

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna

dyżuruje w środy w godz. 16.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Dorota Rybińska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk

tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Irena Król

dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00

tel. 42 633 23 94

w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko

– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ

tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak

dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca

w godz. 15.30 – 17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska

dyżuruje we wtorki w godz. 16.00 – 18.00

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 22 48

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 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

Konto bieżące OIPiP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi

20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

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

tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

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

tel. 42 639 92 62

mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 032

mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062

Biblioteka OIPiP

wtorek: 11.00 – 17.30; środa: 10.00 – 15.00; czwartek: 8.30 – 15.00

piątek: 10.00 – 15.30

e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00

tel. 42 633 23 94

Radca prawny

wtorek: 14.00 – 18.00, czwartek: 14.00 – 16.00

tel. 42 633 71 06

Kasa

wtorek: 12.00 – 17.00; środa: 8.30 – 12.00, czwartek: 12.00 – 15.00;

piątek: 8.30 – 12.00

tel. 42 639 92 76

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 4

TEMAT MIESIĄCA 8

PRAKTYKA ZAWODOWA 13

**SZKOLENIA
KURSY KONFERENCJE 18**

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 25

PODZIĘKOWANIA 27

**Z TWÓRCZOŚCI
NASZYCH KOLEŻANEK 28**

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17

tel. 42 633 22 48; fax 42 633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska

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



Raz w roku, w wigilię dnia Bożego Narodzenia pojawia się gwiazdka, która wszystkim daje światło nadziei.

Jest to czas pojednania, zadumy nad sobą i czas obdarowywania bliskich. Na szczególnie i niepowtarzalny nastrój okresu świątecznego składają się tradycja, wspomnienia i marzenia.

Z tej okazji składam Państwu najpiękniejsze życzenia zdrowych, radosnych i pełnych miłości rodzinnej Świąt. Niech ten czas spędzony w gronie najbliższych, przyniesie Państwu wiele spokoju, radości i optymizmu, a nadchodzący Nowy Rok 2013 niech będzie spełnieniem wielu satysfakcji zawodowych, osobistych oraz szczęścia i dostatku, a w szczególności wzajemnej życzliwości i dobroci.

*W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
oraz Okręgowej Komisji Rewizyjnej*

*życzy Przewodnicząca ORPiP
Agnieszka Kałużna*



*Koleżankom i Kolegom z okazji nadchodzących
Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku
życzymy wielu radosnych i ciepłych chwil,
serdeczności przy rodzinnym stole
oraz mnóstwa pomyslności
w życiu prywatnym i zawodowym
w Nowym Roku 2013*

Zarząd Oddziału PTP w Łodzi



Z prac Okręgowej Rady

Prezydium ORPiP w dniu 24 października 2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 2 praktyki położnych.
- ▶ Dokonano zmiany we wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 indywidualne praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano dwóch wpisów i jednej zmiany we wpisie do rejestru OIPiP w Łodzi podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny w zakresie opieki geriatrycznej dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji – 8 osobom, kursie specjalistycznym – 4 osobom. Ogólny koszt przyznanych 12 osobom dofinansowań wyniósł 2 528, 10 zł. Jednej osobie odmówiono przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – wniosek złożony po terminie.
- ▶ Przyznano 8 pomocy finansowych, w tym zapomogi, w wysokości: 4x2000 zł i 1x1500 zł oraz wsparcie finansowe w wysokości: 1x3000 zł, 1x2500 zł i 1x1000 zł oraz odmówiono 1 osobie przyznania pomocy, ze względu na wysoki dochód brutto przypadający na 1 członka rodziny w ostatnim miesiącu kalendarzowym poprzedzającym złożenie wniosku.
- ▶ Powołano w rejonie wyborczym nr 44 pełnomocnika ORPiP i zastępcę pełnomocnika ORPiP.
- ▶ Poparto Apel PTP Oddziału w Łodzi do Ministra Zdrowia o zobligowanie pracodawców do stosowania ostrych narzędzi medycznych wyposażonych w mechanizmy i zabezpieczenia istotnie zmniejszające lub też eliminujące ryzyko zranienia podczas ich stosowania – zgodnie z zapisami Dyrektywy Rady 2010/32/UE z dnia 10 maja 2010 r.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 4 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP

w Łodzi i odbywających się w: Skierniewicach, Łodzi i Pabianicach,

- skład osobowy komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej dla dwóch kursów specjalistycznych w zakresie: Leczenia ran, program dla pielęgniarek i program dla położnych oraz kursu kwalifikacyjnego pielęgniarstwo rodzinne, program dla pielęgniarek,
- honoraria dla 6 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 10/2012,
- zakup jedenastu tytułów do zbiorów Biblioteki OIPiP w Łodzi – 32 egzemplarze książek,
- 1 komisję kwalifikacyjną i 6 egzaminacyjnych dla 4 kursów kwalifikacyjnych i 2 kursów specjalistycznych u organizatorów kształcenia: Erudio i Akademii Zdrowia w Łodzi.

ORPiP w dniu 13 listopada 2012 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 4 położnych.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu położnej – 1 położnej.
- ▶ Przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki obywatelce państwa Unii Europejskiej – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek, 1 praktykę pielęgniarską i 1 praktykę położnej.
- ▶ Dokonano zmian we wpisie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktykę pielęgniarki.
- ▶ Dokonano trzech wpisów i trzech zmian we wpisie w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: szkoleniach specjalistycznych – 23 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 1 osobie, konferencjach/sympozjum/

warsztatach – 7 osobom. Odmówiono przyznania dofinansowania jednej osobie, ze względu na wykorzystane dofinansowanie w roku 2012 oraz utrzymano dwie decyzje odmowne w mocy, ze względu na: brak udokumentowania systematycznego opłacania składki członkowskiej na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przez okres minimum dwóch lat poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie, wniosek złożony po upływie terminu. Ogólny koszt przyznanych 31 osobom dofinansowań wyniósł 13 095,20 zł.

▶ Rozpatrzone jedno odwołanie od decyzji odmownej w sprawie przyznania pomocy finansowej, ze względu na wysoki dochód brutto przypadający na 1 członka rodziny w ostatnim miesiącu kalendarzowym poprzedzającym złożenie wniosku.

- ▶ Zatwierdzono:
 - sfinansowanie kosztów udziału trzech osób w szkoleniu dla przewodniczących, skarbników i księgowych okręgowych izb pielęgniarek i położnych organizowanym przez NRPiP w Warszawie w terminie 27–28 listopada 2012 r.,
 - na wniosek przewodniczących komisji problemowych: od 1 stycznia 2013 r. zawieszono działalność Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych oraz wykreślono 11 członków ze składu Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu,
 - kadre dydaktyczną dla kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, program dla pielęgniarek organizowanego i finansowanego z budżetu OIPiP w Łodzi,
 - zatwierdzono sfinansowanie z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi szkolenia specjalistycznego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, program dla pielęgniarek – realizowanego przez WCZP – ODKM w Łodzi w latach 2013–2014,
 - zatwierdzono sfinansowanie z budżetu OIPiP w Łodzi w roku 2013 prenumeraty „Magazyn Pielęgniarka i Położna” dla rejonów wyborczych/zakładów OIPiP w Łodzi,
 - zatwierdzono sfinansowanie z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w roku 2013 działalności koła emerytowanych pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi,
 - przyjęto założenia programowe i plan pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych na okres VI kadencji,
 - przyjęto warunki i zasady używania sztandaru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
- ▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 3 pielęgniarek oddziałowych i 1 ordynatora oddziału, w 3 zakładach.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
sekretarz ORPiP w Łodzi

Prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru

Odpowiedź Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia na pismo NRPIP

Odpowiadając na Państwa pismo z dnia 14 września 2012 r., znak: NIPiP-NRPIP-DM.0025.243.2012 w sprawie interpretacji pojęcia *prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru* zawartego w pkt. 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. Nr 237, późn. 165 z późn. zm.). Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że w związku z przekazaną korespondencją dokonał wnikliwej analizy obowiązujących uregulowań w tym zakresie.

Departament wskazuje, że zgodnie z ustawą z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, późn. 165, z późn. zm.), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2009 r., do prac w szczególnym charakterze zaliczone zostały, wymienione w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

Ponadto, wyjaśnienia w sprawie określenia *w warunkach ostrego dyżuru* zostały rozstrzygnięte w Komunikacie Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia *w warunkach ostrego dyżuru* zawartego w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, który zamieszczony został na stronach Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl

Z ww. Komunikatu wynika, że prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru to nie tylko prace wykonywane w ramach obowiązków pracowniczych, polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym (wynikającym ze wskazań życiowych), ale również inne prace tego personelu (w ramach obowiązków pracowniczych), które są wykonywane w ramach czasu pracy, kiedy istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, skutkującego koniecznością podjęcia działań w trybie nagłym. Pojęcie *w warunkach ostrego dyżuru* oznacza nieuchronność wystąpienia zdarzenia, które powoduje konieczność, udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, ze wskazań życiowych. Nieuchronność występowania takich zdarzeń skutkuje tym, że od pracowników pracujących w tych warunkach wymagane są kryteria określone w art. 3 ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych (szczególna odpowiedzialność oraz szczególna sprawność psychofizyczna).

Ponadto, zgodnie z art. 3 ust. 5 omawianej ustawy, warunkiem zaliczenia wykonywania ww. prac do okresu, od którego zależy uzyskanie prawa do emerytury pomostowej

jest wykonywanie tych prac w pełnym wymiarze czasu pracy, co znajduje potwierdzenie w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 września 2011 r. sygn. akt I OSK 421/11 (LEX nr 996963).

Należy również mieć na względzie wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r. sygn. akt II UK 164/11 (LEX nr 1171289), który w pkt 1 *stanowi, iż „Wykaz prac określonych w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy z 2008 r. o emeryturach pomostowych jest zamknięty i nie podlega uzupełnieniu, co oznacza, że cech pracy „o szczególnym charakterze” lub „w szczególnych warunkach” nie mogą posiadać inne prace, choćby sposób ich wykonywania i ich jakość mogła obniżyć się z wiekiem.*

Odnosząc się bezpośrednio do treści Państwa pisma, Departament zwraca także uwagę na zamieszczony na stronach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.emeryturypomostowe.gov.pl obszerny poradnik do ustawy o emeryturach pomostowych: *Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze*, przeznaczony dla pracodawców i osób odpowiedzialnych za sporządzanie wykazu stanowisk prac wykonywanych w szczególnych warunkach i prac o szczególnym charakterze oraz ewidencji osób zatrudnionych na tych stanowiskach (str. 64-65). Wynika z niego, że przepisy o emeryturach pomostowych obejmują taki personel medyczny zespołów operacyjnych dyscyplin zabiegowych, jak: lekarze dyscyplin zabiegowych, anestezjologów, pielęgniarki operacyjne (m.in. instrumentariuszki, pielęgniarki anestezjologiczne, pielęgniarki perfuzjonistki), wchodzący w skład zespołów operacyjnych działających w ramach ostrego dyżuru.

W związku z czym, zdaniem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, za pracowników tych będą opłacane składki na Fundusz Emerytur Pomostowych. Będą oni także ujęci w ewidencji pracowników wykonujących prace o szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze oraz będą mogli ubiegać się o przyznanie emerytury pomostowej, jeżeli zostały spełnione kryteria ujęte w art. 3 ust. 5 oraz art. 4 ustawy o emeryturach pomostowych.

Kryterium dotyczące wykonywania tych prac w warunkach ostrego dyżuru wynika z konieczności działania w warunkach, które są szczególnie trudne do przewidzenia i w których stosowanie określonych procedur zapewniających bezpieczeństwo własne i innych osób jest często utrudnione. Właśnie ten aspekt, czyli działanie w warunkach nagłości i nieprzewidywalności, decyduje o szczególnym charakterze pracy personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru, i kwalifikuje wykonujących ja pracowników do

przyznania emerytur pomostowych. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, prace personelu medycznego w oddziałach dyscyplin zabiegowych, intensywnej terapii, aczkolwiek bardzo obciążające emocjonalnie i stresujące, są wykonywane według określonych procedur, których stosowanie minimalizuje ryzyko zdrowotne zarówno dla pracownika, jak i pacjenta.

Należy jednak mieć na względzie fakt, że jedynym podmiotem uprawnionym do kwalifikowania danego rodzaju pracy jako pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze jest płatnik składek, u którego praca ta jest wykonywana, w tym przypadku reprezentowany przez kierownika podmiotu leczniczego. Kierownik podmiotu leczniczego bowiem zawiera z pracownikiem umowę o pracę oraz jest przełożonym pracownika.

Kontrola prawidłowości zakwalifikowania określonej pracy jako wykonywanej w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze przebiega w trybie art. 41 ust. 6 ustawy o emeryturach pomostowych. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku nieumieszczenia przez płatnika składek danego pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub pracę o szczególnym charakterze, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga ta zostanie uwzględniona, to wówczas właściwe organy Państwowej Inspekcji Pracy są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących taką pracę (pkt 2 wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 1 lutego 2011 r., sygn. akt II SA/Rz 1107/10). Od decyzji inspektora pracy, zarówno pracownikowi jak i płatnikowi składek, przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, którego z kolei decyzja będzie mogła być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Jednocześnie Departament wskazuje, że zarówno przytoczony na wstępie pisma Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie rozumienia pojęcia *w warunkach ostrego dyżuru* zawartego w pkt 24 załącznika Nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych, jak również *Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze* zawarte w Poradniku do ustawy o emeryturach pomostowych, które zamieszczone zostały na stronie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej są nadal aktualne.

Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Beata Cholewka

Nowe akty prawne

USTAWA

z dnia 27 lipca 2012 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 20 sierpnia 2012 r.

w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych

Na podstawie art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 74, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 20 września 2012 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 26 września 2012 r.

w sprawie składu komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych

Na podstawie art. 27 ust. 10 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 20 września 2012 r.

w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku

Na podstawie art. 36 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 20 września 2012 r.

w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)

Obowiązki pielęgniarki prowadzącej praktykę zawodową w świetle obowiązujących aktów prawnych w Polsce

mgr ANNA MACIEJEK

Obecna sytuacja na rynku pracy, zarobki pielęgniarek w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie odzwierciedlają wiedzy jaką współczesna pielęgniarka musi posiadać, ustawa o działalności leczniczej obligująca przekształcanie się szpitali w spółki z chwilą niespłacenia własnych zadłużeń lub znalezienia jednostek samorządu terytorialnego pokrywających ich zadłużenie, zatrudnianie pielęgniarek na umowy kontraktowe czy też chęć prowadzenia własnej działalności powoduje iż coraz częściej pielęgniarki otwierają prywatne praktyki pielęgniarskie.

Pielęgniarka w obecnym stanie prawnym w ramach działalności leczniczej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zmianami) oraz na zasadach określonych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej a także po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, który prowadzony jest przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą dla miejsca wykonywanej praktyki zawodowej może wykonywać działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako:

- indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej
- indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej w miejscu wezwania
- indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ustawy o działalności leczniczej). Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej przez pielęgniarki i położne jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (t. j. Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.).

W celu wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej jako działalności gospodarczej – praktyki zawodowej pielęgniarka/położna musi spełniać następujące warunki:

1. Posiadać prawo wykonywania zawodu.
 2. Posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenia w wykonywaniu zawodu.
 3. Pielęgniarka/położna nie może być:
 - zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
 - pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
 - pielęgniarka/położna nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis.
 5. Dysponować pomieszczeniem w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny oraz posiadanie opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych.
 6. Uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
 7. Posiadać obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej, z sumami gwarancyjnymi określonymi w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 r. Nr 293, poz. 1729):
 - suma gwarancyjna w odniesieniu do jednego zdarzenia: 30 000 euro,
 - suma gwarancyjna w odniesieniu do wszystkich zdarzeń: 150 000 euro.
- Jeżeli pielęgniarka/położna prowadzi indywidualną praktykę specjalistyczną powinna dodatkowo posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.
- Chcąc wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej wyłącznie w miejscu wezwania pielęgniarka/położna powinna dodatkowo posiadać:
1. Sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
 2. Wskazać adres praktyki oraz miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.
 3. Jeżeli w trakcie wykonywania praktyki zamierza wytwarzać niebezpieczne odpady (tj. wykonując iniekcje, wle-

wy, wszelkiego rodzaju opatrunki i czynności przy których wytwarza niebezpieczne odpady poza komunalnymi) złożyć informację do marszałka województwa o wytwarzanych odpadach i o sposobach gospodarowania wytwarzanymi odpadami oraz podpisać umowę ze specjalistyczną firmą posiadającą zezwolenie na odbiór odpadów medycznych (niebezpiecznych). Poza tym obowiązkiem corocznie należy składać sprawozdanie – zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi w terminie do dnia 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy (art. 37 ustawy o odpadach medycznych).

Ustawowy obowiązek aktualizowania danych w rejestrze pielęgniarek i położnych dotyczy wszystkich pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z art. 19 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. 174 poz. 1039) każda pielęgniarka/położna jest zobowiązana do:

1. Złożenia w siedzibie okręgowej izby do dnia 31 marca 2012 r. (termin minął) informacji (zaświadczenia) o aktualnym miejscu wykonywania zawodu.

2. Zgłaszania faktu rozwiązania lub wygaśnięcia umowy o pracę lub w ramach stosunku służbowego w terminie 14 dni od rozwiązania, wygaśnięcia lub nawiązania umowy.

Analogicznie do indywidualnej praktyki pielęgniarskiej pielęgniarka/położna może wykonywać działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek – art. 5 ust. 2 pkt. 2 lit b ustawy o działalności leczniczej. Praktyka grupowa pielęgniarki/położnej spełniać musi takie same warunki jak praktyka indywidualna.

Pielęgniarka/położna prowadząca praktykę zawodową jest obowiązana posiadać regulamin organizacyjny praktyki zawodowej (art. 24 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej), określający w szczególności:

- firmę podmiotu,
- cele i zadania podmiotu,
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
- wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.

Zgodnie z uchwałą Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału pielęgniarki/położne wykonujące zawód w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej odprowadzają miesięczną składkę członkowską w wysokości 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsię-

biorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego co w 2012 roku stanowi kwotę 37,70 zł. Składka członkowska powinna być naliczana z jednego źródła przychodów, tego z którego wysokość składki jest najwyższa. Jeżeli zatem pielęgniarka/położna uzyskuje dochód jednocześnie z działalności gospodarczej (praktyki zawodowej) i np. umowy o pracę to składka członkowska powinna być odprowadzana z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej tj. 37,70 zł/miesięcznie, chyba, że z np. 1% z umowy o pracę przewyższałyby tę kwotę, to wtedy składka jest odprowadzana w tej wyższej wysokości.

Zgodnie z art. 30b ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 z późn. zm.), okręgowa izba pielęgniarek i położnych jest uprawniona do kontrolowania i wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Reasumując pielęgniarki/położne chcące wykonywać i prowadzić indywidualną lub grupową praktykę zawodową jako przedsiębiorca zobowiązane są do spełnienia szeregu obowiązków i warunków dotyczących uprawnienia do wykonywania zawodu, tj. doświadczenia zawodowego, posiadania pomieszczenia spełniającego wymogi, ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, dokonania wpisu do odpowiedniego rejestru, zgłoszenia informacji o wytwarzaniu odpadów medycznych oraz składania sprawozdania, których nie spełnienie grozi ogromnymi konsekwencjami karnymi i finansowymi.

Ważne:

Działalność leczniczą można rozpocząć dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru, który podlega opłacie wynoszącej 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok.

Pielęgniarki/położne mogą otrzymać fałszywe informacje od firmy Krajowy Rejestr Informacji o Przedsiębiorcach (ul. Piękna 24/26A/1 Warszawa) o konieczności dokonania odpłatnego wpisu do tegoż rejestru.

Informuję iż taki obowiązek nie istnieje, jest to tylko oferta handlowa, a opłata za zapis stanowi przychód firmy, która wprowadza Państwa w błąd.

Artykuł napisany na podstawie aktów prawnych:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.).
2. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011 r. Nr 174 poz. 1039).
3. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 r. Nr 293, poz. 1729).
4. Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r., Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.)

mgr Anna Maciejek
Przewodnicząca Komisji Prawa i Legislacji



1 GRUDNIA 🖱️ ŚWIATOWY DZIEŃ WALKI Z AIDS

Opieka pielęgniarki i położnej nad pacjentem zakażonym HIV

ICN – Międzynarodowa Rada Pielęgniarek wydała dokument, gdzie podkreślono moralną i etyczną powinność naszych zawodów do sprawowania opieki nad wszystkimi ludźmi a także zakażonymi HIV i AIDS.

Fakty na temat HIV/AIDS

AIDS jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie i ma charakter pandemii i obejmuje wszystkie kontynenty świata

W Polsce wykrycie pierwszych przypadków zakażeń HIV i zachorowań na AIDS nastąpiło z kilkuletnim opóźnieniem niż w Europie. Pierwsze zakażenie zarejestrowano w 1985 roku, a zachorowanie na AIDS rok później. Statystycznie w naszym kraju każdego dnia 2 osoby zakażają się wirusem HIV i najczęściej rozpoznawane jest u młodych osób. W 2007 roku 38,7 proc. nowych zakażeń stwierdzono u osób w wieku od 20 do 29 lat i 32,4 proc. wśród mających od 30 do 39 lat. Ale 34 zakażenia rozpoznano u osób między 50 a 59 rokiem życia, 5 u osób mających ponad 60 lat. Informując o pierwszych epidemiach HIV/AIDS mówiono o osobach przyjmujących narkotyki w iniekcjach, mężczyznach homoseksualnych. Tkwił wówczas mit, że jeżeli nie należę do tej grupy to HIV mnie nie dotyczy. Obecnie w Polsce jak i na całym świecie rośnie liczba zakażeń w następstwie nie tylko osób homoseksualnych ale i heteroseksualnych. Coraz więcej jest zakażonych kobiet, w 2007 roku w Polsce stanowiły one 20,6 proc. osób zakażonych HIV.

Drogi zakażenia HIV

Materiałem zakaźnym jest: krew, nasienie (i preejakulat), wydzielina pochwy, mleko kobiece. Istnieją tylko trzy drogi zakażenia:

1. Droga płciowa:

– w populacji dorosłych (około 80 proc., z czego 75 proc. to kontakty heteroseksualne) jest stosunek seksualny z osobą zakażoną,

– HIV może występować w spermie (także w preejakulacie) lub w wydzielinach żeńskich narządów płciowych, do zakażenia dochodzi najłatwiej wówczas, gdy tkanki w obrębie narządów płciowych są uszkodzone, zmieniając się w ranę,

– ryzykiem obciążone są stosunki analne, gdyż błona śluzowa odbytu jest wrażliwa na zakażenie, jest też podatna na mikrourazy. Ze względu na budowę i fizjologię narządów płciowych kobiety są bardziej narażone na zakażenie, największe ryzyko dla kobiet mają kontakty analne.

2. Droga pozajelitowa:

– przetoczenie zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych,

– przeszczepy

– używanie zakażonych igieł i strzykawek.

W Polsce osób zakażonych poprzez krew jest około 1 proc. W chwili obecnej zakażenie poprzez transfuzje krwi prawie nie istnieje, gdyż wykonuje się obowiązkowo test u dawców na anty-HIV, i preparaty podawane są okresowi karencji. Przenoszenie wirusa przez zakażone igły i strzykawki jest problemem wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach, szczególnie jeśli nie mają dostępu do sterylnych igieł i strzykawek. W latach 1988–2006 wśród 90 148 osób, które przed wykonaniem testu na HIV przyznały, że przyjmują narkotyki w iniekcjach. Zakażenie HIV związane z wykonywaniem pracy zawodowej w przez personel medyczny udokumentowano jedynie po kontaktach z krwią lub płynami ustrojowymi zawierającymi widoczną domieszkę krwi. Ryzyko zakażenia w następstwie skaleczenia (zakłucia) narzędziem zanieczyszczonym krwią zakażoną HIV wynosi 0,32 proc., a wskutek kontaktu błon śluzowych z zakażoną krwią 0,03 proc. Znacznie łatwiej przenosi się przez krew zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV), a jeszcze łatwiej HBV (0,00004 ml krwi potrzeba do zakażenia).

3. Droga wertykalna (przeniesienie zakażenia z matki na dziecko):

- matka-płód: wewnątrzmaciczna (przejście wirusa przez łożysko),
- ekspozycję płodu na krew w czasie porodu,
- oraz w okresie okołoporodowym podczas karmienia piersią.

Najczęściej dochodzi do przekazania HIV podczas porodu. Ryzyko zakażenia dziecka jest największe w okresie 2–4 tygodni od momentu zakażenia matki lub wtedy, gdy jest ona w zaawansowanym stadium choroby. Ryzyko przeniesienia zakażenia na dziecko kobiety nieświadomej swojego zakażenia wynosi 40 proc. W Polsce w 2009 r. urodziło się 11 takich dzieci.

Profilaktyka i nadzór nad zakażeniami

- stosowanie prezerwatyw dobrej jakości, właściwie założonych i pozostawionych tam gdzie być powinny od początku do końca. Ryzyko zakażenia wówczas praktycznie nie istnieje,
 - bezpieczny świadomy seks,
 - ocena ryzyka wystąpienia zakażenia podczas przyjęcia pacjenta do szpitala,
 - obserwacja pacjentów z wysokim stopniem ryzyka,
 - stosowanie środków ostrożności charakterystycznych dla choroby współistniejącej z zakażeniem HIV,
 - monitorowanie zakażeń na terenie placówek ochrony zdrowia,
 - stosowanie aseptycznych technik we wszystkich inwazyjnych zabiegach medycznych,
 - wdrożenie nowoczesnych technik dezynfekcyjnych i sterylizacyjnych,
 - sprzęt jednorazowego użytku, bezpieczny ochraniający przed zakłuciem,
 - właściwe magazynowanie i przetrzymywanie sprzętu sterylnego,
 - racjonalna antybiotykoterapia,
 - wykonywanie zabiegów inwazyjnych w przygotowanych do tego celu pomieszczeniach aseptycznych, czyli czystych mikrobiologicznie,

Pierwsze zakażenie w Polsce zarejestrowano w 1985 roku, a zachorowanie na AIDS rok później. Statystycznie w naszym kraju każdego dnia 2 osoby zakażają się wirusem HIV i najczęściej rozpoznawane jest u młodych osób.

Każdego dnia zakaża się HIV ponad 6800 osób, gdzie:

- ✓ 96 proc. żyje w krajach rozwijających się,
- ✓ 1200 to dzieci poniżej 15. roku życia,
- ✓ około 5800 to osoby powyżej 15. roku życia,
- ✓ 50 proc. wśród zakażonych to kobiety,
- ✓ 40 proc. jest między 15. a 24. rokiem życia.

- właściwe przygotowanie pacjenta do zabiegu, w szczególności właściwe przygotowanie pola operacyjnego,
- stosowanie odpowiedniej odzieży oraz indywidualnych środków ochronnych,
- przestrzeganie higieny i reżimu sanitarnego,
- odpowiednie zabezpieczenie i niszczenie materiału zakaźnego,
- edukacja i szkolenie personelu.

Rozwój choroby

Od momentu zakażenia do rozwoju AIDS mija od 10–12 lat, zakażenie HIV obejmuje następujące etapy:

- przedostanie się wirusa do krwiobiegu (zakażenie),
- inkubacja (wylęganie) trwa 2–6 tygodni,
- ostra choroba retrowirusowa.

Pierwsze objawy kliniczne zakażenia występują u 80 proc. chorych i związane są z szybkim namnażaniem się wirusa. W czasie 2–6 tygodni po wnikięciu HIV do organizmu występują objawy podobne do grypy (gorączka, uczucie ogólnego „rozbicia”, bóle mięśni i stawów), połączone z powiększeniem węzłów chłonnych, czasem z wysypką na skórze i zmianami na śluzówkach jamy ustnej (zespół mononukleozowy). Sporadycznie występują infekcje układu nerwowego: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, neuropatie obwodowe. Objawy te fazy mijają samoistnie i rzadko stanowią rozpoznanie zakażenia wirusem HIV.

- wczesne zakażenie HIV – jest to okres do około 6 miesięcy od chwili zakażenia
 - w tym czasie ustala się pewien stan równowagi między replikacją wirusa a układem immunologicznym.
 - okres utajenia (bezobjawowe lub skąpoobjawowe zakażenie HIV) u dorosłych trwa od kilku miesięcy do kilku lat, u dzieci okres bezobjawowy jest krótszy.
 - objawowe zakażenie HIV (dawna nazwa: zespół związany z AIDS, ang. *AIDSrelated Complex lub pre-AIDS*)
 - zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) rozpoznawany jest w chwili wystąpienia jednej z kilkunastu

Osoby żyjące z HIV, nawet jeśli nie mają żadnych objawów chorobowych, mogą zakażać innych. Tylko u około 1 proc. seropozytywnych osób, być może nigdy nie rozwinie się AIDS. Mówi się wówczas o tzw. niepostępującym zakażeniu HIV.

ci chorób wskaźnikowych (bakteryjne, powtarzające się zapalenia płuc, chłoniak pierwotny mózgu, encefalopatia związana z zakażeniem HIV, inwazyjny rak szyjki macicy, biegunka utrzymująca się powyżej 1 miesiąca, kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc, kandydoza przełyku, mięsak Kaposiego, posocznica salmonellozowa, toksoplazmoza mózgu, zakażenie Herpes simplex: zapalenie siatkówki z utratą widzenia lub inne lokalizacje (poza wątrobą, śledzioną, węzłami chłonnymi), zespół wyniszczenia spowodowany HIV.

Osoby żyjące z HIV, nawet jeśli nie mają żadnych objawów chorobowych, mogą zakażać innych. Tylko u około 1 proc. seropozytywnych osób, być może nigdy nie rozwinie się AIDS. Mówi się wówczas o tzw. niepostępującym zakażeniu HIV.

Opieka pielęgniarki nad osobami zakażonymi wirusem HIV i chorymi na AIDS

Pacjenci z HIV i chorzy na AIDS dotknięci są zakażeniem przewlekłym, w którym w różnym okresie, w zależności od stadium zakażenia, występują objawy somatyczne, w konsekwencji prowadzące do upośledzenia wielu układów i systemów ustrojowych, uniemożliwiających ich funkcjonowanie. Kształt opieki nad pacjentami zakażonymi HIV powinien przebiegać w następujących kierunkach:

1. Sprawowanie opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS należy rozpocząć od normalizacji stosunków społecznych i nawoływania do pełnej szacunku i oddania postawy wobec zakażonych i chorych.

2. Opieka pielęgniarska powinna być w wysokim stopniu opieką holistyczną (obejmującą wszystkie sfery życia chorego) i interdyscyplinarną.

3. Pielęgniarka/położna powinna być łącznikiem pomiędzy pacjentem, jego rodziną a pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego.

4. Powinna opierać się na realizacji procesu pielęgnowania, który uzależniony będzie od obrazu klinicznego, w wyniku replikacji i namnażania się wirusa w różnych okresach choroby.

5. Rozległy wachlarz problemów biopsychospołecznych wymaga współpracy i konsultacji wielu specjalistów.

6. Respektowanie zachowania tajemnicy oraz podstawowych praw pacjenta.

7. Pielęgniarka oprócz profesjonalnej, instrumentalnej pracy ma za zadanie dążenie do poprawy stanu zdrowia i jakości życia, przygotowanie do samoopieki, stymulowanie zrozumienia i akceptacji sytuacji, osób zakażonych HIV w jakiej się znaleźli.

8. Efektywna i godna opieka może być zapewniona tylko tam, gdzie normą jest pełna szacunku i współczucia postawa wobec drugiego człowieka. Sprawowanie opieki poparte rzetelną wiedzą, zapewni pacjentom komfort i psychiczne wsparcie.

9. Budowanie świadomości społeczeństwa na temat zakażeń wirusem HIV oraz o AIDS stanowi podstawę do sprawowania właściwej opieki. Wiele pielęgniarek i położnych nie potrafi rozmawiać na temat seksu, śmierci, używania narkotyków, uprzedzeń, przekonań moralnych i religijnych.

10. Pielęgniarka i położna musi być kompetentna, zdolna do otwartego omawiania wszystkich tematów związanych z HIV i AIDS.

11. Edukacja i prewencja prowadzona przez pielęgniarkę czy położną powinna być nieustanna, dopóki będzie pokutować w społeczeństwie ignorancja, starach i nietolerancja wobec osób zakażonych HIV.

12. Kompleksowa opieka wymaga odpowiedniego zaplecza i usług które zapewnią pomoc ludziom żyjącym z HIV i AIDS i ich rodzinom na którą składają się min: diagnostyka i leczenie, edukacja personelu medycznego, rodziny, sąsiadów itp., poradnictwo i wsparcie społeczne, odpowiednie leki, pomoc prawna, kontrola zakażeń.

Zapewnienie właściwej opieki nad osobami zakażonymi wirusem HIV i chorującymi na AIDS powinno się opierać na odpowiedzialności moralnej i etycznej pielęgniarek i położnych. ICN – Międzynarodowa Rada Pielęgniarek wydała dokument gdzie podkreślono moralną i etyczną powinność naszych zawodów do sprawowania opieki nad wszystkimi ludźmi a także zakażonymi HIV i AIDS.

„Podstawową odpowiedzialnością pielęgniarki jest zapewnienie opieki tym, którzy jej potrzebują.”

Pamiętajmy więc 1 grudnia o „czerwonej kokardce” symbolu solidarności z osobami żyjącymi z HIV i AIDS, ich rodzinami i przyjaciółmi. (J.G.)

Literatura:

1. „Jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarskiej”, Autorzy: Barbara Daniluk-Kula, Anna Grajcarek, Bogusława Liszka-Kisielewska, Kraków 2010

2. „Fakty na temat HIV i AIDS dla pielęgniarek i położnych” Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) Tłumaczenie: lek. med. Maria Dąbrowska-Jędral Warszawa 2006.

3. „Zmniejszenie ryzyka transmisji HIV/AIDS na personel pielęgniarski i położniczy”. Tłumaczenie i Redakcja naukowa lek med Marcin Rybacki Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi, ICN 2009

Zakażenia wirusem HIV u dzieci

mgr DOROTA MAŚLANKIEWICZ

Dziecko zakażone wirusem HIV powinno prowadzić taki sam tryb życia, jak pozostali rówieśnicy. Nie ma żadnych powodów, dla których nie mogłoby uczestniczyć w zabawach, grach, gdyż nie stanowi żadnego zagrożenia dla innych dzieci.

AIDS (skrót od angielskich słów *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) jest chorobą wywołaną przez ludzkiego wirusa upośledzenia odporności (HIV – *Human Immunodeficiency Virus*). Minęło ćwierć wieku od opisu pierwszych przypadków zachorowań na AIDS. Tak z klinicznego jak i społecznego punktu widzenia początki epidemii HIV/AIDS były trudne. Jednakże postęp, jaki dokonał się w walce z tym zagrożeniem, szybkie pojawienie się nowych leków, nowych schematów terapeutycznych, zmieniło nie tylko przebieg choroby, ale także podejście społeczeństwa do osób żyjących z HIV, a sami zakażeni zaczęli żyć dłużej i normalniej. W latach 90. XX wieku prognozowano, że do roku 2000 pandemia HIV zostanie opanowana. Pozostało to w sferze życzeń. Liczba zakażonych HIV i chorych na AIDS ciągle rośnie. Jak dotąd nie stworzono skutecznej szczepionki, a działania profilaktyczne nadal są najskuteczniejszą formą ograniczenia pandemii.

Według danych WHO z roku 2010 na świecie przybywa 7 tys. zakażeń HIV, ok. 1 tys. ma miejsce u dzieci poniżej 15 roku życia. Około 97 proc. zakażeń dotyczy krajów o średnim i niskim statusie ekonomicznym. W roku 2010 szacowana liczba dzieci żyjących z HIV na świecie wynosiła 3,4 miliona, a liczba nowych zakażeń w roku 2010 ok. 390 tys. Głównym źródłem ich choroby (90 proc.) jest zakażenie od matki (transmisja wertykalna). Do zakażenia najczęściej dochodzi podczas porodu, rzadziej w ostatnim trymestrze ciąży lub w okresie około porodowym. Zwiększa się liczba zakażonych HIV kobiet, istnieje więc ryzyko zwiększenia liczby urodzeń dzieci zakażonych HIV. Warunkiem zastosowania profilaktyki zakażenia wertykalnego jest informacja o zakażeniu HIV kobiety planującej prokreację bądź będącej w ciąży. Do metod profilaktycznych zalicza się:

- stosowanie laków antyretrowirusowych w czasie ciąży, porodu oraz u noworodka,
- metody prowadzenia porodu, wskazane jest wykonanie elektrywnego cięcia cesarskiego na dwa tygodnie przed planowanym terminem porodu,

- w przypadku porodu drogami natury nie przedłużanie porodu ponad cztery godziny od odejścia wód płodowych,

- szybkie i dokładne obmycie noworodka,
- zakaz karmienia piersią,

Przy zastosowaniu tych metod ryzyko zakażenia odmatczywego można zredukować do 1–2 proc.

Wszystkie kobiety planujące ciążę i będące w ciąży powinny mieć możliwość w kierunku HIV. Badanie należy wykonać w pierwszym trymestrze ciąży, a ujemny wynik powtórzyć w trzecim trymestrze. Potwierdzenie zakażenia HIV wymaga skierowania pacjentki do specjalistycznego ośrodka, w którym istnieje możliwość pełnej diagnostyki zaawansowania niedoboru odporności. Kobieta zakażona HIV coraz częściej może podejmować świadomą decyzję o macierzyństwie. Profilaktyka zakażeń matczywno-płodowych umożliwi urodzenie zdrowego dziecka. Rozpoznanie zakażenia HIV u kobiety ciężarnej jest wskazaniem do rozpoczęcia/kontynuowania trzylekowej terapii antyretrowirusowej. Znaczna część dotychczasowych rozpoznań zakażeń HIV dotyczy dzieci kilkuletnich, demonstrowujących już objawy kliniczne i immunologiczne AIDS, kiedy dopiero zaawansowany obraz choroby podpowiada lekarzowi właściwą diagnozę.

U dzieci starszych i młodzieży do zakażenia HIV może dojść tak jak u dorosłych:

- przy stosowaniu dożylnych narkotyków,
- poprzez igły i strzykawki zanieczyszczone krwią,
- poprzez wielokrotne używanie nie dezynfekowanych narzędzi do nacięć skóry, tatuażu,
- drogą kontaktów seksualnych.
- Przedwczesna inicjacja seksualna jest jednym z najważniejszych czynników zagrożenia HIV.

U dzieci zakażenie HIV ma znacznie szybszy postęp, a także jest obarczony większym ryzykiem rozwoju AIDS oraz zgonu w porównaniu z chorymi dorosłymi. Chorobę należy rozpoznać przed ukończeniem 3 miesiąca życia i jak najwcześniej rozpocząć leczenie. Dzieci urodzone przez

matki HIV(+) mają obecne w surowicy krwi matczyne przeciwciała anti-HIV, które mogą być obecne do końca 18 miesiąca życia, dlatego też diagnostyka zakażenia HIV u dzieci musi się opierać na metodach wykluczających/stwierdzających obecność wirusa (hodowla komórkowa wirusa, oznaczenie materiału genetycznego metodą PCR, oznaczenie antygeny p24). Badanie takie należy przeprowadzić u każdego dziecka matki HIV(+) w ciągu pierwszych 48 godzin życia i dwukrotnie powyżej 30 dnia życia. Wszystkie dzieci w pierwszym roku życia, u których nie wykuczono jeszcze zakażenia HIV powinny otrzymywać profilaktykę pierwotną zakażenia *Pneumocystis Carini*.

Niezależnie od rodzaju stosowanej profilaktyki w oddziale noworodkowym obowiązuje:

- standard postępowania z dzieckiem matki zakażonej HIV,
- dokładne obmycie noworodka z mazi płodowej i wydaliny kanału rodowego,
- odessanie zalegającej treści zaaspirowanych wód płodowych,
- rozpoczęcie profilaktyki lekami antyretrowirusowymi w ciągu 12–24 godzin po porodzie,
- zakaz karmienia piersią,
- w ciągu pierwszych 24 godzin życia szczepienie przeciwko WZW B, a dzieci matek Hbs Ag(+) łącznie z immunoglobuliną anti-HBs. Szczepienie BCG jest bezwzględnie przeciwwskazane do czasu wykluczenia zakażenia HIV,
- obserwacja dziecka w kierunku abstynencji i ewentualne leczenie z powodu innych patologii,
- w pierwszych dwóch dobach życia kontrola morfologii krwi obwodowej.

Kobieta HIV(+) wychodząca ze szpitala ze swoim dzieckiem powinna być dokładnie poinformowana o:

- konieczności kontynuowania profilaktyki Zidawudyną,
- konieczności kontroli morfologii krwi (możliwość wystąpienia znacznej niedokrwistości),
- konieczności kontaktu z ośrodkiem prowadzącym diagnostykę zakażenia HIV u dzieci.

Dzieci z potwierdzonym zakażeniem HIV mają stosowany indywidualny kalendarz szczepień ochronnych i nie są szczepione BCG. U dzieci z wykluczonym zakażeniem HIV, żyjących niejednokrotnie w środowisku ludzi zakażonych HIV kontynuowane są szczepienia według aktualnie obowiązującego Programu Szczepień Ochronnych. Dodatkowo wszystkie dzieci szczepione są:

- przeciwko zakażeniom *Haemophilus Influenzae* typu B,
- przeciwko poliomyelitis wyłącznie szczepionką zabitą
- co roku przeciwko grypie,
- przeciwko WZW A,
- w 7. roku życia ponownie szczepionką przeciwko odrze, śwince oraz różyczce.

Lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa i pracownik socjalny powinni posiadać podstawową wiedzę z zakresu szerzenia się infekcji HIV, czynników ryzyka i objawów klinicznych, znać zasady postępowania z pacjentem HIV(+).

Musimy pamiętać o specyfice zakażenia zarówno w kontekście biologicznym jak psychologicznym i społecznym. W przypadku podejrzenia zakażenia HIV u dziecka niezwykle ważna jest szczerza rozmowa z rodzicami, opiekunami dziecka, mająca na celu wyrażenie zgody na rozszerzenie diagnostyki i ewentualne skierowanie do specjalistycznego ośrodka (w Łodzi Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego). Opieka ośrodka prowadzącego obejmuje:

- skuteczne leczenie antyretrowirusowe,
- zapobieganie zakażeniom oportunistycznym,
- diagnostyka i leczenie innych współistniejących zakażeń,
- prowadzenie szczepień ochronnych,
- zapobieganie działaniom niepożądanym leków,
- zapobieganie zespołowi wyniszczenia.

Duże znaczenie ma umiejętność pozyskania zaufania i współpracy, co owocuje lepszymi efektami terapeutycznymi i dobrym rozwojem dziecka. Niesłuchanie ważna jest dostępność psychologa. Rozpoczęcie programu leczenia u dziecka HIV(+) oznacza przestrzeganie jednolitych zasad badań kontrolnych początkowo co 4–6 tygodni w ośrodku prowadzącym, ocena rozwoju psychofizycznego dziecka, w przypadku wystąpienia zaburzeń wczesna rehabilitacja. Dzieci bez współistniejących chorób, zakażeń nie wymagają izolacji w warunkach szpitalnych.

Dziecko zakażone wirusem HIV powinno prowadzić taki sam tryb życia, jak pozostali rówieśnicy. Nie ma żadnych powodów, dla których nie mogłoby uczestniczyć w zabawach, grach, gdyż nie stanowi żadnego zagrożenia dla innych dzieci. Powinny tak samo jak inne dzieci chodzić do przedszkola, szkoły, studiować i podejmować pracę.

Do rodziców dziecka należy decyzja, czy przekazać tę informację w swoim otoczeniu. Nie ma obowiązku informowania o zakażeniu dziecka przedszkola, szkoły czy wychowawców na koloniach, obozach.

Literatura:

1. Gładysz A.: *Zakażenia HIV/AIDS*. Wrocław 2007
2. Halot W., Juszczyk J.: *HIV/AIDS. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Poznań 2006.
3. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV Zalecenia PTN AIDS 2012
4. Rogowska-Szadkowska D.: *Życie z wirusem. Poradnik dla osób żyjących z HIV*. 2007

mgr Dorota Maślankiewicz
WSS im. dr Wł. Biegańskiego

Port dożylny w praktyce pielęgniarki cz. 1

ANETA BRONKA

Całkowicie implantowane systemy dostępu żylnego (tzw. porty dożylny, TIVAP) coraz częściej wykorzystywane są w trakcie chemioterapii oraz w terapii paliatywnej. Z roku na rok rośnie liczba pacjentów, którzy korzystają z takiej metody podawania leków cytostatycznych, przeciwbólowych, prowadzenia żywienia pozajelitowego, przetaczania krwi, preparatów krwiopochodnych, płynów oraz pobierania krwi do badań laboratoryjnych [1]. Port naczyniowy rocznie wszczepiany jest 700–1000 dorosłym chorym w Polsce, najczęściej z rozpoznaniem raka piersi i raka jelita grubego oraz nowotworów układu chłonnego [2].

Bezwzględny wskazaniem do implantacji portu u chorych leczonych chemioterapeutykami – oprócz długotrwałego (wielodniowego, wielogodzinnego) prowadzenia wlewo – jest brak możliwości uzyskania dostępu donaczyniowego drogą żył obwodowych, ostre odczyny naczyniowe na podawane leki oraz podawanie silnie drażniących preparatów. Port znajduje także zastosowanie w przypadku hemofilii u dzieci (w razie konieczności pilnego podawania czynników krzepnięcia), w leczeniu chorób przewlekłych (np. mukowiscydozy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) oraz w leczeniu paliatywnym. W przypadku leczenia nowotworów u dzieci, port dożylny stosuje się od początku terapii [2].

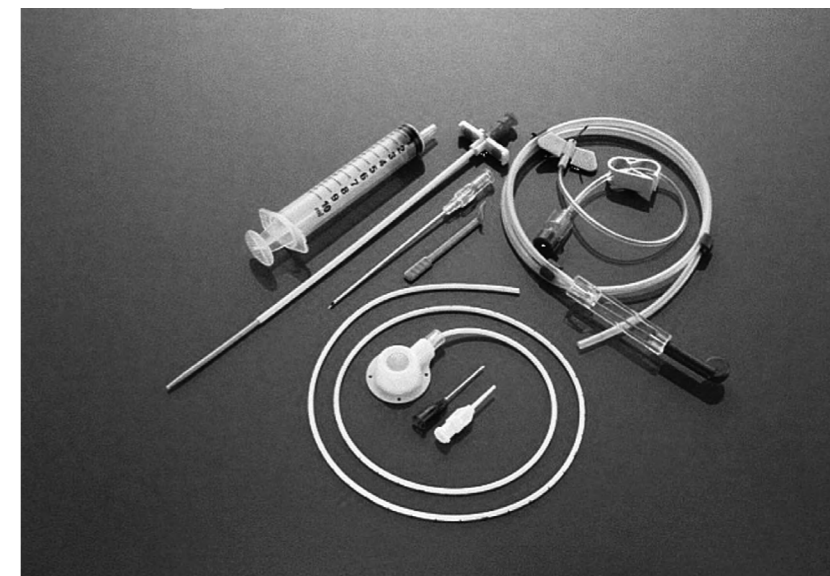
Przeciwwskazaniem do zabiegu jest przede wszystkim uogólniona infekcja, zmiany skórne w miejscu planowanej implantacji, czynna zakrzepica żylna w obrębie kaniulowanych naczyń, neutropenia (poniżej 1000/mm³) i trombocytopenia (poniżej 60000/mm³), niewyjaśniona skaza krwotoczna w wywiadzie, leczenie przeciwplateletkami w okresie 14 dni przed zabiegiem oraz brak zgody i przewidywany brak współpracy chorego podczas zabiegu i w trakcie użytkowania portu [2, 3, 4].

Implantacja portu oraz obserwacja po zabiegu

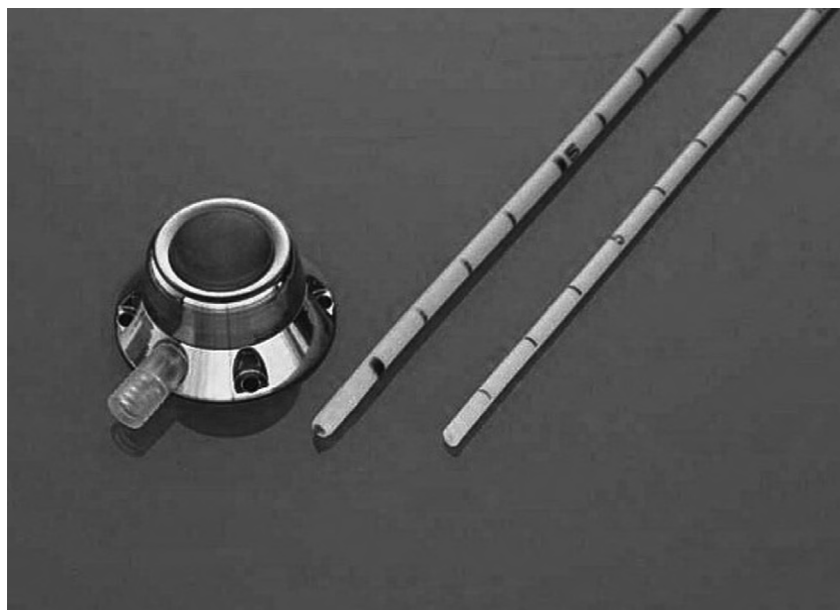
Średni czas użytkowania portu wynosi 2–3 lata i może on ulec wydłużeniu, jeżeli nie wystąpią żadne powikłania [5]. Pacjent, który zostanie zakwalifikowany do wszczepienia portu dożylnego musi otrzymać szczegółowe informacje na temat celu, zalet i podstawowych niedogodności związanych ze stosowaniem portu, przeciwwskazań do zabiegu oraz możliwych powikłań. Konieczne dla uzyskania zgody pacjenta i jego świadomej współpracy w czasie późniejszego użytkowania portu jest przekazanie wiadomości dotyczących sposobu implantacji, zasad postępowania z portem oraz zmian dotyczących stylu życia [2].

Zabieg wszczepienia portu powinien być przeprowadzony planowo, w warunkach sali operacyjnej, z zachowaniem zasad sterylności chirurgicznej [2, 3]. Implantacja u dzieci odbywa się w znieczuleniu ogólnym, u dorosłych – w znieczuleniu miejscowym z ewentualną sedacją. Pacjent układany jest w pozycji Trendelenburga i monitorowany w trakcie implantacji (saturation, EKG, ciśnienie tętnicze krwi) [3]. Podczas zabiegu kontroluje się położenie cewnika za pomocą skopii RTG, natomiast po zabiegu wykonuje się zdjęcie RTG klatki piersiowej celem wykluczenia powikłań i kontroli umiejscowienia portu [3].

Pacjent może opuścić szpital po implantacji portu donaczyniowego jeszcze tego samego dnia, jeżeli zostaną spełnione następujące kryteria:



Zestaw do zakładania portu



Port dożylny

w okolicy portu, martwica skóry nad portem, bakteriemia (jako ryzyko wystąpienia sepsy), nieszczelność układu, pęknięcie ściany cewnika, pozanaczyniowe podanie leku [2, 4], zaburzenia rytmu serca spowodowane obecnością cewnika [2], „otorbienie się” cewnika i zwrotny przepływ podawanych płynów (kontrastu) [2, 6], różnego stopnia uszkodzenia mechaniczne układu port – cewnik np. przecięcie cewnika z powodu uciśnięcia cewnika między obojczykiem

a pierwszym żebrem pojawiające się przy dostępie podobojczykowym (*pinch-off syndrom*, POS) [3, 7].

Literatura:

1. Kamińska M.: *Obsługa i zasady pielęgnacji portów dożylnych – pielęgniarska procedura postępowania*. Ann UMCS Sect D. Vol. LX, Suppl. XVI 184, 2005.
2. Jarosz J.: *Wszczepialne systemy dostępu naczyniowego o długotrwałym zastosowaniu („porty”)*. Totally implantable central venous access ports. Spotkanie uzgodnieniowe Onkologia w Praktyce Klinicznej Tom 2, nr 1, 40–48. Warszawa, 20 stycznia 2006 roku.
3. Młynarski R.: *Port dożylny*. Infostudio sc. Lublin 2009.
4. Kalinowska B.: *Implantacja portu naczyniowego-zadania pielęgniarki w profilaktyce występowania zakażeń odcewnikowych*. Materiały z Konferencji Szkoleniowej dla pielęgniarek, Warszawa 2009; 60-65.
5. Piątek K., Karczmarek-Borkowska B.: *Zastosowanie portów naczyniowych u chorych leczonych chemicznie*. Przegląd Medycyny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Wydawnictwo UR, Rzeszów 2009, 3; 306-311.
6. Nowakowska-Zajdel E., Bucki B., Rusinowska Z. et al.: *Długoterminowy dostęp żylny typu „port” u dorosłych pacjentów leczonych na oddziale onkologicznym – obserwacje własne*. Wiadomości Lekarskie 2007, LX, 11–51123
7. Mirza B., Vanek VW, Kupensky DT. *Pinch-off syndrome: case report and collective review of the literature*. Am Surg. 2004 Jul;70(7):635-44.
8. Młynarski R.: *Procedura obsługi portu dożylnego*. Onkol Info, Tom 5, 1; 37-40.
9. Goździk J.: *Porty naczyniowe – zastosowanie kliniczne*. Przewodnik Lekarza. Suplement, SESJA II; 98-101.

Aneta Bronka
licencjat pielęgniarstwa
WSS im. M. Pirogowa w Łodzi

Wady wrodzone płodu – problem globalny

Moje osobiste doświadczenia jako matki pielęgniarki

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Akceptacja dziecka niepełnosprawnego jest dla rodziców trudnym i długim procesem, wymagającym od nich ogromnego wysiłku psychicznego w pokonywaniu kolejnych etapów prowadzących do ukształtowania postawy wobec dziecka kalekiego.

Przed 17 laty w Instytucie CZMP urodził się mój Syn, cały i zdrowy. Miałam dużo szczęścia! Okres ciąży, który przed narodzeniem dziecka powinien należeć do najszczęśliwszych, okazał się czasem życia w lęku i niepewności czy narodzone dziecko będzie zdrowe. Moje obawy były uzasadnione, gdyż w 9 tygodniu ciąży przeżyłam ospę wietrzną. Istniało ryzyko powstania wad wrodzonych, dlatego też wiem co czuje matka zaniepokojona o stan zdrowia, a nawet i życie swojego dziecka. Zakażenie *Varicella zoster virus* (VZV) wirusem ospy wietrznej i półpaśca w pierwszych 4 miesiącach ciąży powoduje wady wrodzone, tj. bliznowacenie skóry, niedorozwój mięśni czy też upośledzenie rozwoju umysłowego. Po 20 tygodniu ciąży, jak podaje piśmiennictwo, ryzyko teratogenne jest minimalne. Natomiast ostra infekcja, popularnie nazywana przeziębieniem, wywołwana często niezidentyfikowanym wirusem paragrypy i/lub bakteriami, na którą choruje kobieta do 12 tygodnia ciąży, może spowodować śmierć zarodka i samoistne poronienie oraz różnego rodzaju wady wrodzone (częściej u płci żeńskiej, gdyż zarodek/płód męski przy tych infekcjach z reguły obumiera).

To właśnie wtedy po raz pierwszy miałam możliwość spotkania prof. M. Respondek-Liberskiej, która wykonywała echo serca płodu, gdy byłam w 22 tygodniu ciąży. Profesjonalizm, wydany wynik badania *anatomia płodu bez anomalii* oraz ciepłe słowa z jej ust: *z dzieckiem wszystko jest w porządku – proszę się nie martwić* wspominam do dzisiaj. To badanie uspokoiło mnie, jednak poród nie przebiegał najlepiej z uwagi na zmęczenie, kolejną infekcję tuż przed rozwiązaniem jak również kondycję psychiczną. Całe 9 miesięcy obawy lęku, napięcia emocjonalnego, czasem braku wsparcia zrobiły swoje. Wiele matek zadaje sobie pytania i szuka na nie odpowiedzi: „Dlaczego to właśnie nam urodziło się chore dziecko?”, „Jakie jest ryzyko powtórzenia się wady u kolejnego po-

tomstwa?”, „Jakie są przyczyny takiego stanu rzeczy i czy można takim sytuacjom w jakiś sposób przeciwdziałać?”. Wiele z nich też nie decyduje się na wykonanie badań prenatalnych w obawie przed uszkodzeniem płodu lub poronieniem. Takie niebezpieczeństwo istnieje, ale tylko w 0,5–1 proc. przypadkach badań inwazyjnych tj. amniopunkcja, biopsja kosmówki (trofoblastu), kordocenteza czy fetoskopia. Badania nieinwazyjne typu USG, NMR nie pozwalają postawić pełnej diagnozy, określają jedynie prawdopodobieństwo wystąpienia wad płodu. Są jednak niezastąpione w diagnostyce przedurodzeniowej i w pełni bezpieczne.

Mimo iż ciąży to stan fizjologiczny, to jednak przez cały okres jej rozwoju kobieta pozostaje pod stałym nadzorem położnika, położnej, lekarza rodzinnego. Ciężarna jest pacjentem specyficznym, wymagającym kompleksowej opieki, zwłaszcza w ciąży zagrożonej, nieprawidłowo przebiegającej. Wymaga ona zarówno od lekarzy jak i pielęgniarek szczególnego traktowania, cierpliwości, wyrozumiałości oraz poświęcenia jej uwagi, odpowiedzi na wszystkie nurtujące ją pytania i wątpliwości. Pielęgniarki i położne udzielają świadczeń zdrowotnych kobietom ciężarnym w wielu miejscach, m.in. w poradniach K, w punktach pobrań badań, poradniach genetycznych, w pracowniach USG, następnie w izbach przyjęć, w oddziałach maczyno-płodowych, na blokach porodowych, w oddziałach położniczych, pooperacyjnych i intensywnych terapiach. Obszary te różnią się między sobą specyfiką, zakresem obowiązków i uprawnień pielęgniarek i położnych. Wszędzie jednak należy otoczyć pacjentki życzliwością, zapewnić im spokój i poczucie bezpieczeństwa oraz komfort psychiczny. Niezwykle ważne jest też zachowanie intymności oraz dyskrecji, prywatności oraz tajemnicy zawodowej.

Wykrycie i potwierdzenie podejrzenia wady wrodzonej u płodu stwarza konieczność hospitalizacji matki. Jest to

1. Wykonano RTG klatki piersiowej, potwierdzono prawidłowe położenie cewnika oraz wykluczono powikłania (odma opłucnowa, krwawienie do jam opłucnowych lub śródpiersia).

2. Pacjent znajduje się w dobrym stanie ogólnym (parametry życiowe stabilne – ciśnienie tętnicze, tętno, liczba oddechów).

3. Nie stwierdza się objawów krwawienia miejscowego, nadmiernego bólu czy duszności (duszność o znanej etiologii nie większa niż przed zabiegiem, nie wyklucza możliwości wypisania chorego).

4. Pacjent wychodzi pod opieką osoby dorosłej poinformowanej o zasadach postępowania w przypadku wystąpienia powikłań: krwawienia, duszności czy gorączki [2, 3].

5. Pacjent powinien otrzymać paszport portu zawierający informacje na temat zaimplantowanego portu, położenia i długości cewnika wraz z danymi kontaktowymi ośrodka, który wykonał wszczepienie portu [2].

Implantacja portu u dzieci wymaga monitorowania saturacji krwi włośniczkowej i obserwacji stanu ogólnego przez przynajmniej 24 godz. w warunkach szpitalnych [2].

Powikłania

Implantacja portu jest procedurą inwazyjną obarczoną wieloma powikłaniami. W praktyce klinicznej można wyróżnić powikłania wczesne i późne.

Powikłań wczesne to: krwaki podskórny w miejscu implantacji, odma opłucnowa, nakłucie tętnicy, krwawienie do opłucnej lub śródpiersia, zator powietrzny, nieprawidłowe umieszczenie cewnika w żyłę (migracja lub zapętlenie), nakłucie tchawicy lub przełyku, wytworzenie przetoki tętniczo-żylny, przetoka limfatyczna, uszkodzenie splotu ramiennego [3, 4, 6].

Powikłania późne obejmują: niedrożność cewnika (częściowa lub całkowita), zakrzepica żylna, stany zapalne

sytuacja niezwykle stresująca, zarówno dla ciężarnej jak i jej rodziny. Kobieta wymaga ponownych kontrolnych badań echo, rozszerzenia diagnostyki o dodatkowe konsultacje, konieczności porodu, leczenia dziecka, edukacji na temat planowania kolejnej ciąży. Instytut CZMP w Łodzi jest jednym z niewielu szpitali w Polsce, gdzie współpracują ze sobą dwa szpitale: położniczo-ginekologiczny i pediatryczny. Po porodzie wcześniak czy noworodek nie musi być transportowany karetką czy też helikopterem do odległego o wiele kilometrów szpitala w innym mieście. Inkubatorem transportowym przewożony jest pod nadzorem personelu medycznego, z bloku porodowego do oddziału, w którym to dalej będzie leczony przez zespół neonatologów, pediatrów czy też anestezjologów. Matka nie ma wtedy tak dużego obciążenia psychicznego związanego z rozstaniem z dzieckiem, bądź też pokonywaniem znacznych odległości między jednym a drugim szpitalem. W przypadku wad letalnych, źle rokujących

Na personelu medycznym ciąży więc obowiązek, aby po rozpoznaniu wady u dziecka poinformować jego rodziców w sposób dla nich zrozumiały o zwiększonym ryzyku, udzielić im jak najwięcej porad i zaleceń oraz objąć opieką poradni genetycznych przed kolejną ciążą.

reakcje matek mogą być bardzo różne i zależą w dużej mierze od cech osobowych danego człowieka. Pacjentki mogą skorzystać z ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r. lub też z możliwości oddania dziecka do Hospicjum Domowego dla Dzieci Ziemi Łódzkiej. W tym przypadku bardzo ważna jest pomoc i wsparcie w poradni psychologicznej jak również rozmowy i wsparcie z innymi matkami, które znalazły się w podobnej sytuacji.

Moje przeżycia osobiste związane z ciążą i porodem oraz ponad 20-letnie doświadczenie zawodowe skłoniło mnie do napisania pracy magisterskiej pod kierunkiem prof. M. Respondek-Liberskiej, która stała się współtwórcą mojego sukcesu zawodowego. Teraz z perspektywy czasu myślę, że pewne doświadczenia, sytuacje przydarzają się nam w jakimś konkretnym celu, a spotykane osoby odgrywają jakże znaczącą rolę w naszym życiu. Jako pielęgniarka anestezjologiczna pracująca na bloku operacyjnym pediatrycznym wielo-

krotnie uczestniczyłam i uczestniczę nadal w zabiegach kardiochirurgicznych, neurochirurgicznych, ortopedycznych i chirurgii ogólnej przeprowadzanych u wcześniaków, noworodków i dzieci z wadami wrodzonymi. Miałam sposobność obserwować jakiego rodzaju były to wady i jakie nieodwracalne spustoszenia powodowały w organizmie, skutkując wieloma dysfunkcjami w dalszym życiu, zarówno dziecka jak i jego rodziny.

Urodzenie dziecka z poważną wadą rozwojową często dramatycznie zaburza funkcjonowanie całej rodziny, wywołuje u rodziców uzasadniony niepokój, wiąże się z wieloletnią, wielokierunkową opieką medyczną. Akceptacja dziecka niepełnosprawnego jest dla rodziców trudnym i długim procesem, wymagającym od nich ogromnego wysiłku psychicznego w pokonywaniu kolejnych etapów prowadzących do ukształtowania postawy wobec dziecka kalekiego. Dlatego tak ważną rolę odgrywa przeprowadzana rozmowa personelu medycznego z rodzicami mająca

na celu uzmysłowienie ogromu problemów terapeutycznych, z jakimi będą musieli się zmierzyć w opiece nad dzieckiem. Każda forma kalectwa występująca u dziecka jest druzgocącym ciosem dla rodziców, powodującym silny wstrząs emocjonalny i uczuciowy. Pracownicy pionów położniczo-ginekologiczno-pediatrycznych, lekarze, położne i pielęgniarki odgrywają więc szczególną rolę w opiece nad ciężarną. Wsparcie rodziców, całościowa (interdyscyplinarna) opieka w jednym ośrodku oraz po-

moc dziecka w jego rozwoju emocjonalno-społecznym jest sprawą nadrzędną.

Oczywiście wielu wadom nie można zapobiec, zwłaszcza tym, które mają podłoże genetyczne. Dziecko urodzone z wadą to ogromne nieszczęście dla całej rodziny, to również wielkie nakłady na leczenie i rehabilitację, dlatego tak szczególnego znaczenia nabrało poradnictwo genetyczne. Na personelu medycznym ciąży więc obowiązek, aby po rozpoznaniu wady u dziecka poinformować jego rodziców w sposób dla nich zrozumiały o zwiększonym ryzyku, udzielić im jak najwięcej porad i zaleceń oraz objąć opieką poradni genetycznych przed kolejną ciążą. W poradniach genetycznych zbiera się dokładny wywiad na temat występowania wad wrodzonych i chorób w rodzinie oraz zagrożeń środowiskowych. Ponadto wykonuje się badania genetyczne (genotypu) rodziców i chorego dziecka, bardzo duży nacisk kładzie się na profilaktykę wady cewy nerwowej a rodziny szczególnie obciążone kieruje się do specjalistycznych ośrodków położniczych, gdzie kobieta w ciąży zostaje objęta szczególną opieką. Informacje dla przyszłych rodziców mogą dotyczyć również terapii genowej, będącej wciąż jeszcze w fazie badań klinicznych. Polega ona na wprowadzeniu w miejsce genu zmutowanego genu prawidłowego przy pomocy nowoczesnych technologii inżynierii genetycznych i uniknięciu rozwoju choroby. Porada genetyczna powinna w sposób przejrzysty wyjaśniać mechanizm dziedziczenia, stanowić podstawowy element profilaktyki i leczenia choroby dziedzicznej oraz poprawy opieki nad kobietą ciężarną. Rolą jej nie powinno być obwinianie któregoś z rodziców. Trzeba pamiętać, aby udzielać jej w zrozumieniu dla światopoglądu i wyznania rodziców. Zawsze powinna zawierać element wsparcia psychologicznego. Decyzję o posiadaniu potomstwa zawsze pozostawia się rodzicom.

Podsumowując, nowoczesna medycyna, rozwój wiedzy i technologii wraz ze zmianami ekonomicznymi dają szansę na ratowanie dzieci, przedłużają i poprawiają jakość ich życia. Prawidłowa diagnostyka prenatalna dzięki postępowi i rozwojowi tej młodej gałęzi medycyny daje możliwości lepszego przewidywania i zapobiegania powikłaniom, a także pozwala na wdrożenie odpowiedniego schematu terapeutycznego w trakcie życia płodowego oraz natychmiastowego postępowania chirurgicznego po urodzeniu noworodka. Pociągającym jest fakt, iż Ministerstwo Zdrowia i NFZ widzi potrzebę dalszego wykonywania badań prenatalnych, gdyż przyczyniają się one w ogromnym stopniu do obniżenia zachorowalności perinatalnej i okołoporodowej, służą przygotowaniu matek na niepomyślne wiadomości i podjęciu ostatecznej decyzji co do kontynuacji bądź terminacji ciąży.

Rzetelność wykonywanego nadzoru daje możliwość kierowania matek do specjalistycznych ośrodków referencyjnych, gdzie wdrażane jest właściwe leczenie, również w łonie matki. Diagnostyka prenatalna jest ważna,

gdyż przyczynia się do skrócenia czasu pobytu dziecka w szpitalu, jak również ma ona wpływ na potencjał biologiczny i intelektualny nowego pokolenia. Problem wady wrodzonej to nie tylko problem noworodka czy dziecka, czy też pary małżeńskiej. To wyzwanie dla współczesnej medycyny po to, aby zapobiec śmierci, umożliwić przeżycie, stworzyć warunki dla prawidłowego rozwoju dziecka, ale to także koszty, które ponosimy wszyscy jako społeczeństwo. Wczesna diagnostyka, wczesna terapia, to krótszy okres rehabilitacji, to mniejsze koszty dla wszystkich, warto o tym pamiętać...

mgr Elżbieta Janiszewska
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki
Instytut CZMP w Łodzi

Skróty:

AChE – acetylocholinesteraza
AFP – alfa-fetoproteina
HCG (*human chorionic gonadotropin*) – gonadotropina kosmówkowa
ICZMP – Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
MRI/NMR (*magnetic resonance imaging*) – magnetyczny rezonans jądrowy
OUN – ośrodkowy układ nerwowy
uE₃ – niekoniugowany estriol
USG – ultrasonografia
ZDiPWW – Zakład Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych
UM – Uniwersytet Medyczny

Literatura:

1. Bartel H.: *Embriologia medyczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
2. Bocian E., Mazurczak T.: *Badania cytogenetyczne w diagnostyce chorób genetycznie uwarunkowanych*. Inst. Matki i Dz., Warszawa, 1991.
3. Brzeziński Z., Helwich E.: *Zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej*. IMiD, Warszawa, 2000.
4. Respondek-Liberska M., Marianowski L.: *Zmieniające się oblicze współczesnej diagnostyki prenatalnej*. *Gin. Pol.* 2003, (7):74.
5. Respondek-Liberska M.: *Znaczenie obrazowej diagnostyki prenatalnej*. *Medycyna po dyplomie*. 2003, 3(11).
6. Szaflik K.: *Terapia płodu – aktualny stan wiedzy*. *Stanowisko ekspertów PTG, Ultrasonografia w ginekologii położnictwie*. 2006, 2(3).
7. Ziomek G., Sławska H., Olejek A. i wsp.: *Płód jako pacjent – wewnątrzmaciczne operacje przepuklin oponowo-rdzeniowych w Polsce*. *Post Neonatol* 2010;16:109-116.
8. Skrzypczak J., Kornacki J.: *Diagnostyka wad płodu*. *Terapia* 5/2003.
9. Bohosiewicz J.: *Postępy w diagnostyce i terapii wad płodu*. *Przew. Lek.* nr 1, 2011.
10. Dangel J.: *Kardiologia płodu. Zasady diagnostyki i terapii*. Poznań, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, 2007.
11. Wielgoś M., Bomba D.: *Postępowanie w wybranych wadach rozwojowych i płodu*. *Nowa Medycyna*, (6/99).
12. Echo Płodu – *Polska Kardiologia Prenatalna* 1(3)2012



Syn Autorki
z prof. M. Respondek-Liberską



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek- najlepsza inwestycja



ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH ULTRA FORTE

Zapraszamy
Panie pielęgniarki i położne, Panów pielęgniarzy i położnych
na bezpłatne szkolenia z zakresu:

Asertywności - 17-18. 01. 2013 r. •

Komunikacji w zespole i przekazywania
trudnych informacji - 22-23. 01. i 02-03. 02. 2013 r.

Komunikacji z pacjentem i jego rodziną
19-20. 01. i 04-05. 02. 2013 r.

Radzenia sobie ze stresem - 29-30.01. 2013 r. •

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ BEZPŁATNIE:

- materiały dydaktyczne
- płytę z multimedialnym kursem
- książki związane z tematem warsztatów
- certyfikat uczestnictwa
- poczęstunek

Zajęcia prowadzą doświadczeni, certyfikowani trenerzy posiadający dużą wiedzę psychologiczną i współpracujący od lat ze środowiskiem medycznym.

PUNKT REKRUTACYJNY
92-204 Łódź, ul. Józefa 7/35
tel. kom. 512 228 406
tel. 42 239 41 16

Biuro Projektu
TEB Edukacja Piotrków Trybunalski
ul. Armii Krajowej 24 a
tel. (44) 647 09 72

Dowiedz się więcej na:
www.efs.teb.pl

Fundacja GAJUSZ Centrum
Opieki Paliatywnej dla
Dzieci zatrudni pielęgniarkę/
pielęgniarza na cały etat,
wymagane prawo jazdy.

Tel: (0-42) 632-06-06
606-984-275

bsiedlecka@gajusz.org.pl



Angielski medyczny

Przygotowanie do wyjazdów
i egzaminów

www.malgorzatomazik.pl

tel.: 500 368 778



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. 42 630 95 59, kom. 784 009 277
90-224 Łódź, ul. Pomorska 83/85

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
42 630 95 59
42 630 73 00
LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY ORAZ
SPECJALIZACJE

SPECJALIZACJE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo operacyjne • Pielęgniarstwo położnicze • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej •
Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo anestezyjologicznej i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo psychiatryczne •
Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo zachowawcze • Pielęgniarstwo chirurgiczne

SPECJALIZACJE DLA POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo położnicze

SPECJALIZACJE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo neonatologiczne • Pielęgniarstwo epidemiologiczne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej •
Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo
ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo
onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie
• Edukator w cukrzycy • Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania
spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Wykonanie
konikopunkcji i odbarczanie odmy przeźnej oraz wykonania dojścia doszpikowego

**CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE
ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI**

**PLATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**

Możliwość dofinansowania przez ORPiP
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl



Wojewódzki Ośrodek Kształcenia Kadr Medycznych w Łodzi organizuje w 2013 r. następujące specjalizacje dla pielęgniarek:

specjalizacja dla pielęgniarek w dziedzinie **pielęgniarstwa rodzinnego**
specjalizacja dla pielęgniarek w dziedzinie **pielęgniarstwa zachowawczego**

Czas trwania specjalizacji – 24 miesiące.

Dokumenty wraz z wnioskiem (dostępnym na stronie WODKM – <http://www.wczp-lodz.pl/?sekcja=2>) należy składać do dnia 15 stycznia 2013 r.



Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do uczestnictwa w comiesięcznych, otwartych, wtorkowych szkoleniach w 2013 roku. Przedstawimy Państwu następujące zagadnienia:

8 stycznia 2013 r.	„Higiena rąk” – szkolenie dla salowych i sanitariuszy szpitalnych
5 lutego 2013 r.	Urazy ośrodkowego układu nerwowego u dzieci”
5 marca 2013 r.	„Obrażenia ciała u dzieci – rany, złamania”
9 kwietnia 2013 r.	Współpraca lekarza i pielęgniarki w diagnostyce i leczeniu dziecka z chorobą alergiczną”
7 maja 2013 r.	Dzień Pielęgniarki i Położnej „Dylematy etyczne w pracy pielęgniarki i położnej”
4 czerwca 2013 r.	„Choroba bostońska”
3 września 2013 r.	„Choroby przenoszone przez kleszcze. Najczęstsze choroby pasożytnicze wieku dziecięcego”
1 października 2013 r.	„Stany zagrożenia życia w pediatrii”
5 listopada 2013 r.	„Wpływ fazy przedanalizycznej na zasady współpracy klinik z laboratorium diagnostycznym”
3 grudnia 2013 r.	„Niefarmakologiczne metody zwalczania bólu u noworodka”

Miejsce szkoleń:

Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”, Łódź ul. Rzgowska 281/289
Aula pawilonu ginekologiczno-położniczego godz. 13.00 – 15.00

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy kierować telefonicznie (na dwa tygodnie przed wyznaczonym terminem szkolenia) pod numer 271-11-19 – Koordynator ds. szkoleń.

z poważaniem
Filomena Bielecka

Jesienne warsztaty szkoleniowe

PTPOP

IWONA ZASINA

W dniu 14–16.10.2012 r. odbyły się „Jesienne warsztaty szkoleniowe dla pielęgniarek opieki paliatywnej” w Rawie Mazowieckiej. Przybyło na nie około 50 pielęgniarek z całej Polski. Wiodącymi tematami były:

1. **Diagnozowanie w pielęgniarstwie z wykorzystaniem międzynarodowej klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej – ICNP – International Classification for Nursing Practice.** Tematy poruszane na wykładach dały pielęgniarkom możliwość zapoznania się z wprowadzeniem w niedalekiej przyszłości ujednoliconej wersji elektronicznej prowadzenia pielęgniarstwa dokumentacji w opiece paliatywnej. Wprowadzone kody ICNP są potrzebne do tworzenia katalogów w celu zarządzania wiedzą pielęgniarską i finansowaniem ich dokonań w danej placówce.

2. **Opracowanie i wdrażanie procedur i standardów w opiece paliatywnej.** Omawiano cele i zadania stosowania standardów. Dłużej zatrzymano się nad ułożeniem standardu cewnikowania chorych. Każda rada doświadczonych pielęgniarek w tej dziedzinie była konsultowana i oceniana przez wykładowcę. Praca wg utworzonego standardu da możliwość prawidłowego wykonania zabiegu cewnikowania oraz ocenę celowości zakładania i utrzymywania cewnika w pęcherzu moczowym.

Wykładowcami były:

- mgr Dorota Kilańska, Akredytowane Centrum Badań i Rozwoju ICNP, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- oraz mgr Anna Janusz-Białoń, Hospicjum Św. Łazarza, Kraków.

Pobyt w przepięknym Hotelu Ossa dał możliwość podzielenia się doświadczeniami w ocenie i monitorowaniu bólu przewlekłego u pacjenta w opiece paliatywnej oraz leczeniu ran przewlekłych.

Wykładowcy:

- mgr Izabela Kaptacz, Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej,
- konsultanci wojewódzcy: mgr Elżbieta Skowrońska, mgr Elżbieta Ruta, mgr Anna Kaptacz – Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.

W sesji panelowej oceniono aktualną sytuację, problemy i wyzwania w pielęgniarstwie opieki paliatywnej. Organizatorom i wykładowcom serdecznie dziękujemy za możliwość uczestnictwa w warsztatach.

w imieniu pielęgniarek opieki paliatywnej:
pielęgniarka specjalista w dziedzinie
pielęgniarstwa opieki paliatywnej
Iwona Zasina, Hospicjum Domowe Salve Łódź



Autorka
artykułu
na tle
Hotelu Ossa

Pracujemy bezpiecznie, budujemy świadomość, zadbajmy o własne zdrowie



Po raz pierwszy w Polsce 6 listopada 2012 r. w Centrum Dydaktyczno-Klinicznym UM w Łodzi odbyło się międzynarodowe seminarium na temat ekspozycji zawodowej na czynniki biologiczne personelu medycznego pt.: „**Nasze bezpieczeństwo to także bezpieczeństwo pacjenta – Dyrektywa 32/2010/EU. Ochrona zdrowia i bezpieczeństwo wykonywania zawodów medycznych w UE.**”

Spotkanie miało na celu omówienie problemu zakłuć ostrymi narzędziami wśród pielęgniarek i położnych, ocenę ryzyka zakażenia czynnikami chorobotwórczymi zwłaszcza wirusami hepatotropowymi, takimi jak HBV, HCV, HIV oraz wymianę doświadczeń między krajami UE. Międzynarodowe gremium pielęgniarek pochyliło się nad problemem implementacji Dyrektywy 32/2010/EU. Polska jest zobowiązana do 11 maja 2013 r. wprowadzić Dyrektywę 32 z 2010 r. Dokument uznaje, że codzienna praca personelu opieki zdrowotnej naraża go na ryzyko ciężkich zakażeń. Najważniejszym celem Dyrektywy jest ochrona pracowników narażonych na ekspozycję poprzez zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy oraz zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Udział w nim wzięło około 100 pielęgniarek głównie z Łodzi, ale innych miast Polski. Zaproszono także przedstawicieli stowarzyszeń pielęgniarskich z innych krajów, takich jak: Czechy – Czeskie Towarzystwo Pielęgniarskie reprezentowały: Jindra Kraciková i Jindřiška Pavlicová; Bułgaria: Bułgarskie Stowarzyszenie Profesjonalistów Ochrony Zdrowia w Pielęgniarstwie reprezentowała Milka Vasilieva – prezes. Słowację reprezentowała Maria Levyova – prezes Słowackiej Izby Pielęgniarek i Położnych, Rumunia była reprezentowana w osobie Carmen Maziilu – prezes Rumuńskiej Izby Medycznej, Oddział w Bukareszcie.

Wśród wykładowców byli także prof. dr hab. Maria Gańczak i dr n. med. Bożena Gorzkowicz (ekspert Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w zakresie środowiska pracy), reprezentujące Pomorski Uniwersytet Medyczny). Łódzkie środowisko wykładowców reprezentowali dr Marcin Rybacki z Instytutu Medycyny Pracy oraz mgr Dorota Kilańska z PTP Oddział w Łodzi.

Swoją obecnością zaszczytili nas również mgr Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca ORPIP, dr hab. n. med. prof. Andrzej Zieliński z Oddziału Pielęgniarstwa i Położ-

nictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz mgr Janina Żurawska – Przewodnicząca PTP oddziału w Łodzi.

Ekspozycja zawodowa to niepożądany kontakt pracownika medycznego z materiałem zakaźnym (np. krwią) w związku z wykonywaniem pracy zawodowej. Wszystkie zabiegi medyczne, podczas których używany jest sprzęt ostry (igły, lancety, elementy szklane, itp.) oraz zabiegi, w trakcie których pracownik służby medycznej ma kontakt z krwią (np. pobieranie krwi, kaniulacja żył i tętnic, iniekcje itp.) stanowią potencjalne źródło ekspozycji. Osoby bezpośrednio narażone to przede wszystkim pielęgniarki. **W Polsce szacunkowo dochodzi rocznie do 37 tys. zakłuć ostrym sprzętem medycznym, czyli do około 100 zakłuć dziennie,** najczęściej podczas wykonywania iniekcji, zakładania kaniul dożylnych, pobieraniu krwi, ale i podczas zdejmowania igły ze strzykawki lub wkładaniu zużytej igły do pojemnika. Ekspozycja zawodowa niesie za sobą wysokie ryzyko zakażenia. Personel medyczny podczas codziennej pracy narażony jest na ryzyko zakażenia wskutek zakłuć ostrymi narzędziami ponad 30 potencjalnymi niebezpiecznymi patogenami. Najbardziej niebezpieczne są wirusy hepatotropowe HBV, HCV, HIV, gdzie prowadzona obecnie profilaktyka zabezpiecza tylko przed zakażeniem wirusem HBV i HIV nie ma obecnie żadnej dostępnej prewencji w przypadku wirusa HCV. Średnie ryzyko transmisji zakażenia HIV, HBV, HCV po ekspozycji zawodowej to: HIV – 0,3 proc. (0,1 ml krwi potrzebna jest do zakażenia), HCV – 1,8 proc. Już tylko 0,0004 ml krwi (niewidoczna gołym okiem) może już spowodować zakażenie wirusem HBV. Zgodnie z szacunkami Polskiej Grupy Ekspertów HCV liczba zakażonych w Polsce może wynosić



Tradycyjna igła typu venflon

około 730 000 czyli 1,9 proc. populacji. Większość z nich pozostaje dotychczas nierozpoznana. Według tych danych można przyjąć, że blisko 700 000 Polaków nie wie, że jest zakażona HCV, co jest ogromnym zagrożeniem dla personelu medycznego i reszty społeczeństwa, ze względu na łatwość przenoszenia się wirusa. Brakuje jednak obecnie jednorodnego modelu postępowania poekspozycyjnego.

W rozporządzeniu przygotowywanym przez GIS brakuje zapisów, które zobowiążą pracodawców do wprowadzenia bezpiecznego sprzętu w Polsce, co uczyni tę pracę bezpieczniejszą i atrakcyjniejszą dla pielęgniarek. Bezpieczny sprzęt/ostrze z mechanizmem zabezpieczającym przed zranieniem – zdefiniowane zostały przez federalną agencję BHP (OSHA), jako *ostrze lub igła używana do pobierania płynów ustrojowych, uzyskania dostępu do żyły lub tętnicy lub podawania leków oraz innych płynów z wbudowanym mechanizmem zabezpieczającym, który skutecznie zmniejsza ryzyko ekspozycji.* Stosując bezpieczny sprzęt można zapobiec 56 proc. wszystkich zakłuć. Badania francuskie wykazały, iż 12 z 13 zakłuć, które skutkowały zakażeniem hepatitis C i HIV można by zapobiec, gdyby posługiwano się bezpiecznym sprzętem. Według Hiszpańskiej Rady Pielęgniarek wprowadzenie bezpiecznego sprzętu to oszczędność nawet 75 proc. kosztów wynikających z postępowania poekspozycyjnego, ponoszonych przez pracodawców.

Proces implementacji Dyrektywy wymaga zaangażowania towarzystw, stowarzyszeń ochrony zdrowia. Współpraca z osobami zarządzającymi państwem i ochroną zdrowia, to droga dla pozyskania prostego i dobrego narzędzia do



Niebezpieczna praktyka



Igła venflon z zabezpieczeniem przed zakłuciem

zmniejszenia liczby zakłuć. Należy pamiętać, że zawsze lepiej przeciwdziałać niż leczyć, koszt jednej procedury poekspozycyjnej to ok 6 tys. zł (badania i leki retrowirusowe) a leczenie zakażonego pracownika to już koszt kilkudziesięciu tysięcy, nie zapominając o skutkach emocjonalnych i społecznych, które to nie da się zmierzyć.

Zaproszeni goście jednym głosem podkreślali ważną rolę produktów nowej generacji zaprojektowanych z myślą o bezpiecznej pracy. Dyrektywa EU 32/2010 nakazuje zintegrować działania, które wraz z wprowadzeniem jej w życie powinny zostać podjęte. Za najważniejsze uznali:

1. Prowadzenie ujednoliconego systemu oceny ryzyka.
2. Raportowanie zakłuć według ogólnokrajowego standardu postępowania.
3. Wdrożenie działań profilaktyczno-prewencyjnych w postaci obowiązkowych szkoleń dla pracowników i pracodawców.
4. Prowadzenie badań monitorujących ekspozycję zawodową według ujednoliconej metodologii.

Uczestnicy spotkania ustalili, że podejmą współpracę w zakresie implementacji Dyrektywy 32/2010/UE do prawodawstwa poszczególnych krajów, przygotowują raport dotyczący implementacji Dyrektywy, który zostanie opublikowany w ww. krajach. Organizacje pielęgniarskie przygotowują wspólny raport do Komisji Europejskiej z działań instytucji rządowych w tym zakresie oraz analizę implementacji Dyrektywy i wpływu norm prawnych po 11 maja 2012 r. na zdrowie publiczne obywateli i bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia. (J.G.)



Bezpieczne zdejmowanie igły z peną

Międzynarodowa konferencja „Beliańskie Dni Pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo ponad granicami”

dr n. med. ANNA CISIŃSKA

W dniach 8–9 listopada 2012 r. na Słowacji odbyła się III Międzynarodowa Konferencja Naukowa pt. „Beliańskie Dni Pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo ponad granicami”. Miejszem obrad było Sanatorium Tatrzańskie w Kotlinie położone w mieście Vysoké Tatry.

Głównymi organizatorami konferencji byli Słowacka Izba Pielęgniarek i Położnych, Regionalna Izba Pielęgniarek i Położnych Vysoké Tatry, Sekcja Pielęgniarstwa w Gruzicy i Chorobach Płuc, Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie, Sanatorium Tatrzańskie w Kotlinie, Wydział Nauk o Zdrowiu Katolickiego Uniwersytetu w Rużomberku oraz Południowoczeski Uniwersytet w Czeskich Budziejowicach. W Komitecie naukowym znaleźli się: dr Lukáš Kober z Katolickiego Uniwersytetu w Rużomberku – przewodniczący Regionalnej Izby Pielęgniarek i Położnych Vysoké Tatry (Słowacja), mgr Danko Halečková – pielęgniarka naczelna Sanatorium Tatrzańskie w Kotlinie (Słowacja), dr Mariana Magerčáková z Katolickiego Uniwersytetu w Rużomberku, dr n. med. Mariola Głowacka z Collegium Medicum w Bydgoszczy, mgr Wojciech Nyklewicz z Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego w Warszawie oraz mgr Jaroslav Pekara z Południowoczeskiego Uniwersytetu w Czeskich Budziejowicach (Czechy). Tematyka konferencji obejmowała zagadnienia związane z historią pielęgniarstwa, kształceniem pielęgniarek oraz pielęgnacją dorosłych i dzieci w różnych jednostkach chorobowych głównie układu oddechowego.

Uroczystego otwarcia konferencji i powitania uczestników dokonał dr Lukáš Kober. Następnie głos zabrali między innymi: mgr Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz mgr Wojciech Nyklewicz – przedstawiciel Fundacji Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego.

Uczestnicy konferencji mieli możliwość wysłuchania podczas trwania sesji tematycznych w ciągu 2 dni 40 referatów. W trakcie konferencji referaty wygłosiło 12 prelegentów z Polski: B. Cholewka (Zmiany legislacyjne w zakresie pielęgniarstwa w Polsce), M. Głowacka, I. Górecka (Efektywność treningu aktywnego leczenia farmakologicznego pacjentów psychicznie chorych jako wyznacznik ról pielęgniarki), M. Głowacka, J. Malik (Mundur pielęgniarski jako czynnik determinujący wizerunek pielęgniarki), D. Gutkowska, B. Gugala, A. Iwanicka-Maciura, J. Kołodziej (Postawy rodzi-

ców wobec szczepień ochronnych stosowanych u dzieci), A. Iwanicka-Maciura, L. Maciura, B. Gugala, D. Gutkowska (Przegląd rozwiązań telemedycznych w pielęgniarstwie), J. Kowalik (Ocena jakości życia chorych na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc), R. Mroczkowska, B. Serzysko (Problemy pielęgnacyjne chorych po operacji przeszczepiania płuc), G. Rogala-Pawelczyk (Koncepcja zdrowia publicznego a rozwój pielęgniarstwa w Polsce), H. Starosolska, W. Kołodziej (Kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek w województwie śląskim w latach 1946-1977), J. Witanowska, J. Patyna (Próba oceny wiedzy rodziców dzieci chorych na gruźlicę w zakresie opieki), M. Wojciechowska (Wpływ edukacji zdrowotnej na jakość życia chorego z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc).

We wspomnianym gronie – prelegentów znalazła się również przedstawicielka Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi dr n. med. Anna Cisińska, która wygłosiła referat pt. „Migracje pielęgniarek w XX w.”. W swoim wystąpieniu przedstawiła główne przyczyny migracji pielęgniarek (historyczno-polityczne, edukacyjne, ekonomiczne, ideologiczne, rodzinne) oraz ich uwarunkowania. Tematyka migracji pielęgniarek w ujęciu historycznym oraz historyczno-socjologicznym jawi się jako frapujący obszar badawczy, wnoszący wartościowe treści do powszechnej historii pielęgniarstwa, które pozostaje cennym źródłem inspiracji.

W ramach konferencji na zakończenie pierwszego dnia obrad zaprezentowano film fabularny pt. „Florence Nightingale”. W piątek zaś odbyło się wręczenie odznaki Białe Serce pielęgniarkom i położnym z regionu Vysoké Tatry za ich długoletnią i wyróżniającą się pracę. Odznaka Białe Serce to wyróżnienie za wyjątkowy charakter opieki, wiedzy i humanizmu, które wypełniają ducha pracy.

Konferencja była okazją nie tylko do zaprezentowania nowości w pielęgniarstwie, ale przede wszystkim wymianą myśli i doświadczeń słowackich, polskich i czeskich pielęgniarek. Należy ocenić wysoko inicjatywę organizatorów, którzy dołożyli wszelkich starań, aby przedsięwzięciu nadać odpowiednią rangę pod względem naukowym i merytorycznym.

dr n. med. Anna Cisińska

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Potrzeba matką wynalazku

Zawód pielęgniarki powoli staje się w pewnych aspektach, chwilami profesją bardziej biurową, aniżeli stricte medyczną. Jednakże nigdy nie może zabraknąć czasu w nim na udzielenie wsparcia rezydentowi i jego rodzinie

Minął już okres wakacji, a słońce schowało się za chmurami. Anglię spowiła gęsta warstwa chmur, a wspomnienie ciepłych dni poszło w zapomnienie. Wiatr powiał ze znaną sobie siłą, a ulice pokryła deszczówka, która wpisana jest w tradycyjną pogodę tego miejsca na ziemi. Wspomnienia ciepłych chwil w Polsce i krótkich wakacji przeszły do lamusa. Czas powrócić do rzeczywistości pracy i codziennych mniejszych i większych problemów. Jedyne co mi pozostało po powrocie z wakacji do zdjęcia pięknych Tatr i Morza Bałtyckiego.

Lubię fotografować. Fotografowanie stało się to zbiorową modą i nieodzowną formą pamiątnikarstwa większości społeczeństwa. Można rzec śmieje, że robienie zdjęć to nie tylko super zabawa, ale i obowiązek. Co to za sobą niesie? Ano wnikliwą koncepcję nieustannej edukacji, rewitalizacji, sięgania do skrzynki zwanej „wspomnieniami” i ukończenia powiedzenia „uczmy się na błędach.”

Na zebraniu dla personelu domu opieki mieliśmy możliwość obejrzenia projekcji serii zdjęć. A któż chciałby pokazać mi zdjęcia? Może będą to piękne krajobrazy albo uciechy z setnych urodzin pra-pra-pra babci? Nic bardziej mylnego. Ani przyrody, ani babci zdmuchującej sto świeczek na torcie tym razem nie będzie. Cóż one przedstawiały? Hm... Zastępca kierownika domu niczym wytrawna mrówka-robotnica w ostatnich tygodniach okiem-kamery „pstrykał zdjęcia” dokumentacji dotyczącej sprawowania opieki i pielęgnacji rezydentów. Swoje spostrzeżenia zawarł w pokazie slajdów, na których widoczne były luki, błędy i braki we właściwym dokumentowaniu.

Odkąd pamięć moja sięga – zawsze przestrzegano i instruowano personel o właściwym prowadzeniu dokumentacji pielęgniarstwa. Nie do końca byłem jednak świadomy, że można w tak wysublimowany sposób ukazać, nie wytykając palcami, błędy ludzkie i zaniedbania. I choć piszę to nieco z nutką ironii, to jednak muszę przyznać, że skutek takich działań ukaże owoce w najbliższej przyszłości. Końcem końca zebranie skończyło się refleksją, której efekt będzie widoczny w postaci zwiększenia obowiązków prowadzenia dokładnej dokumentacji i ewidencji wszel-

kich spostrzeżeń wynikających z dostarczania klientowi świadczeń opiekuńczo-pielęgniarskich.

Tu ukradkiem chciałbym powiedzieć, że też w pracy, podobnie jak moje koleżanki i koledzy, pełnię rolę „fotografa”. To co w kraju wydaje się jeszcze odległą rzeczywistością, tutaj jest codzienną praktyką. Jak to wyrazić najłatwiej?

Jednym ze sposobów ewidencji świadczenia opieki jest właśnie robienie zdjęć wszelkich zmian występujących na skórze podopiecznych. Będą to kolejno: zadrapania, skaleczenia, siniaki, wszelkie przerwania ciągłości skóry, odleżyny, opuchnięcia, dyslokacje, zmiany zabarwienia skóry i inne charakterystyczne zmiany, które personel pielęgniarski uzna, że wzbudziły jakiegokolwiek obawy. Następnie takie zdjęcie jest drukowane i umieszczane w odpowiedniej sekcji planów opieki.

W firmie, w której pracuję prawie całość dokumentacji związanej z rezydentem prowadzi się w formie papierowej. Jednakże wiele firm prowadzi formę rejestracji danych w programach komputerowych.

Każdy rezydent (pacjent) ma zakładany skoroszyt zwany tutaj folderem, w którym znajdują się o nim wszystkie informacje. Począwszy od podstawowych danych osobowych, jak i wszelkie zgodny na świadczenie opieki. Wyrażenie zgody może się odbywać także poprzez działania tzw. *best interest*, czyli w najlepszym interesie. Jest to w przypadku, gdy osoba nie ma świadomości swoich działań (np. w zaawansowanej demencji) i zgodę wyraża rodzina, pracownik socjalny lub pielęgniarka.

Udzielenie zgody to nie tylko podpis składany w dokumentacji. Jest nim zaplanowanie opieki w postaci oszacowania w jakim zakresie rezydent może podejmować samodzielnie decyzję, a w jakim już nie? Wszystko musi odbywać się z poszanowaniem godności i *choice giving* – daniem wyboru. Jest to bardzo ważne. Już w momencie szukania pracy potencjalny pracodawca zadaje pytanie standardowe, które brzmi: Co weźmiesz pod uwagę w opiece nad osobą starszą? To właśnie: *dignity* – godność, *respect* – szacunek, *giving choice* – danie wyboru, są trzema podstawowymi składowymi podstawami opieki.

Przykład: Nie można nikogo zmusić, by wziął tabletkę, ale fakt odmowy trzeba udokumentować, a w przypadku kilkakrotnej odmowy informuje się lekarza. Tabletki, której rezydent nie wziął, nie wolno wyrzucić, bowiem umieszcza się ją w specjalnym małym woreczku, opisuje się dawkę i ilość, co musi potwierdzić druga pielęgniarka i odnotowuje się w specjalnym protokole zniszczenia tabletki. Taki woreczek umieszcza się w zbiorczym specjalnym kontenerze.

Inne elementy prowadzonej dokumentacji są podziałem na sekcje, których nazwy, chociaż niektórych przybliżę czytelnikom:

Sekcja: Integralność skóry i zdolność utrzymania potrzeb tkanek (*tissue viability needs*). W dziale takim oszacowuje się potencjalne ryzyko (tzw. risk assesment) zmian skórnych, także w oparciu o skalę Waterlow jako części profilaktyki przeciwoleżynowej. Tego typu skalę wykonuje się raz w miesiącu. Następnie tworzy się plan opieki, którego wstęp tworzą oczekiwane efekty. Planuje się działania zapobiegawcze w postaci co miesięcznej ewaluacji, a zmiany bieżące wpisywane są w osobnej części tej samej sekcji. Tutaj właśnie umieszcza się wydrukowane fotografie zmian skórnych i kolejno dołącza się następne, aby mieć dowód np. gojenia się odleżyny. Do sekcji tej dołącza się wszelkie inne dane, jak na przykład: jakie zastosowano leki, opatrunki, zalecenia od pielęgniarki zajmującej się zmianami skórnymi, czy lekarza. O wszelkich zmianach należy poinformować rodzinę telefonicznie. Upadek z łóżka i wystąpienie zasinień, to powód by dodatkowo zarejestrować zdarzenie (*accident* – wypadek) w systemie komputerowym, gdzie raport jest wysyłany do centrali firmy (w której pracuję) oraz do kierownika domu.

Sekcja: Potrzeby ruchowe (*mobility needs*), gdzie określa się zasób potrzeb związanych z poruszaniem lub unieruchomieniem rezydenta. Dokładnie wypełnia się odpowiednie rodzaje możliwości ruchowych.

Na przykład to, w jaki sposób rezydent może przemieszczać się z łóżka na fotel, czy może sam chodzić, czy wymaga specjalistycznej pomocy? Określa się w tej sekcji: ilu opiekunów wymaga się przy pomocy w poruszaniu się, czy używać podnośnika i jego rodzaju, czy używać przesłania do poślizgowego do obracania chorego w łóżku (zapobiega się chwytaniu za ręce i pozostawieniu np. śladu po uścisku – wylewy podskórne, zaczerwienienia). Oszacowuje się też w tej sekcji ryzyko upadków poprzez wypełnienie odpowiednich ankiet. Dokumentuje się upadki i inne zdarzenia związane z potrzebami ruchowymi.

Założenie barierek przyłóżkowych musi odbywać się z zasadami oszacowania ich zasadności i wyrażenia zgody przez rodzinę.

Podobnie jak w potrzebnej sekcji określa się oczekiwane cele, planuje opiekę i ewaluje na bieżąco zmiany.

W zasadzie każda z sekcji wygląda podobnie, gdyż w planowanie opieki zwykle poprzedza szereg pytań, testów i skal, które pomagają oszacować realne potrzeby podopiecznego. Czasami są zawarte algorytmy postępowania np. w sekcji potrzeby odżywiania, gdzie są umieszczone polecenia, za którymi należy podążyć np. w przypadku spadku masy ciała w ciągu miesiąca poniżej przewidzianej normy.

Przytoczę w tym miejscu jedynie niektóre nazwy poszczególnych sekcji, które między innymi należy wypełniać zgodnie z zasadami firmy:

- potrzeby psychologiczne, emocjonalne, związane ze snem, potrzeby seksualne,
- higiena osobista,
- potrzeby związane z wystąpieniem infekcji (*infection control needs*),
- potrzeby związane z komunikowaniem się,
- potrzeby związane z zachowywaniem się (*human behaviour needs*) – np. epizody agresji,
- potrzeby związane z oddychaniem,
- stany nagłe i potrzeby związane z utratą przytomności,
- potrzeby związane z przyjmowaniem leków (*drug therapies and medication needs*),
- potrzeby związane w wydalaniem.

Dodam tylko, że jest jeszcze szerszy zakres dokumentacji, które zamieszcza się odpowiednio do potrzeb planów opieki (*care plan*). Nie wszystkie się wypełnia od razu, bowiem niektóre sekcje zakłada się dopiero w momencie wystąpienia danej potrzeby. W firmie, w której pracuję skoroszyt przypadający na jednego rezydenta to minimum 16 podstawowych sekcji.

Jeśli miałbym określić procentowo czas, który poświęcam dla rezydenta, a czas poświęcony na prowadzenie dokumentacji, to muszę z przykrością stwierdzić że 60 proc. czasu poświęcam na prowadzenie dokumentacji i czynności około dokumentacyjnych, jak: rozmowy z rodzinami rezydentów o ich stanie zdrowia, kontakty z zespołem terapeutycznym (lekarz, inne pielęgniarki, pracownicy aptek, fizjoterapeuci).

Na zakończenie nasuwa mi się refleksja, że zawód ten powoli staje się w pewnych aspektach, chwilami profesją bardziej biurową, aniżeli stricte medyczną. Jednakże nigdy nie może zabraknąć czasu w nim na udzielenie wsparcia rezydentowi i jego rodzinie. Jest to także weryfikowane w postaci ankiet, które wypełniają odwiedzający i kontrolujący firmę (dom opieki).

Pielęgniarka X

Adwent w roku wiary

BARBARA JAGAS

Pierwszą niedzielę grudnia rozpoczął się adwent – czas przygotowania, oczekiwania i nadziei. Czas refleksji, wyciszenia, zastanowienia się nad sobą i swoją wiarą. Tegoroczny adwent wpisuje się w obchody ogłoszonego 11 października przez Ojca Świętego Benedykta XVI Roku Wiary. Zgodnie z zachętą Ojca Świętego woli wskazań, które przekazał w liście Porta Fidei, chcemy przeżyć ten rok intensywnie pracując nad poznaniem, umocnieniem i realizowaniem naszej wiary.

Prawdziwy to czas zewnętrznego i wewnętrznego przygotowania na przyjście Chrystusa. To czas modlitwy za siebie i swoich bliskich, aby należycie go przeżyć, aby patrząc w wieniec adwentowy z zapalonymi świecami nie przeżywać stresu i wewnętrznego napięcia, że tak blisko święta a tyle jest jeszcze do zrobienia...

To czas rorat, rekolekcji, przygotowanie należycie serca i umysłu na największy znak, jakim będzie Bóg w szopie otoczony zwierzętami i aniołami, adorowany przez uczonych, królów i prostych pasterzy.

Gdy pochylisz się nad żłóbkiem poszukaj sensu w tych skrajnościach, które się wzajemnie uzupełniają i prze-

platają. Wtedy Twoje życie nabierze prawdziwego sensu, mimo paradoksów i wewnętrznych sprzeczności.

* * *

W radosnym nastroju Świąt Bożego Narodzenia, przełamując się opłatkami, życzymy sobie i swoim bliskim miłości, która sprawia, że życie nabiera sensu, wiary, która pozwala trwać przy Jezusie i nadziei, by rozświetlała mroki naszego życia – tego życzy wszystkim Koleżankom i Kolegom Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Oddział Wojewódzki w Łodzi z asystentem kościelnym ks. Pawłem Sudowskim.

* * *

Rekolekcje adwentowe dla pracowników służby zdrowia odbędą się w Kościele ks. Jezuitów – Sienkiewicza 60 – w dniach 20, 21, 22 grudnia o godz. 19.00. Serdecznie zapraszamy.

Barbara Jagas
członek Zarządu KSPiPP
pielęgniarka, Przychodnia nr 41 w Łodzi

Podziękowanie dla Pani **JANINY CIECIURY** – starszej pielęgniarki Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Powiatowego w Radomsku.

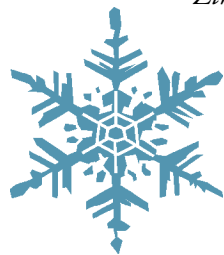
W związku z przejściem na emeryturę składamy serdeczne podziękowania i wyrazy uznania za pełną zaangażowania pracę zawodową, sumienność i rzetelność w wykonywaniu zawodowych obowiązków.

Dziękujemy za troskę, cierpliwość i uśmiech w stosunku do pacjentów oraz całego zespołu współpracującego.

Życzymy w następnym etapie życia dużo zdrowia, pogody ducha oraz spełnienia marzeń.

Przełożona Pielęgniarek i Położnych,
Pielęgniarki Oddziałowe
oraz koleżanki pielęgniarki i położne
Szpitala Powiatowego w Radomsku

GWIAZDKA 2012



Zima była, lecz się zmyła smugą deszczu , wiatru wianiem
 Z kąta jesień wydlubala i na biegun szybko zwiata
 Tam w zaprzęgu Mikołaja czeka na początek roku
 Może zjedzie już na Święta świeża i wypoczęta
 okraśi śniegiem pola i lasy
 zmrozi stawy, rzeki i sioła
 Choinki błyszczące ubierze
 Lecz ja w takie szczęście
 Jeszcze dziś nie wierzę.

Gdy Gwiazdka zabłyśnie za oknem
 W szeregu stanie z trzaskiem łamany opłatek
 I życzenia w Dniu Bożego Narodzenia.
 Niechaj zdrowie Was otoczy i w przyszłości trwa
 Spokój szczęście i pogoda niechaj w duszy gra.
 Bal w Sylwestra niech szampańsko minie
 Oraz przyniesie radość i ciepło rodzinie.
 Kiedy Stary Rok powie „do widzenia”
 Niechaj spełnią się marzenia , ze Nowy Rok
 Będzie lepszy, szczęśliwszy i piękniejszy.

Gwiazdy złoczone, choinki zielone
 Lecące wrony, śnieg pod nogą skulony
 Małe pudelki zasp, samochody płatków,
 Igielki mrożonej wody , statki wiatru ,
 Kolory prezentów, barwy kokardek
 Wojny szalonego światła , słońca bijące tęczą w oczy
 Pachnące sianem , stoły ciepłem ogrzane
 To koniec roku.
 Radosne dni maku, miłe chwile wanilii
 Lepsze minuty karpia, cudowne sekundy prezentów
 Ciepłe momenty szczęścia , spokojne miesiące pracy
 Wielkie kwartaty zdrowia, wiosna pomysłów
 Lato odpoczynku, jesień cierpliwości ,zima zmian
 Niech siądą do Świąt Bożego Narodzenia i będą z nami
 w Nowym Roku.



Słońce razi blaskiem bieli odbitym od śniegu
 Mróz zacieśnia łańcuszek ciszy , wyostrza zapachy
 Wszyscy do domów śpieszmy gnani wiatrem ciekawości
 Czy prezenty nam zostawił Dziadek Mróz na oknie.
 Mikołaj szykuje sanie , reny już w uprzęży
 Dzwonią dzwonki świecą lampki słychać śmiechy dzieci
 Białe dni, białe sny opromienia noc szara
 Gwiazdy błyszczą statecznie, cisza głos wydaje świątecznie
 Jeszcze, jeszcze brzmią dalej krople mrozu na rzesach
 Trzeszczą drzewa osiadłe , przysypane łańcuchami srebra.
 Noc odbija światła , echa kolęd i radości nieoczekiwanych gości
 Spokoju, odpoczynku i wrażeń przyjemnych dni nastaną z rodzi-
 ną spotkane.



Oby tylko ich szczęście z nami było i nic złego się nie przydarzyło
 Stoją Święta i Rok Nowy w zimowym przebraniu
 Ciepłe słowa z rąk padają rozwagi i umiaru w świętowaniu .

H.D