2019	Wojewódzki Szpital Zespolony im. S. Rybickiego ul. S. Rybickiego 1 Skierniewice	Agnieszka Kałużna
17.	Spotkanie z dyrekcją na temat aktualnej sytuacji pielęgniarek	25.09.2019	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego ul. gen. K. Kniaziewicz 1/5 Łódź	Agnieszka Kałużna
18.	Spotkanie z dyrekcją na temat aktualnej sytuacji pielęgniarek	26.09.2019	Szpital MSWiA ul. Północna 42 Łódź	Agnieszka Kałużna
19.	Uroczyste wręczenie Prawa Wykonywania Zawodu Pielęgniarkom i Położnym członkom OIPiP w Radomiu. Przekazanie przez Przewodniczącą Agnieszkę Kałużną obrazu Sługi Bożej Stanisławy Leszczyńskiej	04.10.2019	Hotel Aviator ul. Malczewskiego 18 Radom	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk
20.	Posiedzenie NRPiP	10–11 10.2019	CKA – Mrówka ul. Przekorna 33 Warszawa	Agnieszka Kałużna
21.	Konferencja „Od pediatrii do geriatry – wyzwania i szanse w aspekcie skoordynowanej opieki zdrowotnej. Zagrożenia w pracy pielęgniarki i położnej.	24–25 10.2019	Novotel ul. Jelitkowska 20 Gdańsk	Agnieszka Kałużna
22.	Konferencja „Urodziłam się kobietą – radzę sobie w każdym okresie życia”. Uroczyste przekazanie obrazu Sługi Bożej Stanisławy Leszczyńskiej przez Przewodniczącą ORPiP Agnieszkę Kałużną dla OIPiP w Lublinie	15.11.2019	Sala Konferencyjna Fiesta ul. B. Prusa 8 Lublin	Agnieszka Kałużna Maria Kowalczyk
23.	Gala z okazji 30-lecia Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi	23.11.2019	Sala Koncertowa Akademii Muzycznej w Łodzi ul. Żubardzka 2A	Agnieszka Kałużna

Zespół majaczeniowy (delirium) u krytycznie chorych pacjentów na oddziale intensywnej terapii

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA



Zgodnie z 10 Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) kod F05 oznacza majaczenie niewywołane alkoholem ani innymi substancjami psychoaktywnymi. Jako jednostkę chorobową majaczenie (ang. delirium) sklasyfikowano w 1980 roku w trzeciej edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III). Jest prawdopodobnie najczęściej nierozpoznaną dysfunkcją narządową w oddziale intensywnej terapii (OIT). Zaburzenie to występuje nawet u 80% pacjentów wentylowanych mechanicznie w OIT (20–50% u pacjentów bez wentylacji mechanicznej). W czwartej edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) występuje pod numerem 293.0, jako majaczenie wywołane przyczynami ogólnoustrojowymi. Są to ostre i zmieniające się w krótkim czasie (godziny lub dni) jakościowe zaburzenia świadomości i funkcji poznawczych, nasilające się w godzinach nocnych (zespół zachodzącego słońca). Stan ten charakteryzuje się dezorientacją oraz brakiem możliwości skupienia się. U pacjentów występują omamy, urojenia, zaburzenia pamięci, zaburzenia orientacji auto- i allopsychicznej, niepokój ruchowy, pobudzenie psychoruchowe, obserwuje się także formy hipoaktywne. Do innych objawów delirium należą również zaburzenia cyklu snu i czuwania. Osoby dotknięte majaczeniem często wykazują psychologiczne objawy symulujące depresję. Różnicowanie depresji z delirium jest bardzo ważne, ponieważ zastosowanie farmakoterapii charakterystycznej dla depresji może zaostrzyć objawy majaczenia. U 24% pacjentów wyniki są zbliżone do łagodnej choroby Alzheimera. Każdy dzień majaczenia zwiększa ryzyko zgonu po roku o 10%.

Upośledzona jest zdolność pacjenta do: odbierania, przetwarzania, przechowywania, przywoływania informacji.

Majaczenie jest bezpośrednim następstwem choroby, zatrucia lub odstawienia substancji psychoaktywnych, stosowania leków, działania toksyn lub kombinacji powyższych czynników. Zazwyczaj jest stanem odwracalnym. Pacjenci w stanie śpiączki często, choć nie zawsze, przechodzą przez fazę majaczenia zanim powrócą do swojego podstawowego stanu umysłowego. Choć aktualne badania pokazują, że delirium jest silnym i niezależnym czynnikiem ryzyka powikłań (w tym zwiększonego ryzyka zgonu, dłuższego pobytu w szpitalu,

powtórnej intubacji, wyższych kosztów opieki zdrowotnej, potencjalnie długotrwałego zaburzenia funkcji poznawczych przy wypisie oraz przeniesienia do ośrodka opieki paliatywnej), lekarze intensywiści poświęcają więcej uwagi zaburzeniom innych narządów. Pomimo częstego występowania delirium w OIT, naukowcy wykazali, że jest to problem konsekwentnie pomijany i często nierozpoznawany.

Przyczyny majaczenia

Majaczenie jest stanem o wieloczynnikowej, dokładnie niepoznanej etiologii i patofizjologii. Prawdopodobnie występuje po nagłych zmianach utlenowania krwi i perfuzji narządowej oraz wahaniami jonowych i/lub metabolicznych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Znane są czynniki ryzyka wystąpienia majaczenia. Aktualnie przyjmuje się, że podłożem tej patologii są zaburzenia w syntezie, uwalnianiu i inaktywacji neuroprzekazników odpowiedzialnych za funkcje poznawcze, zachowanie i nastrój. Wystąpienie zaburzeń wiąże się ze wzrostem aktywności dopaminergicznej i zmniejszeniem aktywności acetylocholinergicznej. Konstelacja istniejących przed zachorowaniem czynników predysponujących związanych z samym pacjentem, obecna choroba oraz czynniki jatrogenne przyczyniają się do zwiększonego ryzyka wystąpienia delirium w OIT. Z prowadzonych badań wynika, że w oddziałach intensywnej terapii oraz w szpitalnych oddziałach ratunkowych delirium nie jest rozpoznawane w 66–84% przypadków.

Na podstawie literatury zagranicznej można stwierdzić, że istnieje około 25 terminów związanych z zaburzeniami poznawczymi w OIT. Do tych zaburzeń zalicza się m.in. ostry stan splątania czy encefalopatie. Stan delirium dzieli się w zależności od poziomu aktywności psychomotorycznej. Występują trzy podtypy zaburzeń świadomości: hiperaktywne, hipoaktywne oraz mieszane.

Hiperaktywne majaczenie (1,6%) cechuje się wzmocnionym napędem psychoruchowym, znacznym pobudzeniem, niepokojem, labilnością emocjonalną, halucynacjami i urojeniami. Pacjenci mówią głośno, w sposób niezrozumiały i dezorganizowany, próbują opuścić łóżko, usunąć sobie cewniki, wkłucia naczyniowe i rurki intubacyjne, niejednokrotnie są agresywni.

Hipoaktywne majaczenie (4,3%) cechuje się wycofaniem, osłabionym afektem, apatią, spłaszczeniem afektu, sennością

i osłabionymi reakcjami na bodźce. Może przebiegać z głębokimi jakościowymi zaburzeniami świadomości. Dlatego też delirium często przebiega jako nierozpoznane lub też obserwowane objawy są przypisywane otępieniu, depresji albo są traktowane jako spodziewane następstwo pobytu w OIT. Postać hipoaktywna zamiennie częściej występuje w grupie ludzi > 65 roku życia.

Mieszana postać majaczenia (54,9%) występuje, gdy pacjent przechodzi od jednego stanu do drugiego. U pacjentów intensywnej terapii występują najczęściej odmiany hipoaktywna i mieszana. Często pozostają niezdiagnozowane (niewidoczne), jeśli nie zostaną zastosowane rutynowe badania. Niewielu pacjentów intensywnej terapii (<5%) doświadcza czysto hiperaktywnego majaczenia.

Stosowanie analgesjacji w celu zmniejszenia lęku, bólu, czy ułatwienia współpracy pacjenta z respiratorem to w OIT postępowanie rutynowe. Tymczasem wiele badań wskazuje, że leki stosowane typowo w celu wywołania sedacji mogą zwiększać ryzyko delirium. Stosowanie lorazepamu jest niezależnym czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia delirium. Podobny związek wykazano dla najczęściej używanej benzodiazepiny – midazolamu, który zmienia prawidłowy wzorzec snu w jego drugiej fazie. Chociaż z założenia leki z w/w grupy powinny wywoływać sen i uspokojenie pacjenta, paradoksalnie powodować efekty przeciwstawne w postaci zaburzeń snu, halucynacji i koszmarów, do bezsenności włącznie. Nie ma jednoznacznych danych odnośnie wpływu opioidów na częstość występowania delirium w OIT.

Należy pamiętać o tym, że wszystkie leki opioidowe mają komponent psychoaktywny, stosowane bardzo często w połączeniu z benzodiazepinami w okresie pooperacyjnym, zwalniają ruchy gałek ocznych w fazie REM i fazie NREM.

Dlaczego pacjent ma delirium?

- pacjent nie śpi od wielu dni (personel twierdzi, że śpi ponieważ otrzymuje leki),
- ma zaburzony cykl dobowy,
- otrzymuje wiele leków działających na ośrodkowy układ nerwowy,
- występuje u niego nadwrażliwość/przeculica (hiperalgezia), czyli nasilone odczuwanie bólu nieproporcjonalne do bodźca,
- stale czuje niewygodę (przewlekłe unieruchomienie),
- wszystko wokół jest głośnie,
- dni są monotonne,
- nie ma rodziny (a jak jest to krótko, ponieważ przeszkadza),
- nie ma nikogo bliskiego,
- ludzie wokół są anonimowi/wszyscy w OIT są NN. Czy tak powinno być?

Majaczenie jest istotnym problemem klinicznym m.in. u pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych. Występuje u około 50% pacjentów. Jako jakościowe zaburzenie poznawcze cechuje się często pobudzeniem psychoruchowym, które może w skrajnych przypadkach prowadzić do stanu zagrożenia życia.

Powoduje znaczący wzrost ryzyka powstania powikłań miejscowych (niestabilność mostka) z powodu pobudzenia ruchowego i nieprzebrzegania zaleceń, jak również zwiększenie ryzyka wystąpienia powikłań ogólnych, takich jak zakażenie, niewydolność nerek, niewydolność oddechowa i krążeniowa.

Wśród czynników ryzyka związanych z operacjami kardiochirurgicznymi można wyróżnić czynniki przedoperacyjne i śródoperacyjne.

Wytyczne PADIS 2018

Czynniki ryzyka predysponujące do występowania majaczenia u pacjentów krytycznie chorych.

Modyfikowalne:

- stosowanie benzodiazepin – grupy leków o działaniu przeciwlękowym, uspokajającym, nasennym, przeciwdrgawkowym, miorelaksacyjnym i amnestycznym,
- transfuzje krwi.

Niemodyfikowalne:

- zaawansowany wiek,
- wcześniejsze epizody depresji i demencji,
- utrata świadomości, śpiączka,
- pilny zabieg lub uraz przed przyjęciem do OIT,
- wysoka punktacja w skali APACHE II (ang. Acute Physiology and Chronic Health Enquiry), która umożliwia ocenę ciężkości stanu u osób dorosłych. Klasyfikacja opiera się na wynikach 12 rutynowo wykonywanych pomiarów czynności życiowych i parametrów fizjologicznych. Wynik oceny w skali APACHE II ma istotne znaczenie rokownicze u chorych leczonych w intensywnej terapii – im większa liczba punktów tym gorsze rokowanie,
- wysoka punktacja w skali ASA (opracowana przez American Society of Anaesthesiology), powszechnie stosowanej w anestezjologii klasyfikacji oceniającej ryzyko operacyjne związane z wystąpieniem poważnych powikłań lub zgonu pacjenta w czasie znieczulenia albo po nim.

Czynniki związane z aktualną ostrą chorobą:

- sepsa, infekcja, gorączka (wstrząs kardiogeny lub septyczny),
- hipoksemia,
- zaburzenia metaboliczne i elektrolitowe (hiperbilirubinemia, hiperamylazemia, hipokalcemia, hiponatremia),
- kwasica metaboliczna,
- anemia,
- hipotensja,
- choroba układu oddechowego,
- niedoczynność lub nadczynność tarczycy,
- choroby wątroby (bilirubina >2,0 mg/dL),
- niewydolność nerek (kreatynina >2,0 mg/dL),
- urazy głowy.

Czynniki jatrogenne i środowiskowe potencjalnie modyfikowalne:

- unieruchomienie,
- intubacja,
- zgłębnik żołądkowy,
- cewnik w pęcherzu moczowym,
- centralne cewniki żyłne/dojścia tętnicze,
- zaburzenia snu,
- nadużywanie głębokiej sedacji,
- leki antycholinergiczne,
- dopamina (może wydłużać obie fazy snu),
- epinefryna i norepinefryna (mogą wpływać na fazę REM),
- beta-blokery, amiodaron, digoksyna (mogą powodować bezsenność i koszmary).

Zaburzenia snu

Zaburzenia snu u ciężko chorych pacjentów w oddziale intensywnej terapii to poważny problem. Deprywacja snu zaburza zdolność do skupienia uwagi, upośledza czynności poznawcze (pamięć), a dłużej utrzymujący się stan pozbawienia snu może u zdrowych ludzi powodować zaburzenia psychiczne. Sen pacjenta w OIT jest zaburzony w stopniu znacznym, zarówno ilościowo jak i jakościowo. Badania polisomnograficzne wykazują znaczną fragmentację snu (w niektórych badaniach wykazano do 79 przebudzeń na godzinę), zmianę proporcji faz snu (wydłużenie płytkiego snu fazy 1 z < 5% do nawet 60% snu całkowitego, znaczne skrócenie głębokiego snu wolnofalowego, skrócenie fazy REM z około 25% do 6% długości snu oraz zaburzenia w rytmie dobowym snu (wydłużenie snu w dzień). Słaba jakość snu jest konsekwentnie zgłaszana przez pacjentów. Po części jest za to odpowiedzialne samo środowisko OIT, w którym pacjent jest narażony na hałas (głośne alarmy monitorów i respiratorów), często 24-godzinne jaskrawe oświetlenie, 24-godzinna opieka pielęgniarska oraz stosowana farmakoterapia. Ponadto istniejący problem śmierci powoduje występowanie poczucia zagrożenia bezpieczeństwa, przez co pacjenci pozostają w stanie czuwania. Z obserwacji klinicznych wynika, że pacjenci ze stwierdzoną niewydolnością krążenia oraz przewlekłą chorobą obturacyjną płuc mają problemy ze snem związane z bezdechami nocnymi. Długotrwały brak snu u pacjentów leczonych w OIT utrudnia działanie mechanizmów obronnych, prowadząc do zmniejszenia odporności organizmu, powstawania infekcji, zaburzeń gospodarki hormonalnej, zmniejszenia tolerancji glukozy oraz pogorszenia funkcji poznawczych i emocjonalnych. Zaburzenia snu mogą prowadzić do wystąpienia niepokoju, który zwiększa aktywność układu współczulnego. W konsekwencji zaburzenie to powoduje fizyczne i emocjonalne cierpienie pacjenta.

Wentylacja mechaniczna a jakość snu

Wentylacja mechaniczna ma bezpośredni wpływ na zaburzenia snu. Na ciągłość snu wpływają przede wszystkim: zwiększony

wysiłek oddechowy, zaburzenia wymiany gazowej oraz brak synchronicznej wentylacji pacjenta. Wśród pacjentów wentylowanych mechanicznie zaburzenia snu występują znacznie częściej w porównaniu do pacjentów pozostających na oddachu własnym. Jest to związane z ciężkością choroby, a także czynnikami związanymi stricte z wentylacją mechaniczną – obecnością drażniącej rurki intubacyjnej, tracheostomijnej czy też koniecznością regularnego wykonywania toalety drzewa oskrzelowego przez personel medyczny. Wykazano także związek pomiędzy rodzajem wentylacji mechanicznej a jakością snu. Wentylacja zmiennym wsparciem ciśnieniowym PS (ang. Pressure Support) w porównaniu do wspomaganego AC (ang. Assist Control) wiązała się ze statystycznie większą ilością przebudzeń. Jest to związane z faktem, że poziom wspomaganie ustawiony w dzień może być zbyt wysoki w czasie nocnego snu, co prowadzi do nadmiernej hiperwentylacji i bezdechu powodującego równocześnie przebudzenie pacjenta (należy nie podejmować nowych trybów wentylacyjnych w nocy, jedynie w ciągu dnia). Każda interwencja personelu oraz każda dodatkowa aktywność oddechowa pacjenta wiąże się z uruchomieniem alarmu dźwiękowego respiratora, co powoduje zaburzenia ciągłości snu.

Ból

Kolejnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia delirium w OIT jest ból. Zgodnie z opublikowanymi w Polsce w 2017 roku danymi, jest to nadal najczęstszy i najbardziej lekceważony objaw występujący u hospitalizowanych pacjentów. Szacuje się, że nawet 50–70% osób leczonych w OIT cierpi z powodu bólu o średnim lub często nawet znacznym nasileniu przez okres dłuższy niż 24 godziny. W wytycznych postępowania klinicznego dotyczących leczenia bólu, pobudzenia i majaczenia u dorosłych pacjentów w OIT, opracowanych przez grupę roboczą ACCCM (ang. American College of Critical Care Medicine), stwierdzono, że dorośli pacjenci hospitalizowani w oddziałach intensywnej opieki rutynowo doświadczają bólu w spoczynku i podczas wykonywania rutynowych czynności pielęgnacyjnych, a ból proceduralny występuje powszechnie. Przyczyną tego stanu rzeczy jest m.in. fakt, że bardzo utrudniona jest ocena bólu u pacjentów niezdolnych do jego samoreportowania, u pacjentów z zaburzeniami świadomości, w sedacji i leczonych za pomocą respiratora. U takich pacjentów nie można zastosować rutynowych, wystandaryzowanych skal oceny bólu, a dostępność innych (behawioralnych, obserwacyjnych) skal przystosowanych do użycia w tych specyficznych grupach pacjentów jest ograniczona. Zmiany w wartościach parametrów fizjologicznych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno) nie są specyficzne dla bodźców bólowych, lecz świadczą o stresie i nie powinny stanowić wyłącznej podstawy do oceny występowania dolegliwości bólowych u pacjenta. W rekomendacjach zaleca się rutynowe monitorowanie bólu, jako piątego parametru życiowego, u wszystkich chorych nieprzytomnych lub z ograniczonym kontaktem przy użyciu skali behawioralnej BPS (ang. Beha-

vioural Pain Scale) lub skali CPOT (ang. Critical-Care Pain Observation Tool). Ocena bólu powinna być przeprowadzana regularnie cztery razy w ciągu 12 godzin lub w razie potrzeby za pomocą wiarygodnych i dostosowanych kulturowo narzędzi oraz systematycznie dokumentowana. Nieskuteczne leczenie bólu ostrego u pacjentów leczonych w OIT ma negatywne skutki kliniczne, powoduje wyrzut endogennych katecholamin (adrenalina), hormonów stresu (kortyzol), co wywołuje tachykardię, skurcz naczyń krwionośnych, nadciśnienie, wzrost zużycia tlenu i zmniejszenie perfuzji narządowej. Pacjenci, którzy odtwarzają traumatyczne wspomnienia z okresu pobytu na OIT po wypisie z oddziału, częściej cierpią z powodu bólu przewlekłego, zespołu stresu pourazowego PTSD (ang. Post Traumatic Stress Disorder) i obniżenia jakości życia.

U pacjentów przebywających na OIT, u których występują więcej niż 3 czynniki ryzyka, prawdopodobieństwo rozwoju omawianego zaburzenia wynosi 60%.

Krytycznie chorzy pacjenci powinni być regularnie oceniani pod kątem delirium przy zastosowaniu zwalidowanych testów (Good Practice Statement)

Należy włączyć narzędzia monitorujące delirium do standardowej procedury leczenia ciężko chorych pacjentów. Rekomendacja ta znalazła się w zaleceniach SCCM (ang. Society of Critical Care Medicine) odnośnie PAD (ang. Pain Agitation and Delirium) w roku 2013.

Aby postawić diagnozę majaczenia, należy skorzystać z jednej z dostępnych skal oceny zaburzeń świadomości. Niedopuszczalna jest subiektywna ocena zachowania pacjenta, która może prowadzić do nierozpoznawania majaczenia, choć zdarzają się również przypadki jego zbyt częstego diagnozowania. Istnieje wiele skal oceny majaczenia:

- CAM (Confusion Assessment) – ocena zaburzeń świadomości,
- DDS (Delirium Dedection Score),
- MMSE (Mini-Mental State Examination) – krótkie narzędzie przesiewowe do oceny otępień,
- ICDS (Intensive Care Delirium Screening Checklist),
- Cognitive Test for Delirium,
- Abbreviated Cognitive Test for Delirium,
- Neelonand Champagne Confusion Scale.

Metoda Oceny Splątania (MOS) – Confusion Assessment Method (CAM) stworzona została w roku 1990 przez dr Sharon Inouye jako narzędzie oceny stanu majaczenia przy łóżku pacjenta na użytek personelu nie posiadającego specjalizacji psychiatrycznej. CAM-ICU (ang. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), stanowi adaptację tego narzędzia na potrzeby pacjentów oddziału intensywnej terapii (tzn. ciężko chorych pacjentów, wentylowanych mechanicznie, lub nie). Majaczenie definiuje się poprzez ocenę czterech cech uznanych za diagnostyczne. tj.: nagle wystąpienie zaburzenia psychicznego, brak skupienia uwagi, zdezorganizowany tok myślenia oraz zmieniony poziom świadomości. CAM-ICU jest jednym z zalecanych narzędzi przesiewowych dla diagnozowania i monitorowania stanu delirium u dorosłych pacjentów oddziału intensywnej terapii.

Z praktycznego punktu widzenia istotne jest stosowanie jednej skali na oddziale. Powinna ona być krótka, prosta, jednoznaczna, możliwa do przeprowadzenia u pacjenta i nie pozostawiać możliwości subiektywnej oceny.

Pielęgniarki powinny dokonywać oceny każdego pacjenta w skali oceny stanu pobudzenia i sedacji RASS (ang. Richmond Agitation-Sedation Scale) co 2 godziny, co pozwala wcześniej wykryć potrzebę ponownej oceny stanu świadomości pacjenta przez lekarza. W momencie przyjęcia na oddział każdy pacjent powinien być analizowany pod kątem obecności czynników ryzyka wystąpienia majaczenia.

Po spełnieniu kryteriów rozpoznania rozpoczyna się profilaktykę prowadzoną przez 2 doby. W kolejnych dobach dawki leków stosowanych profilaktycznie są stopniowo zmniejszane; często profilaktyka jest kontynuowana na oddziale zachowawczym.

Hałas

Hałas środowiskowy w dostępnych badaniach jest wymieniany jako główny czynnik zakłócający sen u pacjentów w OIT. Mają z nim związek: rutynowe obowiązki personelu pielęgniarskiego, wezwania na zabiegi, wydawanie i realizowanie zleceń, stosowanie przez personel medyczny „głośnego” (stukającego) obuwia, używanie sprzętu telewizyjnego i radioodbiorników. Hałas jest niejednokrotnie związany z wykorzystaniem urządzeń biurowych, będących stałym elementem wyposażenia budynków, takich jak: windy, klimatyzatory, aktywne alarmy kardiomonitatorów, pulsoksymetrów, pomp infuzyjnych, respiratorów oraz telefonów.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) średni poziom dźwięków i związany z nim hałas powinien być niższy niż 30 decybeli akustycznych (dBA). Dotychczasowe wyniki badań naukowych dotyczące środowiska oddziału intensywnej terapii wskazują, że poziom hałasu utrzymuje się tam na poziomie 50–75 dBA, niekiedy przekraczając maksymalną dopuszczalną wartość.

W Polsce dopuszczalne poziomy dźwięku na OIT reguluje rozporządzenie ministra infrastruktury. Zgodnie z normami natężenie hałasu powinno wynosić 35 dBA w dzień i 25 dBA w ciągu nocy, natomiast Agencja Ochrony Środowiska w USA zaleca, aby poziom hałasu w szpitalu nie przekraczał 45 dBA w dzień i 35 dBA w ciągu nocy.

Światło

Na oddziałach intensywnej terapii ekspozycja pacjentów na światło słoneczne jest ograniczona, a stosowane sztuczne oświetlenie jest niewystarczające, aby mogło stanowić bodziec regulujący rytm dobowym. Nocne poziomy światła na OIT są zmienne: od < 5 luksów do > 1400 luksów. Poziomy światła wynoszące 300–500 luksów mogą potencjalnie osłabiać nocny sen. Jasne światła przy biurku pielęgniarek oraz oświetlenie ogólne, które nie jest przyćmione lub wyłączane w nocy, zakłócają sen pacjenta.

Dyskomfort

Pacjenci zgłaszają ogólny dyskomfort w postaci niewygodnych łóżek szpitalnych, podłączenia do urządzeń monitorujących, które uniemożliwiają im sen w preferowanej pozycji, elektrody nierzadko powodują podrażnienie skóry, a w efekcie – ból i swędzenie. Mankiety do pomiaru ciśnienia ograniczają ruch oraz wydają przykrą woń. Stosowanie nawilżonego tlenu przez cewnik donosowy lub maskę twarzową może się przyczynić do wysychania kanałów nosowych. Wkłucia, linie dożylnie i opatrunki mogą powodować dyskomfort ze względu na ograniczenie możliwości wykonywania ruchów przez pacjenta. Kolejnym istotnym problemem są zaburzenia termoregulacji, które także mogą wpływać na jakość snu.

Zapobieganie

Jednym z elementów prawidłowego funkcjonowania OIT jest ściśle monitorowanie stanu pacjenta. Personel najczęściej jednak skupia się na łatwo mierzalnych parametrach, na podstawie których można ocenić dynamikę stanu pacjenta, niejednokrotnie pomijając ocenę stanu psychicznego, przez co monitorowanie delirium pozostaje na niskim poziomie. W celu skutecznego zapobiegania i leczenia delirium w OIT należy włączyć narzędzia rozpoznawania delirium (np. CAM-ICU) do czynności rutynowych. Towarzystwa naukowe zalecają, aby pacjenci zagrożeni jego wystąpieniem oceniani byli co najmniej jeden raz w czasie dyżuru pielęgniarskiego lub w razie potrzeby. Samo wprowadzenie adekwatnej dokumentacji może okazać się niewystarczające – równie ważne jest uzyskanie poparcia administracyjnego, trening CAM-ICU, zachęcanie personelu średniego poprzez szkolenia i dostarczenie materiałów, dyskusja o delirium w czasie codziennego obchodu. Postępowanie lekarsko-pielęgniarskie powinno opierać się przede wszystkim na prewencji pierwotnej, czyli na redukcji potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka (leczenie infekcji, adekwatne żywienie, korekta zaburzeń metabolicznych i elektrolitowych, unikanie hipoksji) oraz postępowaniu nefarmakologicznym, na które składa się reorientacja pacjenta co do czasu i miejsca (stosowanie tabliczek z nazwiskami personelu, naściennych zegarów z 24-godzinny formatem czasu), stymulowanie aktywności poznawczej, wczesna mobilizacja i ćwiczenia ruchowe, wczesne usuwanie cewników, drenaży, kaniul i środków przymusu, zmniejszenie zaburzeń wzroku i słuchu (umożliwienie stosowania okularów, aparatów słuchowych, usunięcie woskowiny z przewodów słuchowych), wczesna korekcja zaburzeń przewodów pokarmowego i moczowego (biegunki/odwodnienie/zaparcia, zalegania moczu). Ponadto należy zwrócić uwagę na poprawę jakości snu w warunkach intensywnej terapii pomiędzy godzinami 24.00 a 5 rano (kontrola poziomu hałasu i oświetlenia, opaski na oczy, stosowanie stoperów do uszu, redukcja aktywności oraz bodźców stymulujących w godzinach nocnych m.in. tonów i głośności rozmów personelu) jak również ekspozycję na światło słoneczne w ciągu dnia.

W „Wytycznych praktyki klinicznej w zakresie zarządzania bólem, pobudzeniem i delirium u dorosłych pacjentów w OIT” zaleca się wdrażanie wczesnego uruchamiania w celu redukcji częstości występowania i czasu trwania delirium.

Leczenie

Leczenie majaczenia jest trudne i trwa zazwyczaj kilka dni. Składa się z eliminacji potencjalnej przyczyny (jeśli jest rozpoznana), farmakoterapii, psychoterapii oraz środków przymusu bezpośredniego/unieruchomienia w razie potrzeby. W farmakoterapii stosuje się przede wszystkim leki przeciwpsychotyczne. Alternatywą w okresie silnego pobudzenia jest sedacja deksmedetomidyną we wlewie 10–24-godzinny, która może przynieść efekt w leczeniu delirium u chorych niezależnych od alkoholu i nadużywających benzodiazepin. Należy pamiętać o stopniowym odstawianiu leczenia po ustąpieniu objawów majaczenia. Nagłe odstawienie może spowodować objawy odstawienne i wywołać nawrót majaczenia. Benzodiazepiny są wskazane w leczeniu wyłącznie majaczenia o podłożu alkoholowym. Hydroksyzyna nie jest rekomendowana ze względu na komponentę cholinergiczną, która może nasilić jakościowe zaburzenia świadomości.

Podsumowanie

Majaczenie (delirium), powszechnie występująca w OIT forma niewydolności ośrodkowego układu nerwowego, jest niezależnym czynnikiem zwiększonej chorobowości i śmiertelności. Bardzo ważną rolę w eliminowaniu czynników ryzyka delirium odgrywa zespół pielęgniarski. Relacja pacjent–pielęgniarka powinna odbywać się z zachowaniem podstawowych zasad opartych na zaufaniu, szacunku, cierpliwości oraz empatii. Personel pielęgniarski powinien zadbać o sferę psychiczną pacjenta i poświęcić mu tyle czasu, ile jest konieczne, by zmniejszyć poziom lęku i tym samym zapewnić poczucie bezpieczeństwa. Podejście to nie może opierać się na instrumentalnym informowaniu chorego o wykonywanych procedurach. Podstawą podejścia terapeutycznego jest ograniczenie potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka, adekwatna/umiarkowana sedacja i strategia leczenia bólu, reorientacja pacjenta oraz w ostateczności podaż neuroleptyków/II generacji (tzw. atypowych). Istnieje pilna potrzeba podejmowania działań edukacyjnych i wdrażania zmian organizacyjnych zmierzających do skutecznego promowania zaleceń dobrej praktyki dotyczących ryzyka występowania delirium oraz oceny i monitorowania bólu u pacjentów leczonych w OIT.

Wykaz literatury u Autorki

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



Ocena nasilenia delirium przez pielęgniarki standardem na całym świecie. Ściąga dla pielęgniarek

Dr n. o zdr. Sabina Krupa, Dr n. o zdr. Dorota Ozga Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski, ul. St. Pignonia 6, 35-310 Rzeszów, Polska

BPS – Behavioral Pain Scale Skala NRS – Numerical Rating Scale

Skala RASS – The Richmond Agitation Sedation Scale

Ocena pacjenta pod kątem wystąpienia delirium

Niezależnie od poziomu sedacji, jaki otrzymują pacjenci, ważne jest, aby pacjenci byli regularnie oceniani pod kątem PAD (pain, agitation and delirium). Stosowanie oceny często pozostaje zmienne i stosowane jest sporadycznie. Ból – oceniasz w delirium? A może zanim wystąpi? Co możesz ocenić?

Skala Ramsey'ą Skala pragnienia Skala nasilenia bezsenności Skala NuDesc

Evidence Based Nursing Practice (EBNP)
Praktyka Pielęgniarska Oparta na Dowodach

- należy stworzyć interdyscyplinarny zespół
- implementować elementy pakietu ABCDEF w całości
- wprowadzać zmiany powoli, etapami a w konsekwencji odniesiemy sukces
- zaangażuj pacjentów i ich rodziny po wypisie z OIT aby uzyskać informacje zwrotne
- zaplanuj częste szkolenia i spotkania coachingowe (warsztaty), aby udostępnić nowe metody wdrażania
- zapewnij oferty edukacyjne, aby dotrzeć do wszystkich członków zespołu terapeutycznego
- udostępnij protokoły związane z pakietem ABCDEF oraz bierz udział w szkoleniach w tym zakresie
- wykorzystuj studium przypadku, które podkreślą sukces związany z pakietem ABCDEF lub wskażą drogę co poprawić

Assess, prevent & manage pain

- CPOT or BPS to assess pain, insure adequate pain control
- Use of regional anesthesia and nonopioid adjuncts
- Analgesia-based sedation techniques with fentanyl

Both SAT & SBT

- Daily linked SAT and SBT
- Multidisciplinary coordination of care
- Faster liberation from MV

Choice of sedation

- Targeted light sedation when sedation necessary
- Avoidance of benzodiazepines
- Dexmedetomidine if high delirium risk, cardiac surgery, MV weaning

Delirium monitoring & management

- Routine CAM-ICU or ICISC assessments
- Nonpharmacologic intervention, including sleep hygiene
- Dexmedetomidine or antipsychotic if hyperactive symptoms

Early mobility & exercise

- Physical and occupational therapy assessment
- Coordinate activity with SAT or periods of no sedation
- Progress through range of motion, sitting, standing, walking, ADLs

Family engagement & empowerment

- Reorientation, provision of emotional and verbal support
- Cognitive stimulation, participation in mobilization
- Participation in multidisciplinary rounds

Triada OIT
ICU TRIAD – PAD – Pain – Agitation – Delirium

Luki w użyciu wytycznych...

Nadużywanie głębokiej sedacji- która jest związana z szeregiem potencjalnych problemów, w tym majaczeniem, trwałym pogorszeniem funkcji poznawczych, przedłużającą się wentylacją mechaniczną, osłabieniem, zwiększonym ryzykiem zapalenia płuc, depresją oddechową, depresją mięśnia sercowego i niestabilnością hemodynamiczną, osłabieniem mięśni obwodowych, OIOM - nabyte osłabienie i zwiększone ryzyko zakrzepowego zapalenia żył

Narzędzia oceny delirium

Symptoms Pain, Agitation, Delirium Guidelines	Monitoring Tools	Care ABCDEF Bundle
Pain	Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) NRS Numeric Rating Scale BPS Behavioral Pain Scale	A: Assess, Prevent and Manage Pain
Agitation	Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) Sedation-Agitation Scale (SAS)	B: Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) and Spontaneous Breathing Trials (SBT) C: Choice of Analgesia and Sedation
Delirium	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	D: Delirium: Assess, Prevent and Manage E: Early Mobility and Exercise F: Family Engagement and Empowerment

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

- ICDSC jest skalą stratyfikacji delirium, ale może być również używana, jako skala diagnostyczna, a zastosowanie skali jest łatwe i szybkie.

- ICDSC składa się z ośmiu obserwowanych zmiennych, które są porównywane z oceną z poprzedniego dnia

>4 pkt. Delirium pełnoobjawowe
1-3 pkt. Delirium subkliniczne



Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród dorosłych osób i jego wpływ na wystąpienie i progresję Jaskry Prostej Otwartego Kąta (JPOK)

HALINA OLSZEWSKA

Kolejnymi czynnikami, które mogą być predysponującymi do rozwoju jaskry są nieodpowiednie zachowania zdrowotne, takie jak: mała aktywność fizyczna, nieodpowiedni sposób żywienia, palenie tytoniu czy także konsumpcja alkoholu. Wszystkie te wymienione czynniki mogą podnosić ciśnienie wewnątrzgałkowe (CW), a tym samym stają się czynnikami determinującymi do wystąpienia jaskry. Renard i inni donoszą, że są to potencjalne czynniki predysponujące do rozwoju jaskry i według nich badania nad ich znaczeniem w rozwoju jaskry winny być w przyszłości nadal prowadzone w celu lepszego zrozumienia i poznania patomechanizmów rozwoju i progresji jaskry.

Wiele miejsca w piśmiennictwie naukowym poświęca się paleniu tytoniu i jego toksycznym działaniu na organizm człowieka, w tym i narządu wzroku. Autorzy udowodnili, że palenie tytoniu obniża frakcję cholesterolu HDL, podwyższa trójglicerydy i HDL. Mimo to, są liczne prace, które prezentują sprzeczne opinie na temat patogenego działania dymu tytoniowego na stan narządu wzroku. W bazie piśmiennictwa naukowego nie znaleziono opracowań naukowych na temat stopnia uzależnienia od nałogu i poziomu motywacji do jego zaprzestania wśród osób z JPOK palących tytoń.

Palenie tytoniu stanowi poważny problem epidemiologiczny i społeczny. Szacuje się, że w Polsce w 2013 roku paliło 25,4% populacji, w tym 32,7% mężczyzn i 18,8% kobiet. Palenie tytoniu skraca życie palacza i obniża jego jakość. Działa toksycznie na cały organizm człowieka. Dym tytoniowy zawiera około 4 tysięcy substancji, które mogą być przyczyną wystąpienia chorób układu krążenia oraz udarów mózgu. Jego toksyczne działanie nie jest ograniczone jedynie do palaczy tytoniu, ale także dotyczy wszystkich tych osób (mężczyzn, kobiet i dzieci), które przebywają w pomieszczeniach, gdzie występuje dym tytoniowy (tzw. „palenie bierne”).

Nałóg ten sprzyja rozwojowi chorób onkologicznych, a w szczególności raka płuc. Według wielu autorów palenie tytoniu jest w 30% przyczyną wystąpienia chorób nowotworowych. Ich zdaniem tytoń powoduje o 25–40% wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia, a aż do 90% odpowiada za wystąpienie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Według Michalak i współautorów, nałóg palenia tytoniu to zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia migreny i udaru mózgu. Dym tytoniowy posiada diabetogenny wpływ, gdyż nasila insulinoporność i zaburzenia tolerancji glukozy. Dochodzi do uszkodzenia układu sercowo-naczyniowego, co

sprzyja rozwojowi nadciśnienia tętniczego krwi. Jest odpowiedzialna za niefizjologiczne przyspieszenie akcji serca oraz zaburzenia rytmu serca, a także wpływa negatywnie na gen p53, który powstrzymuje niekontrolowany rozwój komórek i powstawanie nowotworów. Nikotyna zawarta w dymie jest błyskawicznie wchłaniana przez śluzówkę górnych dróg oddechowych i pęcherzyki płucne. Dostawszy się do naczyń mózgowych drażni receptory uwalniające takie hormony jak adrenalina, noradrenalina i hormony antydiuretyczne. Nikotyna jest bardzo silną trucizną. Wprowadzona do organizmu w postaci wstrzyknięcia podskórnego w ilości 0,05 g. tj. ok. jednej kropli, wywołuje śmierć w ciągu kilku minut. Każdy papieros zawiera od 0,015 g do 0,03 g nikotyny. W 20 papierosach jest jej więc około 0,3 g. tj. sześć dawek śmiertelnych. W czasie palenia jednak część nikotyny ulatnia się z dymem i ulega rozpadowi, a tylko 10–30% zostaje wchłonięte przez organizm.

Palacze tytoniu dwukrotnie częściej niż niepalący umierają na zawał mięśnia sercowego. U mężczyzn, którzy zaczęli palić przed 15 rokiem życia i palili 15–24 papierosów dziennie, ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej jest 10-krotnie większe. Także u osób niepalących, ale wdychających dym

ulatniający się z ognika papierosa (tzw. boczny strumień) w istotny sposób wzrasta ryzyko chorób serca i płuc (tzw. palacze bierni). Palacze tytoniu 20-krotnie częściej umierają z powodu rozedmy płuc i przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) niż osoby niepalące. Wśród 10 chorych na raka płuc 9 paliło papierosy. Palenie tytoniu pełni istotną rolę w patogenie zarówno wrzodu żołądka jak i dwunastnicy. W wielu badaniach wykazano związek pomiędzy paleniem tytoniu a występowaniem raka trzustki.

Kobieta paląca tytoń w ciąży powoduje, że jej dziecko nie otrzymuje wystarczającej ilości tlenu, który jest potrzebny do prawidłowego wzrostu i rozwoju, rozwijające się w jej łonie dziecko jest zmuszane do kontaktu z prawie 4000 substancji chemicznych, w tym 40 rakotwórczymi, które są zawarte w dymie tytoniowym. Dziecko rodzi się znacznie mniejsze i podatniejsze na choroby wieku niemowlęcego i wczesno dziecięcego w porównaniu z dziećmi, których mamy nie palą, zwiększa się ryzyko komplikacji w czasie ciąży, tj.: samoistnego poronienia, porodu przedwczesnego, krwawień z dróg rodnych, łożyska przodującego, przedwczesnego odklejenia łożyska lub pęknięcia błon płodowych, a także ciąży pozamacicznej. Palenie przez matkę w ciąży znacznie zwiększa ryzyko urodzenia martwego dziecka, wczesnej śmierci noworodka lub zespołu nagłej śmierci niemowlęcia (tzw. śmierci łóżeczkowej). Najbardziej negatywnie na rozwój płodu wpływa zwłaszcza palenie w ostatnich 2 miesiącach ciąży. Jeśli kobieta pali po porodzie i jednocześnie karmi dziecko piersią to dochodzi do przekazywania wielu trujących substancji z dymu tytoniowego wraz z pokarmem matki. Nie ma „bezpiecznej” liczby wypalanych papierosów.

Według WHO 43% mężczyzn i 35% kobiet na świecie jest czynnymi palaczami. Według badań palenie tytoniu jest najbardziej rozpowszechnione wśród mieszkańców Ukrainy (62%) i Rosji (61%), a najmniejszą liczbę palących tytoń zanotowano w Szwecji (14%) i Danii (23%), natomiast w Polsce, według jednych autorów, mężczyzn 38% a kobiet 26%, inni uzyskali podobne wyniki, gdzie 36,9% mężczyzn i 24,4% kobiet było czynnymi palaczami tytoniu. Mimo licznych dowodów o toksycznym działaniu palenia tytoniu, to wzrasta liczba osób narażonych na działanie dymu nikotynowego, ponieważ jego skutek odczuwają zarówno sami palacze, lecz również i osoby niepalące, jako bierni palacze.

Wielu badaczy udowodniło, że CW u osób palących tytoń było wyższe niż odpowiednio w tej samej grupie osób niepalących. Inni autorzy, którzy w swoich pracach także udowodnili, że palenie tytoniu to jeden z ważnych czynników ryzyka rozwoju i progresji jaskry.

W badaniach naukowych autorzy zaobserwowali, że wraz z wiekiem wzrastała liczba palaczy tytoniu w stopniu takim, iż jest to istotny problem zdrowotny i społeczny, szczególnie, gdy skutki nałogu mają wpływ na ograniczenie sprawności fizycznej i powstanie wielu chorób przewlekłych.

Udowodniono, że palenie tytoniu, zarówno czynne jak i bierne wpływa negatywnie również na funkcje narządu wzroku. Prace naukowe donoszą o paleniu tytoniu, jako

ważnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia nie tylko jaskry ale i zaćmy oraz zwyrodnienia plamki żółtej związanej z wiekiem AMD (Age-Related Macular Degeneration). Niektórzy autorzy sugerują, że palenie tytoniu ma wpływ na pogorszenie efektów leczenia jaskry. Liczni autorzy udowodnili toksyczny i patogenny wpływ palenia tytoniu na stan nerwu wzrokowego i podkreślają ogromną rolę tego nałogu w powstaniu i rozwoju jaskry. Uważa się, że palenie tytoniu nie tylko może przyczynić się do rozwoju jaskry, lecz także wpływa na pogorszenie efektów jej operacyjnego leczenia. Prace badawcze na temat wpływu dymu tytoniowego na zaburzenia funkcji narządu wzroku są przedmiotem licznych prac badawczych i są nadal prowadzone. Nie ulega wątpliwości, że palenie tytoniu powoduje przyspieszenie powstawania zmian miażdżycowych. Nikotyna sprzyja powstaniu i progresji jaskry, zwłaszcza u mężczyzn. Składniki zawarte w dymie tytoniowym wdychanym przez palaczy tytoniu uszkodzają ścianę naczyń, powodują wzrost stężenia cholesterolu i trójglicerydów i mogą przyspieszyć rozwój miażdżycy.

Stosunkowo mniej mówi się o wpływie palenia papierosów na narząd wzroku. Teraz być może trzeba będzie to zmienić. Palacze tytoniu mają przesunięty poziom autoregulacji przepływu krwi przez głowę nerwu wzrokowego, w porównaniu z osobami niepalącymi i dlatego, niektórzy wnioskują, że należy brać pod uwagę palenie tytoniu, jako patomechanizm rozwoju i progresji jaskry. Inni autorzy donoszą o istotnej roli palenia tytoniu w powstawaniu i progresji jaskry, ale także w powstawaniu retinopatii cukrzycowej oraz o toksycznym działaniu na układ nerwowy człowieka. Skurcze naczyniowe wywołane dymem dotyczą małych tętnic i tętniczek. Nałogowi palacze w starszym wieku wykazują większe ryzyko wzrostu ciśnienia. Udowodniono, że palenie tytoniu przez młodych ludzi może inicjować w przyszłości rozwój jaskry, zanik nerwu wzrokowego czy degenerację siatkówki, a nawet prowadzić do utraty funkcji widzenia. Niektóre publikacje naukowe donoszą, że bierni palacze również narażeni są na wystąpienie jaskry. Wise i współautorzy twierdzą, że palenie tytoniu jest szczególnie niebezpieczne w początkowej fazie rozwoju jaskry. Niektóre publikacje informują o umiarkowanym wpływie palenia tytoniu na narząd wzroku i na jakość centralnego widzenia. Na podstawie badań naukowych ostatnich lat udokumentowano patogenny i toksyczny wpływ palenia tytoniu na nerw wzrokowy i podkreślono rolę tego nałogu w zaburzeniu widzenia centralnego, powstawaniu groźnych chorób oczu, w tym i JPOK.

Nieznanym pozostaje mechanizm oddziaływania składników dymu tytoniowego w wyżej wymienionych przypadkach. Dlatego zagadnienie wpływu tytoniu na zaburzenia funkcji narządu wzroku i występowanie niektórych chorób jest nadal przedmiotem licznych badań klinicznych i eksperymentalnych.

Badania wykonane na grupie około 1500 Hindusów wykazały dodatnie korelacje między ryzykiem występowania zaćmy a niskim stężeniem witaminy C, karotenoi-

dów i retinolu. Inni autorzy badaniu obejmującym prawie 4000 mieszkańców południowych Indii wykazano silny związek między paleniem tytoniu a rozwojem zaćmy i jaskry. Badacze, którzy przeprowadzili badania wśród prawie 16,5 tys. mieszkańców Pakistanu stwierdzili, że występowanie zmętnienia soczewki związane było z wiekiem, cukrzycą, paleniem tytoniu i nadciśnieniem tętniczym. W badaniu Beaver Dam Eye Study w okresie 15-letnim oceniano czynniki ryzyka występowania starczego zwyrodnienia plamki w grupie około 5 tys. badanych w wieku 43 do 84 lat. Wykazano w nim, że palenie tytoniu jest związane z występowaniem i progresją choroby. Ponadto zaobserwowano, że wpływ palenia tytoniu zależy od jego charakteru, w tym od intensywności palenia, liczby wypalanych papierosów dziennie, wieku rozpoczęcia i zakończenia palenia. Zdaniem autorów ma to niezwykle ważne znaczenie, jako na czynnik ryzyka jaskry, który można modyfikować.

W dostępnym piśmiennictwie brak jest danych na temat faktu rozpowszechnienia palenia tytoniu osób z jaskrą w ciągu całego życia. Brak jest również danych na temat charakterystyki poziomu uzależnienia od palenia tytoniu. Nie przeprowadzono oceny motywacji do zaprzestania tego nałogu wśród osób leczonych z powodu jaskry. Rozpowszechnienie palenia tytoniu w Polsce i zarówno na świecie było istotnie niższe wśród osób w grupie z jaskrą w porównaniu do badanych osób w grupie porównawczej.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): Na świecie co sześć sekund umiera osoba w wyniku chorób związanych z paleniem, czyli co roku jest to około 6 milionów ludzi. Do roku 2030 liczba ta może wzrosnąć do 8 milionów ludzi. Tytoń jest jednym z czterech głównych czynników ryzyka występowania chorób niezakaźnych, w tym głównie nowotworów, chorób sercowo-naczyniowych i krążeniowych, chorób płuc i cukrzycy. Papierosy są jedynym legalnie sprzedawanym środkiem rakotwórczym na świecie. W 2012 r. z powodu chorób tych zmarło 16 milionów ludzi poniżej 70. roku życia, przy czym ponad 80 proc. pochodziło z państw biednych lub o średnim dochodzie. Na świecie jest około miliarda palaczy. Szacuje się, że każdego dnia ok. 100 tysięcy młodych ludzi zaczyna palić pod wpływem sugestywnych reklam i promocji, prowadzonych przez wielkie koncerny tytoniowe.

Uczeni z Wielkiej Brytanii porównali przypadki ponad 12,5 tys. osób w starszym wieku. Okazało się, że osoby palące papierosy mają aż czterokrotnie większe ryzyko rozwoju zwyrodnienia plamkowego w porównaniu ze swoimi rówieśnikami, którzy nie używają tytoniu. Zdaniem autorów badania otrzymane wyniki dowodzą, że palenie papierosów jest jednym z najważniejszych – jeżeli nie najważniejszym czynnikiem środowiskowym zwiększającym ryzyko utraty wzroku w podeszłym wieku.

Co ciekawe, zaobserwowano, że jeżeli jeden lub dwoje rodziców kiedykolwiek palili papierosy, ich dzieci miały wady refrakcji. Ekspozycja na składniki dymu tytoniowego dotyczyła zarówno okresu pre- i postnatalnego. Wykazano

również, że palenie w ciąży wpływało na występowanie zaburzeń widzenia przestrzennego oraz zezów zbieżnych u dzieci w późniejszym okresie rozwoju. Ponadto wykazano, że obecnie palacze są narażeni na szybszą progresję choroby i gorsze wyniki leczenia. Zaburzenia filmu łzowego zostały stwierdzone u przewlekłych palaczy tytoniu.

Reasumując, istnieje coraz więcej dowodów by twierdzić, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka wielu chorób oczu. Sugeruje to, że wyeliminowanie tego czynnika może istotnie zmniejszać zachorowalność na choroby oczu w przyszłości.

Palenie papierosów jest w Polsce przyczyną co drugiego zgonu mężczyzn w wieku 35–69 lat – jesteśmy niestety pod tym względem światowym liderem. Średnia długość życia osób niepalących w krajach rozwiniętych systematycznie

rośnie. Szacuje się, że średnia różnica długości życia między osobami niepalącymi a palaczami wynosi 15 lat.

Wyniki pracy własnej wskazują, że osoby z jaskrą w mniejszym stopniu były uzależnione od palenia tytoniu niż osoby w grupie bez JPOK. Nie mniej jednak zaobserwowano, że palenie tytoniu towarzyszyło gorszej subiektywnej jakości widzenia. Zauważono również, że współwystępowanie chorób przewlekłych lub nieprawidłowych objawów było skutkiem zaprzestania palenia tytoniu. Stan samoświadomości z powodu leczenia jaskry, nie zawsze był powodem do zaprzestania palenia tytoniu wśród mężczyzn.

Wykaz literatury u Autorki

Z całego serca dziękuję:

- pani dr n. med. Katarzynie Wysoczyńskiej za niezwykle fachową pomoc i dostępność o każdej porze dnia i nocy,
- pani pielęgniarki dyplomowanej Iwone Srogosz za niezwykle umiejętności w poszukiwaniu ukrytych żył, aby podłączyć kroplówkę u „egzotycznego” pacjenta,
- pani opiekunce medycznej Kamili Miśkiewicz, która mnie nauczyła czynności higienicznych pacjenta leżącego,
- panu fizjoterapeucie Piotrowi Janickiemu za cierpliwe i spokojne powtarzanie ćwiczeń.

Państwa wsparcie, zaangażowanie, serdeczne i ciepłe podejście do mnie i mojego męża, dawało mi wiele sił i zwiększało moją codzienną determinację w powstrzymywaniu choroby.

23 września zmarł mój mąż David Cain. Chociaż wiedziałam, że choroba nowotworowa postępuje – nie wierzyłam. Teraz, w czasie mojej żałoby, wracam myślami do naszych spotkań, merytorycznych dyskusji, co można jeszcze zrobić, po prostu do Państwa obecności w naszym domu. Bez Was nie dałabym rady.

Składam również serdeczne podziękowanie za wsparcie administracyjno-techniczne Hospicjum w Zgierzu. Sprzęt, o który prosiłam, właściwie natychmiast znajdował się przy łóżku męża.

Jeszcze raz powtórzę, jestem ogromnie wdzięczna, że spotkałam i poznałam Państwa na swojej drodze, w chorobie najbliższej mi osoby. Do podziękowań dołączają się również dzieci Davida, Rosie i Francis Cain, którzy mieli przyjemność Państwa poznać.

Z wyrazami szacunku
Anna Cain



Wyjazd do Hospicjum Stacjonarnego im. św. Stanisława Papczyńskiego w Licheniu Starym

W dniu 17 listopada 2019 r. grupa 21 pielęgniarek ze specjalizacji pielęgniarstwa paliatywnego z OIPiP w Łodzi uczestniczyło w wyjeździe do Hospicjum Stacjonarnego im. św. Stanisława Papczyńskiego w Licheniu Starym. Organizatorem wyjazdu była kierownik specjalizacji pielęgniarstwa paliatywnego – pani Ewa Maciejewska. Pielęgniarka w Hospicjum, która została wyznaczona do opieki nad naszą grupą zapoznała nas z organizacją placówki; jej logistyką i procedurami według których pracuje Zespół Hospicjum. Oprowadziła i przedstawiła zasady współpracy obowiązujące w Hospicjum Licheńskim. Hospicjum usytuowane jest na terenie sanktuarium w Licheniu Starym, w wyremontowanym dawnym budynku klasztorowym. W Hospicjum znajdują się 24 miejsca dla chorych, w salach 2–3 osobowych na trzech piętrach budynku, spełniające wszystkie wymogi technicznej sanitarne. Pracuje tu zespół ponad 50 osób gdzie opieką nad chorymi zajmują się psychologowie, lekarze specjaliści, pielęgniarki, fizjoterapeuci, wolontariusze, opiekunki medyczne, dietetyki i duszpasterze. Praca z chorymi polega na objęciu chorego opieką holistyczną, szczególnie nacisk położony jest na leczenie bólu. Codzienne czynności higieniczne, pielęgnacyjne, żywienie, spacerowanie wykonywane są na najwyższym poziomie i zgodnie obowiązującymi standardami w opiece paliatywnej. Niezwykle ważnym elementem opieki jest obecność drugiego człowieka przy chorym u schyłku życia, dlatego ogromną wagę zespół hospicjum przywiązuje do ścisłej współpracy z bliskimi, rodzinami pacjentów. Ułatwia to organizacja pokoi gościnnych usytuowanych w budynku przylegającym do hospicjum, co umożliwia towarzyszenie na miejscu bliskim choremu. Do hospicjum trafiają ubezpieczeni pacjenci na podstawie skierowania od lekarza, a kryterium przyjęcia jest rodzaj i stadium choroby z wykazu schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną osoby dorosłe.

Ciepłe, ciche, kolorowe miejsce w przepięknym miejscu jakim przedstawił nam się Licheń Stary w promieniach jesiennego słońca. Hospicjum Licheńskie to miejsce gdzie człowiek otoczony jest opieką do końca swoich dni.

Dziękujemy Dyrekcji i Pracownikom Hospicjum Licheńskiego za umożliwienie spotkania w placówce.

Bogumiła Snopek-Abramowicz

XII Konferencja Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2019”

W dniach 15–17 listopada 2019 roku odbyła się XII Konferencja Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2019” pod Patronatem Honorowym Ministra Zdrowia, Wojewody Łódzkiego Zbigniewa Rau, Marszałka Województwa Łódzkiego Grzegorza Schreibera, Prezydenta Miasta Łodzi Hanny Zdanowskiej, Rektora UM w Łodzi prof. dr hab. n.med. Radzisława Kordka, Naczelnicy Izby Lekarskiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Ratunkowej prof. dr hab. Jerzego Roberta Ładnego, Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego Grupy Beskidzkiej oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Miejscem Konferencji było Centrum Kliniczno-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Uroczyste otwarcie Konferencji odbyło się w auli wielofunkcyjnej Centrum Promocji Mody Akademii Sztuk Pięknych (ASP) w Łodzi. Wystąpili Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Konferencji „Kopernik 2019” dr hab. n. med. Dariusz Timler oraz zaproszeni goście. Przedstawiony został projekt CPR 5+ zachęcający wszystkich do tego, aby przeszkolili w zakresie RKO swoich pięciu sąsiadów lub bliskich przyjaciół. Wykład inauguracyjny krajowy „Nowe narkotyki jako aktualne zagrożenia zdrowia publicznego” wygłosił Tomasz Białas, Dyrektor Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi, Główny Inspektor Sanitarny. Wykład inauguracyjny zagraniczny „Emergency Medicine yesterday, today and tomorrow” przedstawił prof. Judith Tintinalli. Występ artystyczny zespołu Threedom uświetnił oficjalne otwarcie. Na Konferencję zarejestrowało się 816 osób z różnych regionów Polski i świata, tj. lekarzy specjalistów, ratowników medycznych, pielęgniarek specjalności w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, studentów i innych. Zaproszeni goście przybyli ze Stanów Zjednoczonych, Austrii, Francji, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Węgier oraz Ukrainy (Łucka, Lwowa i Tarnopola).



Dzień pierwszy

Tegoroczne sesje warsztatowe zorganizowane zostały pierwszego dnia Konferencji w Centrum Symulacji Medycznych UM w Łodzi. To tutaj, w symulowanych warunkach klinicznych, przy użyciu specjalistycznych fantomów i symulatorów można było zdobyć praktyczne umiejętności i uczyć się pracy zespołowej. Tematy warsztatów dotyczyły trudnej intubacji u dzieci i dorosłych, zakładania dostępu centralnego i doszpikowego na symulatorze, monitorowania parametrów życiowych za pomocą defibrylatora, ultrasonograficznej oceny wolemii w stanach zagrożenia życia. W trakcie trwania Konferencji można było zapoznać się z technikami linowymi, szkolenie przeprowadzone zostało przez specjalistów z GOPR na zewnątrz szpitala.

Dzień drugi

Sesja pierwsza poświęcona była toksykologii. Temat „Syntetyczne kannabinoidy naśladujące działanie marihuany” przedstawił Michael E. Mullins z USA. Z użyciem tych niebezpiecznych dla życia środków kojarzą się „ogniska” masowych ostrych zatruc. W 2014 roku w Rosji połączono kannabinoid MDMB – FUBINACA z ponad 600 zatruciami, w tym 15 zgonami, w ciągu dwóch tygodni. Substancje zidentyfikowano na początku 2016 roku – ostrzeżenie zdrowotne z systemu wczesnego ostrzegania EMCDDA. W Polsce w 2015 roku doszło do ponad 200 zatruc po wypaleniu produktu o nazwie „Mocarz”. Produkty zawierające syntetyczne kannabinoidy mogą powodować podniecenie/znaczące pobudzenie, urojenia/omamy, lęk/panikę, delirium, przewlekłą psychozę. Powodują bezpośrednie działanie nefrotoksyczne (ostre uszkodzenie nerek), natomiast pośrednio poprzez wpływ na układ krążenia zwiększają ryzyko

ostrego zespołu wieńcowego (OZW) – zawału serca oraz udaru mózgu.

Problem związany z występowaniem nowych środków psychoaktywnych (NSP=Dopalacze) w Polsce przybliżyła prof. Magdalena Łukasik-Głębocka. Obecnie system monitoruje około 670 substancji, przy czym każdego roku potwierdza się występowanie około 400 z nich. Wykaz substancji pojawiających się na rynku narkotykowym nieprzerwanie rośnie – co tydzień w Europie zgłaszana jest przynajmniej jedna dodatkowa nowa substancja psychoaktywna.

Ważny temat „NSP prowadzące do myśli samobójczych i samobójstw” poruszył mgr Maciej Przycki. Większość substancji zawarta w środkach, roślinach, zwierzętach jest praktycznie nie wykryta przy przeprowadzaniu standardowych badań, dlatego tak trudno często stwierdzić co jest przyczyną określonych objawów, z którymi spotyka się personel medyczny szczególnie wśród młodzieży, jak i dorosłych. Narkotyki są dostępne przeważnie w postaci proszku, ktoś zatrzymuje drugą osobę pod pozorem pytania o drogę, wyciąga np. mapę posypaną narkotykiem lub przekazuje go w nasączonym wizytówce. Następnie za pomocą jednego szybkiego uderzenia substancji ofiara zaczyna powoli tracić całą siłę woli. Takie sytuacje występują po zażyciu np. bielunia dziedzierzawy, potocznie nazywanego „oddechem diabła”. Jest to jeden z najcięższych środków narkotycznych w Polsce, powodujący bardzo duże spustoszenie w układzie nerwowym. Poraża już swoim mocnym, słodkawym, bardzo charakterystycznym zapachem. Jednak dla osób eksperymentujących to za mało, dlatego najczęściej sięgają po brunatno-czarne nasiona, potocznie nazywane „haszyszem Targówka”. Działanie ich powoduje liczne psychozy do stanów lękowych włącznie, często przy dużych dawkach występują myśli samobójcze i samookaleczanie się.



Znane są również przypadki stosowania w Polsce narkotyku GENKEM. Nazwa wywodzi się od marki klejów, które miały stać się nazwą rodzajową dla wszystkich klejów stosowanych przez dzieci do celów narkotycznych w Południowej Afryce, skąd narkotyki pochodzą i jest najbardziej popularny na kontynencie afrykańskim. Wdychanie gazów takich jak te wytwarzane z GENKEM (czyli z własnych odchodów) może również spowodować niedotlenienie, brak przepływu tlenu do organizmu, prowadzi też do euforii powodując, że człowiek staje się odważny ponad normę. Nie zdając sobie sprawy z konsekwencji pragnie stać się np. ptakiem skacząc z dachu. Dzieci najczęściej w wieku szkolnym, jak również młodzież w szkołach średnich, odurzają się w ten sposób na zasadzie eksperymentowania.

Cudowna ryba (wonderful fish) halucynogenna – arpa salpa przypomina efekty działania LSD. Niepozorna rybka zawiera w sobie dość potężną dawkę dimetylotryptaminy (DMT), jednej z najbardziej tajemniczych psychodelicznych substancji, którą raczyli i raczą się szamani na całym świecie. Stan halucynacji potrafi utrzymać się nawet przez okres kilku dni. Początkowa euforia przeradza się w stany lękowe prowadzące do myśli samobójczych. Ze względu na właściwości, które zawiera mięso tej ryby zaczęto ją hodować w akwariach. Podobne działanie ma bufotenina – substancja produkowana przez gruczoły ropuchy z gatunku *bufo alvarius* i *bufo marinus*. Jej jad ma działanie zbliżone do substancji zawartej w grzybach halucynogennych. Osoba będąca pod wpływem tego typu substancji, przedmioty gorące uważa za zimne i odwrotnie. Dlatego dochodzi często do poparzeń tzw. „wejść w ogień”. Stosowanie również przez palenie skóry ropuchy lub wysuszonego jej śluzu powoduje halucynacje i efekty psychotyczne. Brak orientacji przestrzennej powoduje stany lękowe i myśli samobójcze. W Polsce stosuje się ją poprzez „lizanie grzbietu”, który zawiera gruczoły jadowe. Psychodeliczne mogą być również grzyby, a w tej grupie najbardziej toksyczne są świeże grzybki halucynogenne. Halucynacje po zażyciu grzybów mają charakter wizji, które często powodują samobójstwa. Jezdnia staje się łąką – osoba nie będąca świadomą tego co robi, wchodzi

na ruchliwą jezdnię ginąc pod kołami samochodu. Staw lub jezioro staje się wspaniałym górskim szlakiem, który chcemy przejść i zwiedzić.

„Nowe środki psychoaktywne w raporcie Głównego Inspektora Sanitarnego 2017–2018” omówiła prof. Anna Krakowiak z Kliniki Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr Jerzego Nofera w Łodzi. Zebrane dane przez GIS do Ośrodka Kontroli Zatruc w Warszawie, który dodatkowo przyjmuje zgłoszenia z innych źródeł: z wojewódzkich wydziałów zdrowia, stacji pogotowia ratunkowego oraz sporadycznie z oddziałów szpitalnych. Najwięcej zgłoszonych zatruc/podejrzeń zatruc w Polsce w 2018 roku było w województwie śląskim (1117), województwo łódzkie plasuje się na niechlubnym drugim miejscu (1094) w grupach wiekowych 19–24 lata oraz 30–39 lat. Liczba zgłoszonych zgonów wyniosła aż 162, co jest zaskakujące. Bieżące śledzenie liczby zatruc/podejrzeń zatruc NSP daje możliwość uchwycenia zmian i trendów w tym zakresie, zarówno pod względem ogólnej liczby interwencji medycznych w skali kraju i na terenie poszczególnych województw, jak i liczby zdarzeń w poszczególnych grupach wiekowych. Umożliwia podejmowanie odpowiednich działań przez służby odpowiedzialne za nadzór nad NSP, przede wszystkim pionu Inspekcji Sanitarnej. Nie bez znaczenia są działania innych służb – policji, prokuratury, służb celnych, czy inspekcji skarbowej, na różnych etapach pojawiania się i obecności na rynku substancji niebezpiecznych dla życia i zdrowia.

Kolejnym prelegentem był dr Eryk Matuszkiewicz z Oddziału Toksykologii z Ośrodkiem Informacji Toksykologicznej Szpitala Miejskiego im. Fr. Raszei w Poznaniu. W niezwykle ciekawy sposób zapoznał uczestników Konferencji z problemem jakim są zatrucia środkami odurzającymi. Coraz częściej mamy do czynienia z zatruciami syntetycznymi opioidami, do których należą pochodne fentanylu (obecnie zidentyfikowano 10 analogów fentanylu) oraz związki o innej budowie chemicznej: MT-54, AH-7921 i jego analogi U-47700 i U-4990. Są to agonści receptorów opioidowych μ o znacznej sile, np. karfentanylu 10 000 razy silniejszy w porównaniu z morfina. Obraz zatrucia przypominają zatrucie morfina/

heroiną. Według Europejskiego Raportu Narkotykowego z 2019 roku nowe opioidy stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia indywidualnego i publicznego.

Sesja druga dotyczyła Intensywnej Terapii Medycyny Ratunkowej. Wskazówki praktyczne dotyczące wstrząsu u dzieci, rodzaje wstrząsu oraz ogólne zasady leczenia przedstawił prof. Andrzej Piotrowski z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CZD w Warszawie.

Sesja trzecia dotyczyła Symulacji Medycznej, która jest istotnym elementem w Medycynie Ratunkowej ze względu na specyfikę pracy w tej gałęzi medycyny. Wynika to z faktu, że pacjenci znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia, a skuteczność postępowania personelu zależy od szybkości, trafności i zdecydowania całego zespołu. Takie umiejętności wymagają nieustannego powtarzania i doskonalenia, co jest możliwe dzięki ośrodkom szkoleniowym, zwłaszcza Centrom Symulacji Medycznych, które w ostatnich latach rozwijają się w sposób bardzo dynamiczny. Swoimi doświadczeniami w tym zakresie podzielili się dr Abdo Khoury z Francji, Lukasa Drabauera z Austrii oraz Daniela Lehman. Edukacja w Centrach Symulacji zapewnia: uczenie się w sprzyjających warunkach (bez ryzyka), powtarzalność, rozwój umiejętności technicznych i nietechnicznych, uzyskanie informacji zwrotnych (debriefing). Ponadto jest skoncentrowana na potrzebach uczącego się oraz znosi barierę milczenia.

Wyróżnia się kategorie symulacji: werbalną, trenażery, pacjent standaryzowany, pacjent wirtualny oraz elektroniczny. Powyższe sposoby nauczania wykorzystuje się w celu edukacji społeczeństwa, nauczania studentów, szkolenia zespołów, testowania organizacji pracy oraz poszukiwania nowych rozwiązań. Skutkuje to wzrostem bezpieczeństwa oraz jakości świadczonych usług medycznych, zmniejsza ilość popełnianych błędów, a co za tym idzie redukuje koszty.

W sesji czwartej, która dotyczyła Kardiologii Ratunkowej poruszono kwestię krótkotrwałej utraty przytomności na podstawie nowych europejskich i amerykańskich wytycznych z perspektywy Izby Przyjęć i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Przykłady kliniczne pacjentów z ostrym rozwarstwieniem aorty typ A omówiła prof. Dorota Zysko.

W sesji piątej, poświęconej zarządzaniu w medycynie ratunkowej, poruszono kwestię komunikacji, która odgrywa kluczową rolę w pracy zespołowej. Umiejętności miękkie, czyli tzw. non-technical skills (NTS) są znaczące w powodzeniu akcji resuscytacyjnej. Szacunkowo 70–80% błędów medycznych jest popełnionych na skutek nieefektywnego wykorzystania zdolności nietechnicznych. Europejska Rada Resuscytacji kładzie duży nacisk na szkolenia personelu w tym zakresie, ponieważ niedostateczna wymiana informacji przyczynia się do spadku wydajności zespołu oraz zmniejsza przeżywalność pacjentów. Do umiejętności nietechnicznych zalicza się: indywidualne zdolności komunikacyjne, umiejętności poznawcze, świadomość sytuacyjną, wykorzystywanie zasobów (czas, sprzęt), decyzyjność, szeroko rozumianą pracę w zespole, nadzór i kierowanie zasobami ludzkimi, zarządzanie zadaniami. Równie ważne są cykliczne szkolenia i dyscyplina, co podkreślał dr Krzysztof Chmiela w wystąpieniu dotyczącym zabezpieczenia medycznego podczas „Red Bull Air Racing”.

Obecnie odchodzi się od autorytarnego modelu zarządzania na rzecz autonomicznego zespołu, w którym lider zajmuje się koordynacją, zarządzaniem zadaniami i utrzymaniem globalnej kontroli, a co za tym idzie poprawą bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Duży nacisk kładzie się na wydawanie jasnych poleceń, zapewnienie klarowności sytuacji oraz motywowanie zespołu, aby każdy jego członek miał świadomość działań priorytetowych i przewidywał kolejne kroki, postępował zgodnie z wytycznymi/standardami, działał z opanowaniem i kontrolą, zgłaszał nieprawidłowości oraz adoptował się do zmian sytuacji. Zaleca się stosowanie debriefingu, gdzie można wymienić się spostrzeżeniami na temat czynności wykonanych prawidłowo oraz tych, które wymagają poprawy. Wspominał o tym prelegent dr Grzegorz Cebula w swoim wykładzie. Podkreślał, że przyczyną nieprawidłowego postępowania jest czynnik ludzki, czyli nadmierna pewność siebie, zmęczenie, zdenerwowanie, stres, rozkojarzenie, choroba, presja czasu. Dlatego w sytuacjach wątpliwych warto zastanowić się razem z współpracownikami nad rozwiązaniem problemu, czyli tzw. 10 sekund dla 10 minut. Nie tylko poprawia to bezpieczeństwo, ale także wzmacnia zaufanie, odpowiedzialność i zaangażowanie całego personelu.

Odpowiednia komunikacja powinna opierać się na zamkniętej pętli zwrotnej. Użycie tego narzędzia daje pewność wykonania wszystkich niezbędnych procedur. W tym procesie pomocne jest stosowanie check-lists, np. lista SPEEDBOMB stosowana wobec zaleceń poprawy bezpieczeństwa intubacji przedszpitalnej. Szeroko na ten temat wypowiedział się prelegent dr Tomasz Derkowski w sesji szóstej. Prezentowany film wykonania tej procedury uzmysłowił słuchaczom jak ważne, szybkie i skuteczne jest zastosowanie check-list w połączeniu z komunikacyjną pętlą zwrotną, polegającą na jasnym wydawaniu poleceń przez lidera i otrzymaniu odpowiedzi od asystenta o ich zrozumieniu i wykonaniu we właściwej kolejności. Akronim SPEEDBOMB oznacza przed intubacją: S – ssak, P – pozycja, E – sprzęt, E – EtCO₂, D – leki, B – alternatywy, O – tlen, M – monitor, B – briefing; natomiast po intubacji: S – umocuj



rukę, P – pozycja rurki, E – EtCO₂, E – wezłowie, D – leki, B – worek Ambu, O – tlen, M – monitor, B – gazometria.

Także stosowanie systemu SBAR lub RSVP jest przydatne w skutecznej wymianie informacji. Powyższe akronimy oznaczają: S – Situation (sytuacja), B – Background (okoliczności), A – Assessment (ocena), R – Recommendation (zalecenia) lub R – Reason (powód), S – Story (wywiad), V – Vital signs (parametry życiowe), P – Plan (plan) umożliwiają krok po kroku przedstawienie istoty problemu (z uwzględnieniem wywiadu, parametrów życiowych, zastosowanych zabiegów diagnostycznych/leczniczych) w celu uzyskania porad bądź przekazania pacjenta. Kolejnym tego typu przykładem jest protokół ATMIST, służący raportowaniu stanu pacjenta urazowego.

Zagadnienia związane z obrażeniami ciała zostały przedstawione w sesji siódmej. Prof. Lisa Moreno-Walton z USA omówiła aktualne wytyczne Advanced Trauma Life Support z 2018 r. Według zaleceń maksymalna podaż płynów (wyłącznie krystaloidów) u pacjentów urazowych, znajdujących się we wstrząsie hipowolemicznym, wynosi 1 L. Badania naukowe dowodzą, że infuzja płynów powyżej 1,5 l jest obciążona zwiększoną śmiertelnością. Podkreśla się rolę masywnej transfuzji krwi, którą definiuje się jako przetoczenie >10 jednostek krwi w ciągu 24 godz. lub > 4 jednostek w ciągu 1 godz. ATLS zaleca także podaż kwasu traneksamowego w ciągu 3 godz. od urazu w dawce 1 g iv w czasie 10 min; dawka podtrzymująca to 1 g podawany w ciągu 8 godz.

W swoim wykładzie prof. Moreno podkreślała również, jak problematyczne jest określanie punkcji w skali GCS. Jednakże jej oznaczenie jest niezmiernie ważne, gdyż nie tylko umożliwia wstępną ocenę stanu świadomości, lecz także jest wskaźnikiem poprawy bądź pogorszenia stanu zdrowia pacjenta.

Spostrzeżeniami na temat Damage Control Surgery w swojej praktyce w Centrum Urazowym w Londynie podzielił się dr Nicholas Bunker. Podstawowym zadaniem DCS jest ustabilizowanie stanu pacjenta poprzez kontrolę krwawienia/skażenia, zaopatrzenie urazów stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia zanim wyczerpią się mechanizmy kompensacyjne ustroju. Następnym krokiem jest zapobieganie/leczenie kwasicy, koagulopatii oraz hipotermii (określanych jako death triangle/the

lethal triad). Dopiero wtedy możliwe jest wdrożenie uzupełniającej/ostatecznej terapii chirurgicznej.

Poruszone zostały również tematy, tj. obrażenia miednicy, opatrywanie złamań żeber w obrażeniach wielonarządowych, ciężkie obrażenia głowy oraz organizacje i realizacje szkolenia ratowników medycznych w Ukrainie.

Dzień trzeci

W sesji pierwszej przedstawiono badania naukowe w języku angielskim, które mogą zmienić praktykę medycyny ratunkowej „Intensywna terapia” i „Inne niż intensywna terapia” – prof. Gary Gaddis (USA). Wskazówek dotyczących ultrasonografii na SOR udzielił prof. Dan O’Brian.

Sesja druga poruszała problemy kardiologiczne w praktyce SOR. Praktycznych wskazówek dotyczących pacjentów onkologicznych w trakcie chemioterapii zgłaszających się na SOR udzielił prof. Grzegorz Piotrowski. Pacjenci z chorobą nowotworową często mają podwyższony poziom troponinu. Problemem jest rozpoznanie w tej grupie pacjentów zawału mięśnia sercowego lub jego wykluczenie. Pacjent z nowotworem nie czuje bólu, ma zupełnie wyłączony, bądź obniżony próg bólu, ponieważ przyjmuje leki przeciwbólowe. Pacjenci z rozpoznaniem ostrym zespołem wieńcowym mają kruche naczynia krwionośne spowodowane przyjmowaniem leków przeciwnowotworowych, występuje małopłytkowość, często występują też krwawienia. Czynnikiem wpływającym na wydłużenie odstępu QT i TdP jest sama terapia nowotworu (klasyczne cytostatyki, kinazy tyrozynowe, tlenek arsenu, interferony, interleukina-2). Środowisko pacjenta chorego onkologicznie jest środowiskiem silnie arytmogennym z powodu przyjmowania przez nich wielu różnych leków m.in. antydepresyjnych, przeciwpsychotycznych, przeciwgrzybiczych, przeciwwymiotnych, antyhistaminowych, antybiotyków. Przyczynami zgonów pacjentów nowotworowych oprócz choroby nowotworowej są kacheksja (wyniszczenie), choroby sercowo-naczyniowe (zakrzepowo-zatorowe/hematologiczne).

Kolejnym prelegentem był prof. Jacek Gajek, który przybliżył temat „Ostrej fazy zespołu chorej zatoki”, jako szeregu zaburzeń funkcji nadrzędnego rozrusznika serca objawiających się stałym lub okresowym zwolnieniem rytmu serca w spoczynku i niezdolnością do przyspieszenia rytmu w czasie wysiłku.

Bardzo ciekawym tematem w sesji trzeciej poruszonej przez prof. Jarosława Berenta, był temat „Dlaczego pacjenci z delirium umierają?”. Z „Excited delirium” mamy do czynienia w przypadku osób będących w stanie delirium, czyli zaburzeń świadomości, którym towarzyszą halucynacje czy omamy wzrokowe, uniemożliwiające prawidłowy odbiór rzeczywistości. Należą do nich osoby pod wpływem narkotyków (szczególnie kokainy, amfetaminy i jej pochodnych) i dopalaczy (szczególnie katynony) oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi (szczególnie ze schizofrenią i ostrym epizodem maniackalnym w przebiegu choroby dwubiegunowej), gdy odstawiają stosowane leki. Zwykle takim stanom towarzyszą napady agresji, choć wcale nie muszą pojawić się u każdego. Pod wpływem nagłego wybuchu

niekontrolowanych emocji osoby z „excited delirium” mogą wybijać szyby w oknach, wybiegać na ulicę lub wpadać pod nadjeżdżające samochody – zachowują się dziwnie i działają bez żadnego planu. Często wydaje się, że posiadają nadprzyrodzone siły, mogą dosłownie „przenieść góry” – podczas rażenia ich paralizatorem lub używania w stosunku do nich siły fizycznej – wydają się być obojętni na ciosy, zdają się ich nie odczuwać. Niezbędna jest im szybka interwencja policji oraz pomoc medyczna, ponieważ stanowią zagrożenie nie tylko dla swojego otoczenia, ale również dla samego siebie. Powinni być natychmiast przetransportowani do szpitala, w którym zostaną im podane przymusowo środki uspokajające, dzięki którym będą mogli się „wyciszyć” tj. benzodiazepinę szybko działającą – Midanium (domięśniowo, dożylnie, donosowo – off label). Im dłuższa jest zwłoka, bądź atakowanie pacjentów w fazie pobudzenia przez funkcjonariuszy (obezwładnianie i unieruchamianie), tym wyższe ryzyko, że u osoby z takimi objawami dojdzie do zatrzymania krążenia i oddechu, a w efekcie do nagłego zgonu (wydłużenie odstępu QT i zagrażająca życiu arytmia w zapisie EKG). Resuscytacja najczęściej kończy się niepowodzeniem (adrenalina w takich przypadkach nie zadziała). Charakterystyczne jest to, że w trakcie sekcji nie stwierdza się ewidentnych śladów urazu lub choroby naturalnej, które tłumaczyłyby przyczynę zgonu.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego takiego, jak przytrzymanie i przymusowe podanie leków, jak również unieruchomienie oraz izolacja może nastąpić na zasadach określonych w art.18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (tj. z dnia 5 kwietnia 2017 r. Dz. U. z 2017 r. poz. 882 ze zm. Dz. U. z 2018 r. poz. 138). Podanie leku następuje w takiej sytuacji bez zgody danej osoby, a więc zarówno, gdy nie może on świadomie podejmować decyzji, jak i, gdy sprzeciwia się takiemu zabiegowi. O podaniu leku decyduje lekarz, ratownik bądź pielęgniarka, a policja jest zobowiązana do udzielenia pomocy.

W sesji tej omówiono również tematy, tj. stan padaczkowy, groźne interakcje lekowe i działania niepożądane w populacji geriatrycznej, polski rejestr przedszpitalnego i wewnątrzszpitalnego nagłego zatrzymania krążenia (NZK), transport neonatologiczny – wskazówki zalecenia.

Sesję czwartą – Młodych Lekarzy, poprowadzili prof. Michał Marczak, reprezentujący studia podyplomowe Inter Doktor Men oraz prof. Rafał Kubiak, który przybliżył zagadnienia karno-prawnej ochrony lekarza na SOR. Coraz częściej mamy do czynienia z przejawami agresji wobec pracowników medycznych pracujących na SOR, tj. agresja słowna: obrażanie pracowników, ich rodzin, podważanie kwalifikacji, agresja fizyczna słabsza niż uderzenie: popychanie, oplucie, szarpnięcie, rzucanie różnymi przedmiotami, strącenie okularów, podstawienie nogi, ciągnięcie za włosy, wylewanie różnych substancji groźby, straszenie przez pacjentów, agresja fizyczna: pobicia, duszenie. Przyczynami agresji są: odmowa wydania orzeczenia o niezdolności do pracy, zaświadczenia, recepty, skierowania na badania, odmowa przyjęcia do szpitala, niespełnienie życzeń pacjenta lub jego krewnych, niezadowolone

z opieki, pracy szpitala, poziomu świadczeń np. zbyt długie oczekiwanie na przyjęcie na oddział, złe warunki na oddziale, późny przyjazd karetki, nietrzeźwość pacjenta, wpływ narkotyków, nieskuteczność terapii, zły stan zdrowia lub pogorszenie stanu zdrowia. Zakres karnoprawnej ochrony dotyczy m.in. ochrony wolności: groźba karalna (art. 190 K.k.), zmuszanie (art. 191 K.k.), ochrony czci i nietykalności cielesnej: zniesławienie (art. 212 K.k.), znieważenie (art. 216 K.k.), naruszenie nietykalności cielesnej (art. 217 K.k.), ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego: znieważenie (art. 226 K.k.), naruszenie nietykalności cielesnej (art. 222 K.k.), czynna napaść (art. 223 K.k.).

Poruszono również problem szczepień ochronnych wśród studentów medycyny – bezpieczeństwo w praktyce na podstawie ankiet 252 respondentów na UMED Łódź i 48 respondentów na niemedycznych studiach. Wyniki przedstawił student Wojciech Timler. Większość respondentów nie szczepi się wcale, bądź szczepi się tylko okazjonalnie. Dwóch studentów było przekonanych, że jednorazowe szczepienie chroni przed wirusem grypy na całe życie, jedna osoba jako powód nieszczepienia się podała zawartą w szczepionkach rtęć oraz ryzyko autyzmu. Istnieje pilna potrzeba promowania szczepień m.in. przeciwko grypie wśród studentów i młodzieży oraz walki z fałszywymi stwierdzeniami w mediach o szkodliwościach szczepionek. Lekarze powinni się regularnie szczepić, aby dawać dobry przykład młodym kolegom po fachu. Należy również rozważyć opcję wprowadzenia obowiązkowości szczepień przeciwko grypie.

W sesji piątej omówiono również ocenę studentów szóstego roku medycyny odnośnie różnych form nauczania RKO, wybrane elementy bezpieczeństwa w medycynie ratunkowej oraz różne metody postępowania w przedszpitalnej i szpitalnej fazie w przypadku „srebrnego urazu”.

Podsumowując, XII Konferencja „Kopernik 2019” ciesząca się od lat ogromnym zainteresowaniem, o dużym potencjale edukacyjnym ukierunkowana była na kształcenie w zakresie medycyny ratunkowej. Dzięki szkoleniom warsztatowym, obecności wielu znakomitych gości z kraju i zagranicy pozwoliła na wymianę doświadczeń naukowo-badawczych w miłej i przyjaznej atmosferze.

<https://www.youtube.com/watch?v=RJPz5wASDdA>

<https://www.youtube.com/watch?v=fimZs-mgi2I>

Już w przyszłym roku, w dniach 13–15 listopada 2020 r. odbędzie się kolejna XIII Konferencja Medycyny Ratunkowej „Kopernik 2020” – Co możemy zrobić lepiej? (CKD, ul. Pomorska 251, Aula 1000). Tematami przewodnimi będą zdarzenia niepożądane, zgony do uniknięcia, powikłania oraz trudne przypadki w medycynie ratunkowej. W imieniu dr Dariusza Timlera serdecznie zapraszamy.

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

Wycieczka do Poznania

ELŻBIETA KRÓL

Na pierwszą w tym roku wycieczkę (27 kwietnia 2019 r.) zaplanowaną przez panią Małgorzatę Dzierżawę jedziemy do stolicy Wielkopolski – miasta Poznania. Przewodnikiem, który nas poprowadzi jest pan Paweł Szmidt. Poznań to miasto atrakcyjne turystycznie. Styka się tu ze sobą tradycja grodu, który wraz z Gniezmem i Ostrowem Legnickim pełnił funkcję stolicy Polski, ze współczesnością tętniącej życiem metropolii. Atmosferę miasta tworzą m.in. liczne zabytki prezentujące szeroką gamę stylów od romantyzmu do secesji. Poznań jest także ważnym ośrodkiem akademickim.

Wjeżdżając do miasta wita nas mieszkaniowe osiedle Czecha, jedno z wielu „sypialni”, gdzie nie ma nazw ulic, tylko numery bloków i lokali.

Pierwszym obiektem w naszej wędrówce jest Muzeum Narodowe w Poznaniu. Jest to jedno z najstarszych, największych i najważniejszych polskich muzeów. Zobaczymy tu jedną z najbogatszych kolekcji sztuki w Polsce, która obejmuje zbiory Fundacji Raczyńskich i Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauki (zbiory Mielżyńskich).

W galerii sztuki europejskiej liczącej ponad 2000 dzieł malarstwa i rzeźby są prace włoskiego renesansu m.in. Sofonisty Anguissola „Gra w szachy” z 1555 r. Obraz przedstawia trzy siostry i ich opiekunkę. Są to kobiety w różnym wieku: dziewczynka, młoda kobieta, dorosła kobieta i w wieku starszym opiekunka.

Jest tu bogaty zbiór malarstwa szkół północnoeuropejskich, mistrzów holenderskich i flamandzkich z XVII w., najbogatsza i najcenniejsza kolekcja malarstwa hiszpańskiego oraz niemieckiego. Wyjątkowe płótno w galerii poznańskiej to słynna „Plaža w Pourville” 1882 r. C. Moneta, jedyne w Polsce dzieło tego wybitnego twórcy francuskiego impresjonizmu.

Zwiedzamy galerię sztuki polskiej XVI–XVIII w. Liczy ona blisko 700 zabytków malarstwa i rzeźby. Jest zbiorem bardzo zróżnicowanym. Na całokształt kolekcji składają się portrety reprezentacyjne oraz trumienne i epitafile, blachy herbowe oraz inskrypcyjne. Galerię tę tworzą zbiory Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauki, Muzeum Wielkopolskiego oraz eksponaty należące do Fundacji im. Raczyńskich.

Galeria sztuki polskiej koniec XVIII–XIX w. składa się blisko 2200 obrazów i rzeźb. Godne wyróżnienia są obrazy P. Michałowskiego; kolekcja M. Gierymskiego i J. Chełmońskiego, urzekające pastele St. Wyspiańskiego. Arcydzieło malarza J. Malczewskiego „Błędne Koło” 1895–1897 jest wizytówką



muzeum okresu Młodej Polski. Przedstawia fantastyczną scenę splecionych w tanecznym kręgu satyryków, nagich postaci w szynelach i kajdanach oraz chłopów w krakowskich strojach. Zawiera ważne wątki małopolskiego symbolizmu – narodowej martyrologii i folkloru. Obrazy St. Wyspiańskiego „Śpiący Staś” (1904 r.) i „Śpiący Mietek” (1902 r.) urzekły nas i wzruszyły.

Kolejny etap naszej wycieczki to Ostrów Tumski. Jest to wyspa otoczona korytem rzeki Warty i Cybiny. Tu wybudowano pierwszy Kościół Katedralny pw. św. Piotra w 968 r. To miejsce w Poznaniu to najstarsza część miasta, jest jedynym z prawdopodobnych związanych z chrztem Polski. Po zniszczeniu tej świątyni powstał kościół murowany z kostki granitowej w latach 1034–1038, następnie w XIV i XV w. powstała katedra gotycka, którą w 1622 r. strawił pożar. W roku 1772 katedra otrzymała nowy wystrój wnętrza i elewację w stylu neoklasycyżmu. W czasie II wojny światowej w 1945 r. pożar zniszczył 65 proc. obiektu. Po wojnie odbudowano katedrę zachowując cechy gotyckiej budowli. Nawa główna wraz z prezbiterium, ambitem i Złotą Kaplicą ma 72 m długości i 36 m szerokości z bocznymi nawami i kapliczkami. Okna w prezbiterium wypełniają witraże z wizerunkami Najświętszej Marii Panny – Matki Kościoła Patronów Bazyliki oraz sceny związane z dziejami Polski i miasta Poznania. Prawdziwym klejnotem katedry jest wielki ołtarz-poliptyk, dzieło wybitnych mistrzów śląskich z przełomu XIV–XV w., pochodzący prawdopodobnie z warsztatu wrocławskiego. Ołtarz główny pochodzi z kościoła farnego z Góry Śląskiej i przedstawia w centrum Matkę Boską w otoczeniu św.

Katarzyny i św. Barbary oraz dwunastu świętych niewiast. Na zewnętrznych skrzydłach ołtarza jest osiem obrazów ukazujących Mękę Pańską. Pod główną wnęką ołtarza jest predella, gdzie umieszczono postacie Chrystusa i dwunastu apostołów podczas Wieczerzy Pańskiej. Wypożyczenie w nawie głównej dopełniają wybitne dzieła baroku: ambona z 1720 r. i chrzcielnica, a także gotyckie stalle. W prezbiterium w posadce nawy głównej z okazji Wielkiego Jubileuszu Chrześcijaństwa roku 2000 wmurowano płytę z brązu upamiętniającą Biskupa Jordana – pierwszego biskupa Polski. W Katedrze znajduje się piętnaście kaplic bocznych.

Kaplica św. Marcina w której mieści się cenne dzieło Krzysztofa Boguszewskiego obraz św. Marcina z 1628 r.

Kaplica św. Józefa mieści się w niej pomnik poświęcony ofiarom II wojny światowej – „Kapłanom i wiernym niezłomnej miłości Boga i Ojczyzny, aż do śmierci męczeńskiej w obozach koncentracyjnych”.

Kaplica św. Cecylii posiada ołtarz z obrazem świętej dzieło z 1600 r. oraz barokowy nagrobek z 1652 r. Zygmunta Raczyńskiego.

Królewska Kaplica zwana Złotą urządzona jest jako Mauzoleum Królewskie pierwszych władców Polski. W ołtarzu znajduje się mozaikowy obraz Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny. Po prawej stronie znajduje się sarkofag ze szczątkami Księcia Mieszka I i Króla Bolesława Chrobrego. Naprzeciwko sarkofagu jest pomnik obydwu władców. Piękno Złotej Kaplicy dopełnia mozaikowa posadzka dzieło Salandriego z Wenecji.

Kaplica Matki Boskiej Częstochowskiej i św. Jana Pawła II – w ołtarzu znajduje się obraz Matki Boskiej. Pod ołtarzem umieszczono Relikwie św. Jana Pawła II.

Katedra posiada pięć gotyckich i wczesnorenesansowych płyt nagrobnych wykonanych ze spiżu. W czasie II wojny wszystkie zostały zrabowane i wywiezione. W 1993 r. wróciły na swe miejsce do katedry poznańskiej.

W podziemiach znajdują się fragmenty katedry preromańskiej i romańskiej, a także relikty grobowców najprawdopodobniej pierwszych władców Polski Mieszka I i króla Bolesława Chrobrego oraz relikty misy chrzcielnej pochodzącej z X w., w której mógł odbyć się chrzest władcy Polski wraz z poddanymi. W drugiej krypcie spoczywają doczesne szczątki arcybiskupów poznańskich.

Najstarsza w Polsce katedra jest milenijnym pomnikiem kultury chrześcijańskiej, nazwana przez Papieża Jana XXIII w dokumencie podnoszącym ją do godności Bazyliki Mniejszej „Ozdobą Poznania”. W czerwcu 1983 r. gościła następcę św. Piotra Ojca Świętego – Jana Pawła II. To wspaniale, że w czasie wycieczki mogliśmy zwiedzić ten cenny obiekt kultury polskiej i ze słów przewodniczki nowoczesnym przekaznikiem audio-słuchawek usłyszeć jej bogatą historię.

Na wyspie Ostrów Tumski zwiedzamy również rezerwat archeologiczny – Genius Loci. Oryginalne relikty fortyfikacji grodu poznańskiego ukazane w najnowszych technologiach

multimedialnych. Na wyspie Ostrów, przy której dziś jest Poznań, tysiąc lat temu znajdował się jeden z najważniejszych ośrodków powstającego wówczas państwa polskiego. Spotykamy się tu z relikwiami niezwykłych założeń konstrukcyjnych warowni poznańskiej. Przed wiekami nasi przodkowie, ludzie obdarzeni wielką charyzmą, potrafili wspaniale wcielić w życie idee i organizować szczytne cele, z których kolejne pokolenia mogą czerpać inspiracje do pomysłów. Oglądamy przekrój konstrukcji wału obronnego. Potęga umocnień, rozmiary i wielocłonowość grodu poznańskiego, sposób zabudowy określano terminem Pfalz, gdzie przebywał władca z kilkusetosobową świtą. W drugiej połowie X w. Księżą dysponował w grodzie poznańskim kamiennym palatium z wyodrębnioną salą recepcyjną, kancelarię i skarbcem oraz kamienną kaplicą pałacową do której przylegał drewniany budynek pracowni złotniczej. Oglądane przekroje stanowią zapis procesów toczących się przez stulecia. Każda ingerencja człowieka zmienia struktury ziemi i stanowi dowód jego obecności. Archeolog odczytuje ślady, które są źródłem poznania przeszłości. Historię grodu poznańskiego sięgającą X w. można śledzić w nowoczesnej sali audiowizualnej. Z tego historycznego miejsca wędrujemy do rejonów nam współczesnych na Stary Rynek miasta Poznania. To trzeci co do wielkości centralny plac miejski w Polsce. Został zniszczony w trakcie II wojny światowej, odbudowany zgodnie z pierwotnymi planami. W centralnej części rynku obok kamieniczek stoi renesansowy Ratusz, który swój obecny wygląd zawdzięcza przebudowie z lat 1550–1560. Wówczas to architekt włoski Jan Baptysta Quadro rozbudował go i podwyższył nadając formę renesansową.

Mistrz Bartłomiej Wolf jest wykonawcą zegara z koziołkami, który wzbudza zawsze emocje u dzieci i dorosłych. Ratusz jest najbardziej reprezentacyjną budowlą miasta i znaną atrakcją. Oglądamy przepiękne kolorowe kamieniczki z charakterystycznymi podcieniami, które kiedyś zamieszkiwali poznańscy patrycjusze. W czerwcu w mieście odbywają się Targi Poznańskie, a na Starym Rynku Jarmark Świętojański.

Ostatnim obiektem zwiedzania jest Fara Poznańska -Bazylika Kolgiacka przy ul. Klasztornej 11 pod wezwaniem Matki Boskiej Nieustającej Pomocy, św. Marii Magdaleny i św. Stanisława biskupa.

Kościół zbudowali Jezuita w XVII w. Jest on jednym z najcenniejszych zabytków baroku w Polsce. Budowla wprost przytłacza zdobieniami, rozmachem i przestrzenią. Słynie ona z XIX-wiecznych organów złożonych z 2600 piszczałek. O jakości organów przekonać się można podczas cotygodniowych koncertów muzyki organowej.

Kończymy zwiedzanie upojeni bardzo odległymi dziejami miasta, obcując ze śladami pierwszych władców naszej ojczyzny oraz bogatą sztuką z Muzeum Poznańskiego. Zachwylił nas Poznań, ale wracamy do naszej Łodzi przy słowach piosenki, którą zaśpiewał nam nasz przewodnik Pan Paweł.

Elżbieta Król

Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych przy OIPiP w Łodzi



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

Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

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

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

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

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

Przypominamy o obowiązku dokonania wpisu do rejestru:

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

Członkowie samorządu są obowiązani:

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

*Są pożegnania, na które nigdy nie będziemy gotowi.
Są słowa, które zawsze wywoływać będą morze łez.
Są takie osoby, na myśl o których zawsze zasypie nas lawina wspomnień*

Ze smutkiem żegnamy
Przełożoną Pielęgniarek
Przychodni Specjalistycznych
Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego
im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim

śp. Bożenę Konieczko

Koleżanki Pielęgniarki i Położne



UPRAWNIENIA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

Członkowie samorządu mają prawo:

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

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

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

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

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

- ▶ **pomocy finansowej w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych członków samorządu**

Zasady udzielania zapomóg w ramach działalności OIPIP w Łodzi określone zostały Uchwałą nr 908/VI Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 13 listopada 2013 r. w sprawie regulaminu udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi (ze zm.) – tekst na stronie internetowej OIPIP w Łodzi www.oipp.lodz.pl/pomoc_socjalna
- ▶ **bezpłatnej pomocy prawnej dotyczącej wykonywanego zawodu**

Bezpłatne porady prawnika w siedzibie OIPIP w Łodzi
- ▶ **bezpłatnego korzystania z zasobów biblioteki OIPIP w Łodzi**
- ▶ **lektury Biuletynu OIPIP w Łodzi, zawierającego informacje dotyczące zarówno życia samorządu zawodowego jak i artykuły merytoryczne związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej**