

Boże Narodzenie 2008

*Wesołych Świąt!
Bez zmartwień,
z barszczem, z grzybami,
z karpim...
Z gościem, co niesie
szczęście!
Czeka nań przecież
miejsce...
A w święta niech się
snuje kołoda
I gałązki świerkowe niech
Wam pachną na zdrowie.*

Wesołych Świąt!
(*Włodzimierz Melzacki*)

*Do życzeń dołącza się
Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych
w Łodzi
oraz Redakcja Biuletynu
OIPiP w Łodzi*

W numerze:

2 Serwis informacyjny

4 Prawnik radzi
mgr Edyta Knap

5 Odpowiedzi Konsultanta Krajowego
w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego
i intensywnej opieki

7 Słowo Przewodniczącej

13 Praca w Anglii...i tęsknota do Polski
Elżbieta Pacholczyk

16 WSH-E Naukowe Koło Studenckie:
Procedury postępowania personelu medycznego
z materiałem do badania histopatologicznego,
od momentu jego pobrania do momentu odbioru przez
Zakład Patomorfologii
Marika Malborska

19 Autyzm
Beata Pietrzak

23 „Intensywny” problem Respiratorowego Zapalenia Płuc
Tomasz Ramz

27 Kącik biblioteczny

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 Naczelna: mgr Maria Kowalska

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.

Skład: OIPiP – Agnieszka Krzysztofik

Druk: BiK – M. Bernaciak

91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia ORPiP w dniu 14 października 2008 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek - 24 pielęgniarkom.
- > Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi - 3 pielęgniarki.
- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu - 7 pielęgniarkom.
- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 3 pielęgniarki i 2 położne.
- > Dokonano zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk - 3 praktyki.
- > Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych - 1 praktykę.
- > Dokonano, na wniosek organizatora kształcenia - Akademii Zdrowia - zmian wpisów do rejestru podmiotów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
 - a) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa anesteziologicznego i intensywnej opieki medycznej* – Szpital Powiatowy w Radomsku, ul. Wyszyńskiego 14; Samodzielny Szpital Wojewódzki w Piotrkowie Tryb., ul. Rakowska 15, Szpital Rejonowy SPZOZ w Tomaszowie Maz., ul. Jana Pawła II, SPZOZ w Wieluniu, ul. Szpitalna 16.
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Pielęgniarstwa Rodzinnego* - Szpital Powiatowy w Radomsku, ul. Wyszyńskiego 14; DPS nr 2 w Tomaszowie Maz., ul. Jana Pawła II nr 30; SPZOZ w Wieluniu; ul. Szpitalna 16, DPS Bełchatów, ul. Dąbrowskiego 2.
 - c) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie *Medycyny Ratunkowej* – Szpital Powiatowy w Opocznie, ul. Partyzantów 30; SP ZOZ w Wieluniu, ul. Szpitalna 16.
 - d) kurs specjalistyczny w dziedzinie *Wykonywania i interpretacji zapisu EKG* – Szpital Rejonowy w Pajęcznie; Szpital Powiatowy w Tomaszowie Maz., ul. Jana Pawła II 35.
- > Dokonano wpisu do rejestru podmiotów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych - ERUDIO - kurs specjalistyczny w zakresie *Szczepień Ochronnych – program dla pielęgniarek*.
- > Rozpatrzone wnioski o skrócenie przeszkolenia po przebiegu w wykonywaniu zawodu.
- > Zatwierdzono składy komisji kwalifikacyjnych i komisji egzaminacyjnych specjalizacji i kursów prowadzonych przez OIPiP w Łodzi.
- > Przyjęto sprawozdanie Skarbnika za wykonanie kosztów i dochodów za III kwartał 2008 r.
- > Podjęto uchwałę uaktualniającą składy osobowe Komisji Problemowych działających przy ORPiP w Łodzi.
- > Podjęto uchwałę w sprawie honorariów za przygotowanie programów kursów specjalizacyjnych, specjalistycznych, kwalifikacyjnych i doszkalających.
- > Podjęto Stanowiska:
 - do Dyrektora Instytutu Medycyny Pracy w sprawie obniżonych obsad pielęgniarskich w Oddziale Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi,
 - do Dyrektora Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Maz. i Starosty powiatu tomaszowskiego w sprawie nałożenia dwóch kar nagany na Pielęgniarkę Przełożoną Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Maz.
- > Rozpatrzone pozytywnie dwa odwołania w sprawie dofinansowania w doskonaleniu zawodowym.
- > Przyznano zapomogę losową w kwocie 2.500 zł poszkodowanej w wyniku załamania pogody w postaci trąby powietrznej.
- > Zatwierdzono koszty:
 - konferencji „Etyka zawsze i wszędzie”,
 - szkolenia dla pracownika obsługi biura ORZOZPiP,
 - udziału w IV Konferencji Naukowo – Szkoleniowej „XX wiek w leczeniu bólu i opiece nad chorymi w stanie terminalnym”,
 - zakupu nowości wydawniczych dla potrzeb Biblioteki w OIPiP w Łodzi.
- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP do pracy w komisjach
 - konkursowych na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej,
 - Ordynatora Oddziału,
 - egzaminacyjnych kursów specjalistycznych.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi uprzejmie informuje, że **spotkania świąteczne** odbędą się w następujących terminach:

- 9 grudnia 2008 r. - członkowie: Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Okręgowego Rzecznika Pielęgniarek i Położnych oraz Komisji Rewizyjnej,**
- 10 grudnia 2008 r. - pełnomocnicy rejonów wyborczych:** lecznictwa zamkniętego, lecznictwa otwartego, Domów Pomocy Społecznej oraz **członkowie komisji problemowych** działających przy ORPiP,
- 11 grudnia 2008 r. - kadra kierownicza:** lecznictwa zamkniętego i lecznictwa otwartego.

Najważniejsze Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 29 października 2008 roku

- > Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi - 1 położną.
- > Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk - 1 praktykę.
- > Dokonano wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych - Akademia Zdrowia - kurs specjalistyczny w zakresie *Resuscytacji krążeniowo - oddechowej*.
- > Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:
 - kursie specjalistycznym - 5 członkom samorządu, -
 - kursie kwalifikacyjnym - 18 członkom samorządu,
 - szkoleniach - 9 członkom samorządu,
 - konferencjach - 14 członkom samorządu,
 - za ukończenie studiów podyplomowych - 4 członkom samorządu,
 - za ukończenie studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwa z oceną bardzo dobry na dyplomie - 5 członkom samorządu,
 - odmówiono dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym – 1 osobie z przyczyn regulaminowych (brak oryginału faktury).
- > Zatwierdzono koszty Konferencji „*Rola Pielęgniarki i Położnej w Domu Pomocy Społecznej*”, która odbędzie się w dniu 3 grudnia 2008 r., organizowanej przez OIPiP w Łodzi.
- > Przyznano zapomogi bezzwrotne w kwocie:
 - 1. 500 zł. - 8 osobom,
 - 1. 000 zł. - 1 osobie,
 - 750 zł. - 3 osobom.
- > Wytypowano przedstawicieli ORPiP do pracy w komisjach konkursowych na stanowiska:
 - pielęgniarek oddziałowych,
 - ordynatora.
- > Wystosowano pismo do organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych ERUDIO w Łodzi w sprawie umieszczenia w reklamie informacji dotyczącej zwrotu poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach, mogących wprowadzać w błąd członków samorządu. Zwrot kosztów uczestnictwa w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych reguluje Uchwała Nr 107/V z dnia 8 kwietnia 2008 r. ORPiP w Łodzi w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Podziękowania

Dla Pani Elżbiety Gołąbek – położnej oddziałowej oddziału położniczo – ginekologicznego i noworodkowego szpitala w Głownie w związku z przejściem na emeryturę składamy podziękowania za wiele lat wspólnej pracy – lat trudnych, ale obfitujących w chwile piękne i chwile wzruszające.

Elu, prosimy przyjmij od nas podziękowania za wszystkie dni, które w ciągu naszego życia zawodowego spędziłyśmy razem. Jesteśmy wdzięczne za każdą pogodną chwilę spędzoną z Tobą, za uśmiech i dobre rady. W ciągu tych wielu lat byłaś dla nas oddziałową – przyjacielem, na którym zawsze można było polegać, który zawsze służył pomocą i wsparciem.

Dla Pani Anny Zaktos – pielęgniarki oddziału noworodkowego szpitala w Głownie w związku z przejściem na emeryturę pragniemy dzisiaj podziękować składając najlepsze życzenia na dalsze lata.

Aniu, przez całe swoje życie zawodowe pracowałaś w oddziale noworodkowym. Czynnice uczestniczyłaś w cudzie narodzin. Byłaś zawsze otwarta na ludzi. W swoim działaniu kierowałaś się troską i dobrem małego pacjenta. Dla wszystkich matek byłaś wsparciem i nauczycielem, dostarczałaś wiedzy potrzebnej do opieki i pielęgnacji nowonarodzonego dziecka.

Byłaś wzorem zawodowego postępowania dla młodych matek.

Elu i Aniu, kierujemy do Was słowa uznania i szacunku za profesjonalizm, rzetelność, etykę i godność zawodową. Za wszystko dobro, które czyniłyście na rzecz kobiet i ich nowonarodzonych dzieci. Za zaangażowanie w pracę zawodową i życzliwość do współpracowników. Serdecznie gratulujemy.

Życzymy również zdrowia, szczęścia, radości, długich lat życia w blasku słońca i miłości.

Przełożona Pielęgniarek, pielęgniarki i położne oddziału położniczo – ginekologicznego i noworodkowego, pielęgniarki oddziałowe ze swoimi zespołami Szpitala w Głownie

Serdeczne podziękowania dla Pani Ewy Maciejewskiej za troskliwą opiekę, zaangażowanie, ogromną życzliwość i trud włożony w opiekę nad naszą koleżanką Wiesią Andrzejewską.

Dziękują koleżanki z Oddziału Neurochirurgii Szpitala im. N. Barlickiego w Łodzi

Aspekty prawne wykonywania szczepień ochronnych

Mając na względzie sprzyjającą wybranemu tematowi porę roku, a mianowicie jesień, jak również fakt, iż rozpoczynają się kursy specjalistyczne z zakresu szczepień, niniejszym przedstawię kilka aspektów prawnych związanych z zagadnieniami szczepień ochronnych.

Podstawowymi aktami prawnymi regulującymi kwestie związane ze szczepieniami są: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2002 r.), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Obowiązek odbycia kursu specjalizacyjnego w zakresie szczepień ochronnych, wynika z przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384) i spoczywa na wszystkich, którzy wykonują szczepienia ochronne (pielęgniarka/higienistka, środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarka rodzinna/środowiskowa, położna rodzinna/środowiskowa, felczer). Odbycie kursu specjalizacyjnego i uzyskanie uprawnień do wykonywania szczepień ochronnych przez wymienione osoby nie jest jednoznaczne z uzyskaniem prawa do wykonania badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia, które jest bezwzględnie konieczne do wykonania pełnej procedury szczepienia.

Szczegółowe zasady przeprowadzania szczepień określa rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2002 r.). Zgodnie z § 6 szczepienia ochronne prowadzone są w zakładach opieki zdrowotnej, przez lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo grupową praktykę lekarską lub przez pielęgniarki i położne wykonujące indywidualną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę lub grupową praktykę pielęgniarek, położnych. W § 7 tegoż rozporządzenia wskazane jest wprost, iż szczepienia ochronne

oraz badania tuberkulinowe przeprowadzają lekarze, felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy odbyli w ramach doskonalenia zawodowego specjalistyczny kurs w tym zakresie.

W dalszej części rozporządzenia ustawodawca wskazał, iż kwalifikacyjne badanie lekarskie do szczepień ochronnych przeprowadza wyłącznie lekarz posiadający niezbędną wiedzę z zakresu szczepień ochronnych, znajomości wskazań oraz przeciwwskazań do szczepień, a także niepożądanych odczynów poszczepiennych. Kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia u osoby, która nie ukończyła 6 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej, można przeprowadzić tylko w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby.

Kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia u osoby, która ukończyła 6 rok życia, a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić po powiadomieniu przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby oraz uzyskaniu jego pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

Na żądanie przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego osoby, o której mowa w ust. 2, kwalifikacyjne badanie lekarskie oraz wykonanie szczepienia przeprowadza się w jego obecności.

Podobnie kwestię wykonywania szczepień reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, które w § 1 ust. 1 lit. g nakłada na osobę wykonującą szczepienie obowiązek posiadania kursu specjalistycznego w zakresie szczepień ochronnych.

Reasumując pielęgniarka i położna wykonując szczepienia ochronne musi posiadać kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych.

Odpowiedzi Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki na poniższe pytania

Pytanie 1. Czy pielęgniarka/położnej pracującej w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii wolno na zlecenie lekarza anestezyjologa podawać leki do cewnika zewnątrzoponowego pacjentom przebywającym na innych oddziałach szpitalnych?

Odpowiedź

Tak, jeżeli pielęgniarka posiada, co najmniej kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Uzasadnienie

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej w § 6 i § 11 jest zapisane, że świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia przewodowego: zewnątrzoponowego i podpańczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza anestezyjologa, któremu podczas znieczulenia towarzyszy przeszkolona pielęgniarka. Dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną (Dz. U. z dn. 24 marca 1998 r.).

Określenie „przeszkolona pielęgniarka” w przedmiotowej dziedzinie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923), oznacza pielęgniarkę, która spełnia, co najmniej jeden z warunków:

1. Posiada specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.
2. Posiada kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Wyjątek stanowi § 1. ust. 1 pkt. 3 lit. s 1 mówiący o tym, że pielęgniarka jest uprawniona do podawania na zlecenie lekarskie dożylnie, zewnątrzoponowo i podskórnie leków łagodzących dokuczliwe objawy u chorych objętych opieką paliatywną, z uwzględnieniem nowoczesnych technik (stosowanie analgezji sterowanej przez chorego – PCA, ciągłego podawania leków i płynów podskórnie przy użyciu zestawu „Butterfly” oraz infuzorów), pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego (Rozporządzenie Ministra

Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 07. 210. 1540).

Pytanie 2. Czy pielęgniarka/położnej pracującej w oddziale anestezyjologii, wolno usuwać na zlecenie lekarza anestezyjologa samodzielnie cewnik z przestrzeni zewnątrzoponowej u pacjentów przebywających w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii, jak również na innych oddziałach?

Odpowiedź

Tak, jeżeli pielęgniarka posiada odpowiednie kwalifikacje specjalistyczne w przedmiotowej dziedzinie, czyli kurs kwalifikacyjny lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Uzasadnienie

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej w § 6 i § 11 jest zapisane, że świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia przewodowego: zewnątrzoponowego i podpańczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza anestezyjologa, któremu podczas znieczulenia towarzyszy przeszkolona pielęgniarka. Dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną (Dz. U. z dn. 24 marca 1998 r.).

Ponadto w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej w art. 4. 1. jest określone, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia (Dz. U. Nr 57, poz. 602 z 2001 r. z późn. zm.).

Pytanie 3. Czy pielęgniarka/położna powinna odmówić wykonania zleceń lekarskich, na które są potrzebne dodatkowe uprawnienia w postaci kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych lub innych potwierdzonych przez placówki powołane do organizowania szkoleń, np. wykonywanie badania EKG, usuwanie drenów z rany pooperycyjnej, przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych i innych?

Odpowiedź

Tak, jeżeli zlecenie wykracza poza kwalifikacje „pielęgniarki ogólnej” i dotyczy wiedzy i umiejętności specjalistycznych, które pielęgniarka nabywa podczas kształcenia podyplomowego.

Uzasadnienie

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej w rozdziale 4 art. 1. określa zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, z których wynika między innymi, że pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością (Dz. U. Nr 57, poz. 602 z 2001 r. późn. zm.).

Wykonywanie wielu spośród wymienionych świadczeń, jak np. przetaczanie i preparatów krwiopochodnych jest regulowane odrębnymi przepisami (Ustawa o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Z 2003 r. nr 223, poz. 2215) i akt wykonawczy – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 r. w sprawie określania sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami leczenia krwią i jej składnikami (Dz. U. Nr 191, poz. 1607).

Pytanie 4. Czy pielęgniarka/położna odpowiada prawnie za wykonanie zlecenie wiedząc, że nie ma do tego uprawnień?

Odpowiedź

Jeżeli pielęgniarka nie posiada wymaganych kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami do wykonywania świadczeń zdrowotnych, to nie powinna się podejmować ich wykonania. Pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu ponosi odpowiedzialność za wykonane świadczenie.

Uzasadnienie

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, art. 4. 1. mówi o tym, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia (Dz. U. Nr 57, poz. 602 z 2001 r. z późn. zm.).

Odpowiedź na to pytanie stanowi również Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, w którym w części ogólnej w pkt. 5 jest określone, że pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.

Pytanie 5. Czy szkolenia wewnątrzoddziałowe mogą dawać podobne uprawnienia, czy może wystarczy imienia zgoda wydana przez szefa oddziału pielęgniarsce/położnej do wykonywania tych czynności, na które wcześniej nie miała uprawnień?

Odpowiedź

Szkolenia wewnątrzzakładowe nie dają możliwości nabywania uprawnień pielęgniarsce/położnej do wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Uzasadnienie

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych określa szczegółowe warunki i tryb odbywania kształcenia podyplomowego przez pielęgniarki i położne oraz ustala rodzaje kształcenia podyplomowego (Dz. U. 03. 197. 1923).

Danuta Dyk
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki



Szanowni Państwo,

Zakończył się etap legislacyjny pakietu ustaw reformujących system opieki zdrowotnej tj.

- **ustawa o zakładach opieki zdrowotnej,**
- **ustawa o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjentów oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta,**
- **ustawa o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej,**
- **ustawa o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia,**
- **ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia,**
- **przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.**

Teraz ustawy trafią do podpisu Prezydenta, który już zapowiedział zawetowanie trzech z nich. Na podjęcie decyzji ma 21 dni.

Najistotniejsze zmiany, które czekają nas w zreformowanej ochronie

zdrowia to:

1. Obligatoryjne przekształcenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego w ciągu dwóch lat. Oznacza to, że publiczne ZOZ - y gdzie obecnie organem założycielskim jest samorząd (np. powiat, marszałek czy gmina) oraz szpitale kliniczne (należące do akademii medycznych), a także stacje krwiodawstwa muszą się stać spółkami.

Te, które tego nie zrobią zostaną zlikwidowane. Z obowiązku zmiany formy prawnej będą wyłączone jedynie sanepidy i szpitale resortowe, gdzie organem założycielskim jest m.in. resort zdrowia oraz Ministerstwo Obrony Narodowej. Te będą działać w formie zakładów budżetowych.

2. Brak określonego minimalnego limitu udziałów akcji, które muszą pozostać w rękach podmiotów publicznych - samorządów czy akademii medycznych. Będą więc one mogły dobrowolnie decydować o poziomie swoich udziałów w spółkach a także o ich sprzedaży.

3. Nowopowstałe spółki nie staną się właścicielami całego majątku.

Budynki, wyposażenie ściśle z nimi związane oraz grunty będą należeć do samorządów. Spółka będzie jedynie je dzierżawić. Będzie natomiast właścicielem np. sprzętu diagnostycznego.

4. Możliwość udzielenia pacjentom świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych, co w efekcie ma skrócić szpitalne kolejki, a dzięki dodatkowym środkom poprawić

jakość oferowanych usług.

5. Spółki, które będą miały problemy finansowe (ich działanie będzie zagrożone likwidacją), ale ich działanie będzie niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców danego regionu, będą mogły liczyć na pomoc Ministerstwa Zdrowia.

6. Częściowe oddłużenie SPZOZ - ów po przedstawieniu przez te jednostki planów restrukturyzacyjnych.

7. Pracownicy ZOZ - ów działających w formie zakładów budżetowych oraz spółek z większościovym udziałem samorządów będą mieli utrzymane prawo do dodatków za wysługę lat, nagród jubileuszowych oraz odpraw emerytalnych. Te rozwiązania nie będą jednak dotyczyć pracowników placówek medycznych działających w formie spółek, ale z większościovym udziałem prywatnych podmiotów. Zasady ich wynagrodzenia będzie regulować wyłącznie Kodeks Pracy.

8. Pracownicy przekształcanych SP ZOZ - ów będą przejmowani przez spółki na podstawie art. 23 Kodeksu Pracy. Wbrew stanowisku związków zawodowych pracowników ochrony zdrowia rząd nie zgodził się na wprowadzenie minimalnych okresów gwarantujących zatrudnienie i utrzymanie dotychczasowych warunków wynagrodzenia. Nie będą też oni mieli prawa do bezpłatnych akcji w spółkach. W przypadku ewentualnych zwolnień pracownicy ci, nie będą objęci żadnymi programami osłonowymi finansowanymi ze środków publicznych.

9. Powołanie nowej instytucji - **Rzecznika Praw Pacjen-**

ta - do reprezentowania interesu pacjentów. Ma to wzmocnić pozycję pacjenta w czasie dochodzenia swoich praw np. przed sądami, ale również przed dyrektorami zakładów opieki zdrowotnej, w których doszło do popełnienia błędu medycznego czy instytucjami ubezpieczeniowymi. Będzie on mógł w imieniu pacjentów zawierać porozumienia i ugody.

Poszkodowany pacjent będzie też mógł zwrócić się do rzecznika o pomoc w trakcie już rozpoczętego postępowania sądowego. Rzecznik, w imieniu pacjenta, będzie jego pełnomocnikiem, a co się z tym wiąże, zyska prawo powołania świadków i biegłych. Funkcję rzecznika będzie sprawowała osoba wybrana w trakcie postępowania konkursowego przez premiera na okres 5 lat.

Rzecznik będzie również mógł nakładać kary finansowe na świadczeniodawców, którzy swoim działaniem ograniczają lub łamią zbiorowe prawa pacjentów. Będą one mogły być stosowane również wobec organizatorów nielegalnych strajków lub akcji protestacyjnych.

Koleżanki i Koledzy, dzięki działaniom całego naszego środowiska, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych oraz Związków Zawodowych wprowadzono do w/w ustaw wiele poprawek, które zmieniły niekorzystne zapisy dotyczące funkcjonowania naszych zawodów w systemie ochrony zdrowia. Oto niektóre z nich:

I. W ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w definicji szpitala dodano wyraz „świadczenia zdrowotne w zakresie pielęgnacji”, w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w przychodni dodano wyrazy „świadczenie pielęgniarckie, świadczenie położnicze”.

W pierwotnej wersji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie wskazano, iż świadczenia zdrowotne są realizowane także przez pielęgniarki i położne tj. świadczenia pielęgnacyjne, pielęgniarckie i położnicze.

II. W pierwotnej wersji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie przewidywano żadnych regulacji dotyczących minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. W ostatecznej wersji ustawy **art. 16 przewiduje, iż:**

1. Zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany stosować minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej.

2. Minister właściwy ds. zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych związków zawodowych, określi w drodze rozporządzenia, sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, mając na celu zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

3. Minister właściwy ds. zdrowia dokonuje corocznej oceny sposobu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, w trybie określonym w art. 77.”

III. W pierwotnej wersji projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewidywano następujące stanowiska kierownicze:

1) zastępcy kierownika zakładu do spraw medycznych w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem;

2) kierownika medycznego;

3) ordynatora, ordynatora - kierownika kliniki, w przypadku szpitali oraz ordynatora - kierownika oddziału klinicznego;

4) konsultanta – w przypadku szpitali, w których nie powołuje się ordynatorów.

W ostatecznej wersji ustawy **art. 15 ust.1 otrzymuje brzmienie:**

1. W zakładach opieki zdrowotnej tworzy się kierownicze medyczne stanowiska pracy, w szczególności:

1) zastępcy kierownika zakładu ds. medycznych w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem albo magistrem pielęgniarstwa w przypadku stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej, których mowa w art. 21 ust. 2 pkt. 2 i 3;

2) zastępcy kierownika ds. pielęgniarstwa albo naczelnicy pielęgniarki, w przypadku szpitali posiadających powyżej 300 łóżek;

3) ordynatora, ordynatora - kierownika kliniki, w przypadku szpitali, oraz ordynatora - kierownika oddziału klinicznego;

4) konsultanta - w przypadku szpitali, w których nie powołuje się ordynatorów;

5) przełożonej pielęgniarek, w przypadku stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej posiadających od 50 do 300 łóżek albo posiadających powyżej 500 łóżek;

6) pielęgniarki albo położnej oddziałowej zakładu, w przypadku oddziału, którym kieruje ordynator;

7) kierownika do spraw opieki pielęgniarckiej, w przypadku szpitali posiadających powyżej 50 łóżek, w których powołuje się konsultanta, o którym mowa w pkt. 4.”

8) kierownika apteki szpitalnej – w przypadku szpitali posiadających powyżej 150 łóżek.”

Mimo wielokrotnego przedstawiania dokumentów w sprawie oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych dotyczących wynagrodzeń i uprawnień związanych z wykonywanymi zawodami tj. roczny urlop zdrowotny dla poratowania zdrowia, urlop szkoleniowy, bezpłatna profilaktyczna opieka zdrowotna dla pielęgniarek i położnych, wcześniejsze emerytury na wskazanych stanowiskach pracy, zwiększenie wymiaru urlopu wypoczynkowego o 10 dni

w roku raz na 2 lata po 5 latach nieprzerwanej pracy, zwolnienie z podatków o kwoty wydatkowane przez pielęgniarkę i położną na kształcenie podyplomowe, nagrody za wybitne, nowatorskie osiągnięcia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa przyznawane przez ministra właściwego ds. zdrowia, płatne dni wolnych od pracy z okazji Dnia Pielęgniarki - 12 maja i Dnia Położnej - 8 maja - ustawa o szczególnych uprawnieniach pracowników ZOZ - ów w swoich zapisach nie uwzględnia naszych postulatów.

W związku z powyższym w dniu 19 listopada 2008 r. odbędzie się spotkanie z Panią Ewą Kopacz – Minister Zdrowia. Na spotkaniu z całą mocą będziemy podkreślać nasze oczekiwania w sprawie realizacji zobowiązań rządowych dotyczących gwarancji płacowych i warunków pracy.

Koleżanki i Koledzy,

Nadchodzi czas zmian - budzi on w naszym środowisku niepokój i lęk. Zadajemy sobie mnóstwo pytań, na które jeszcze dzisiaj nie znamy odpowiedzi. Czy zostaną zachowane nasze miejsca pracy, jaki będzie poziom naszych wynagrodzeń, czy zostaną zmienione formy zatrudnienia pielęgniarek i położnych i pewnie jeszcze wiele innych.

Mam nadzieję, że wspólnym wysiłkiem uda się nam pokonać ten trudny czas i sprawić, aby pielęgniarki i położne znalazły należyte miejsce w zreformowanym systemie ochrony zdrowia.

**Korzystając z okazji chciałabym
złożyć Państwu moc gorących
życzeń...**

**Niechaj nadchodzące święta
Bożego Narodzenia
będą czasem spokoju
i wyciszenia...**

**Niech Gwiazda Betlejemska
przyniesie
nadzieję i doda otuchy...
A zbliżający się Nowy Rok
niech będzie zapowiedzią
lepszego
i bezpiecznego jutra...**



Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich

Barbara Jagas

Śladami betlejemskiej gwiazdki

*Każdego roku przychodzisz Panie w noc
grudniową. Biegniemy wtedy do Twojego żłóbka,
by Cię powitać. I jest w nas wówczas przeogromna
radość i wszystko zatapia się jasności. Przychodzisz
z darami. Nie widzimy ich. Patrzymy na Ciebie
bezbronną dziecinę i chcemy w tej szczególnej
ofiarować Ci cały świat. A przecież nie należy on
tylko do nas. Mimo wszystko, każdemu z nas
wydaje się, iż wybrałeś tylko jego dom,
bo w nim będzie Ci najlepiej i najbezpieczniej.
Przychodzisz Panie żeby i mnie coś powiedzieć.
Ale ja wszystko wiem najlepiej, mówię bez ustanku,
więc Ty nie masz wyboru – milczysz.
Przyszedeś szukać i ocalić to, co zaginęło – aby
nade wszystko nie zabrało pośród nas miłości
i pokoju.*

*Od tamtego wydarzenia minęło dwa tysiące lat
a cisza grudniowej nocy wciąż powraca... i wciąż
rodzi się Bóg...*

*Jest to najlepsza nowina, jaka mogła nas, Ciebie
i mnie dzisiaj spotkać.*

*Dlatego proszę, przelam się oplatkiem, weź te
życzenia najszczerze i zasiądź do Wigilii między
najbliższymi, nawet jeśli dzieli rozłąka
i nieubłagany czas ziemskich cmentarzy.*

*Potem wspólnie idźcie na Pasterkę do Jezusa
i Panienki a pod nogami będzie skrzypiał śnieg
z minionych lat. I będzie prowadzić jasna,
betlejemska gwiazda i będzie radość i nadzieja, które
nigdy nie zawiodą, będą koledy...*

*Podnieś rękę Boże Dziecię, błogosław ojczyznę miłą
w tę dzisiejszą noc, świętą noc...*

Informacje:

Adwentowe rekolekcje dla służby zdrowia odbędą się
w dniach 18-20 grudnia 2008 roku o godz. 19.00
w kościele ks. Jezuitów,
ul. Sienkiewicza 60.

Wszystkich pracowników lecznictwa na rekolekcje
zaprasza Duszpasterstwo Służby Zdrowia Archidiecezji
Łódzkiej.



**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Koło Liderów Pielęgniarstwa przy ZG PTP**

serdecznie zapraszają do udziału w

**IV Ogólnopolskim Konkursie
„Pielęgniarka Roku 2008”**

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego. Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu:

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach do dnia 31.01.2009r.,
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP w dniu 7.03.2009r. o godz. 12.00,
- III etap – prezentacja własna (informacje na stronie www.ptp.na1.pl).

W celu dodatkowych informacji prosimy o kontakt:

Dorota Jacyna

tel. (0-22) 861-02-46; kom. 0-509-759-219; e-mail: djacyna@onet.pl

Regulamin IV Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2008”

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.
3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej: dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.
4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.
5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczęcią imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrą pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP (fax. 042 29 803 67) lub adres na stronie: <http://www.ptp.na1.pl/> - PTP - struktura w terminie **do dnia 31.01.2008r.** Uczestnicy Konkursu z województwa mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres sekretariatu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (zgptpiel@free.ngo.pl; fax. 042 29803 67). **Biuro czynne pn, śr, pt – 10.00-15.00.**
6. Oddziały wojewódzkie PTP w terminie **do 15.02.2009 r.** przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.
7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, Zasad Etyki Polskiej Pielęgniarki, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.
9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
10. Prace zostaną komisyjnie sprawdzone, z przebiegu tego etapu zostanie sporządzony protokół i tego samego dnia zostanie ogłoszony zwycięzca eliminacji. Wyniki testu – liczba uzyskanych punktów nie zostaną podane do publicznej wiadomości. Komisja Konkursowa ogłasza jedynie nazwisko zwycięzcy II etapu.
11. Do następnego etapu przechodzi osoba z największą liczbą zdobytych punktów. W przypadku większej liczby osób z tą samą liczbą punktów, wszystkie te osoby zostają zakwalifikowane do kolejnego etapu Konkursu.
12. Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.
13. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
14. „Pielęgniarka Roku 2008” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego zoz-u i który w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.
15. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego www.ptp.na1.pl.

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA KONKURSU

„PIELĘGNIARKA ROKU 2008”

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Miejsce pracy
5. Stanowisko
6. Staż pracy w zawodzie
7. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Tak * od kiedy
- Nie *
8. Działalność na rzecz pielęgniarstwa (przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.) z wyłączeniem obligatoryjnej przynależności do samorządu pielęgniarskiego.
Tak* jaka

Nie*
*odpowiedź zaznacz krzyżykiem

.....

podpis i pieczęć przełożonego

.....

podpis kandydata

Data

szkolenia

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zamierza uruchomić nowe programy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w następujących dziedzinach i zakresach:

1. Szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie:

program dla pielęgniarek

- Pielęgniarstwo rodzinne
- Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących
- Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
- Pielęgniarstwo zachowawcze
- Pielęgniarstwo geriatryczne
- Pielęgniarstwo kardiologiczne
- Pielęgniarstwo nefrologiczne
- Pielęgniarstwo diabetologiczne
- Pielęgniarstwo operacyjne
- Pielęgniarstwo neurologiczne
- Pielęgniarstwo ratunkowe
- Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna

program dla położnych

- Pielęgniarstwo rodzinne
- Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna
- Pielęgniarstwo ginekologiczne
- Pielęgniarstwo położnicze

program dla pielęgniarek i położnych

- Pielęgniarstwo neonatologiczne
- Organizacja i zarządzanie

2. Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

program dla pielęgniarek

- Pielęgniarstwo chirurgiczne
- Pielęgniarstwo kardiologiczne
- Pielęgniarstwo onkologiczne
- Pielęgniarstwo pediatriczne
- Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna
- Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania

program dla położnych

- Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna
- Pielęgniarstwo rodzinne

program dla pielęgniarek i położnych

- Pielęgniarstwo neonatologiczne

3. Kursy specjalistyczne w zakresie:

program dla pielęgniarek

- Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego (nr 05/08)

- Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą (nr 02/08)
- Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny
- Medyczna pielęgnacja stóp (nr 04/07)
- Pielęgnowanie dziecka wentylowanego mechanicznie (nr 10/07)
- Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie (nr 01/08)
- Pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku
- Profilaktyka raka piersi (nr 07/07)
- Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin
- Prowadzenie psychoterapii podstawowej z wykorzystaniem elementów psychoterapii kwalifikowanej
- Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową
- Trening pęcherza moczowego
- Żywienie enteralne i parenteralne
- Pielęgnowanie pacjenta w warunkach leczenia uzdrowiskowego
- Profilaktyka chorób narządu żucia oraz pierwsza pomoc w nagłych stanach stomatologicznych u populacji w wieku szkolnym
- Wykonywanie i ocena testów skórnych
- Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową

program dla położnych

- Poradnictwo w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej
- Prowadzenie porodu w wodzie
- Podstawy diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii
- Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

program dla pielęgniarek i położnych

- Homeopatia i homotoksykologia
- Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie (nr 09/07)
- Aktywizacja podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej poradnictwa dietetycznego
- Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Zapraszamy wszystkie osoby chętne do opracowania szczegółowych programów kształcenia dla w/w dziedzin pielęgniarstwa i położnictwa. **Termin zgłaszania ofert - najpóźniej do dnia 10 stycznia 2009 r.**

Nadmienia się, iż autorzy tychże programów, po zatwierdzeniu przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, otrzymają wynagrodzenie zgodnie z Uchwałą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Dodatkowe informacje można uzyskać w dziale merytorycznym w godzinach pracy biura Okręgowej Izby pod nr tel. 042- 639-92-62.

W związku z tym, że niektóre z moich koleżanek i kolegów planują wyjazd do pracy za granicą uważam za sensowne podzielenie się z Wami moją zagraniczną przygodą.

W Anglii mieszkam i pracuję już prawie 4 lata. Początkowo byłam zatrudniona w Prywatnym Domu

Firma wynajmowała mi pokój na pierwszym piętrze domu, w którym pracowałam. Na parterze znajdowało się 26 jednoosobowych pokoi, w których mieszkali starsze osoby, w wieku od 60 do 100 lat a nawet i więcej; była tam również kuchnia, jadalnia, niewielka pralnia oraz dwupokojowe biuro. Razem ze mną pracowała Ania spod Gdańska, toteż

przecinających prywatne pola z łanami zbóż, małą rzeczka, różne zadrzewienia. W wolnych chwilach po pracy uwielbiałam wędrować przez pola, podziwiać zachody słońca i piękna, bujną przyrodę. Anglicy potrafią dbać o przyrodę i co najważniejsze zapewnili wszystkim dostęp do niej przez odgórne (przez państwo) wytyczenie ścieżek dla

piesznych. W ten sposób przeciętny zjadacz chleba może delektować się urokami natury, kosztować piękna, mimo że znajduje się ono w rękach prywatnych właścicieli. Cała Wielka Brytania

Praca w Anglii... i tęsknota do Polski

Opieki dla Osób Starszych (tzw. Residential Home) na stanowisku opiekunki. Przez 1,5 roku mieszkałam i pracowałam we wsi Copford, w pobliżu najstarszego miasta w Anglii o nazwie Colchester. Przelot i dojazd do Copford sfinansowany był w całości przez firmę a na lotnisku w Londynie oczekiwał na mnie dyrektor regionalny firmy, który zawiózł mnie prywatnym samochodem z lotniska wprost do domu, w którym pracowałam i mieszkałam. Mój kiepski angielski dawał się we znaki od początku i to na każdym kroku, ale nie poddawałam się, a raczej traktowałam to jako kolejne wyzwanie do pokonywania pojawiających się trudności. Po 2 miesiącach pobytu w nowym kraju zapisałam się do miejscowej szkoły dla dorosłych w Colchester i 2 razy w tygodniu uczyłam się angielskiego i jednocześnie poznawałam angielską odmienność (kulturę).

było mi rażniej. Ania znała angielski bardzo dobrze i służyła mi pomocą, gdy ją o to poprosiłam. Potem do Ani dołączył jej 6 - letni synek i zmuszona była szukać innego zakwaterowania, poza domem. Znalazła maleńkie mieszkanie w niedalekiej odległości od miejsca pracy toteż nadal mogliśmy spędzać czas razem, jeśli oczywiście miałyśmy na to ochotę. Wieś była niewielka, z jednym maleńkim sklepikiem i okienkiem pocztowym, dwoma kościołami oraz dużym angielskim pubem. Nieopodal znajdowało się również boisko do krykieta, gdzie lubiłam usiąść na ławce i oglądać treningi i mecze, kompletnie nie znając zasad gry. Co mnie zachwyciło w tym miejscu, w tej okolicy, to mnóstwo ścieżek do spacerowania (państwowych, specjalnie zaplanowanych i zaznaczonych na mapie, w pewnym sensie przypominających nasze szlaki wędrowne ale jednak inne),

poprzecinana jest takimi liniami ścieżek dla pieszych i uważam to za znakomity pomysł, bo w ten sposób angielska wyspa jest udostępniona wszystkim chętnym i lubiącym krótkie spacerunki lub dłuższe wędrowki.

Po około pół roku pracy w tym domu zdecydowałam się wystąpić do angielskiej Rady Pielęgniarek i Położnych w Londynie z wnioskiem o zarejestrowanie mnie jako pielęgniarki w Wielkiej Brytanii. Dopiero po około 6 miesiącach otrzymałam pozytywną decyzję, co oznaczało, że rynek pracy dla pielęgniarek stoi przede mną otworem. Zakochałam się wtedy w Anglii - pełnej możliwości i zaczęłam szukać pracy jako pielęgniarka, w tym w firmie, w której byłam zatrudniona. Rozgłosiłam, że mam uprawnienia do pracy jako pielęgniarka w UK. I co? I po około 3 miesiącach zaproponowano mi awans i pracę na

stanowisku pielęgniarki z wynagrodzeniem nieporównywalnym z tym, które otrzymywałam jako opiekunka. Wiązało się to niestety ze zmianą miejsca zamieszkania i przeprowadzką do Coulsdon pod Londynem, gdyż dom opieki, w którym wtedy pracowałam nie zatrudniał - bo nie potrzebował - pielęgniarek. Nie powiem, że byłam szczęśliwa z tego powodu, bo nie cierpię wielkich miast a poza tym Londyn nie należy do miast bezpiecznych. Ale z drugiej strony czekała tam na mnie nowa praca i to na stanowisku pielęgniarki - czyli awans, pokój do wynajęcia za przystępną cenę, towarzystwo Polaków, sympatyczna szefowa. Byłam taka szczęśliwa i wdzięczna firmie za tę możliwość, że przy najbliższej okazji, która się nadarzyła, osobiście podziękowałam dyrekcji firmy i nie omieszkłam dodać, że zakochałam się w Anglii, że tak wiele otrzymuję, że spełniam swe marzenia, że ... Patrzyli na mnie tak jakoś dziwnie.

Teraz miałam pracować w Domu Pielęgniarskim (Nursing Home) w miasteczku o nazwie Coulsdon, niedaleko Croydon, określanego jako najbardziej wielokulturowe miasto w Wielkiej Brytanii. Dom Opieki w Coulsdon był 22 - łóżkowy, ze starszymi osobami (średnia wieku to 92 lata) wymagającymi ciągłej opieki pielęgniarek i częstych wizyt lekarza. Domy tego typu w Wielkiej Brytanii to domy najczęściej prowadzone i kierowane przez pielęgniarki.

Samodzielną pracę rozpoczęłam dość szybko, bo zaledwie po dwutygodniowym okresie pracy z inną pielęgniarką. Potem rzuciłam się na głębokie wody i zgodziłam się na pełnienie funkcji kierownika zmiany (Senior Staff). Uczyłam się bardzo, bardzo dużo, właściwie zdobyłam nowy zawód, bo uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność

pielęgniarki w UK różnią się od tych w Polsce. Jednak zbyt słaba znajomość języka angielskiego powodowała, że praca ta była największym dla mnie wyzwaniem zawodowym w całym moim dotychczasowym życiu zawodowym i niestety bardzo stresującym doświadczeniem. To, czego się nauczyłam i doświadczyłam w czasie prawie dwuletniej pracy w tym domu wystarczyłoby na materiał do dobrej książki, niestety w większości w konwencji dramatu. Przeżyłam coś w rodzaju szoku i ciągłego niedowierzania, że w XXI wieku w bogatym kraju zachodnim działa taki system opieki nad osobami starszymi. Kompletnie nie zaimponowano mi ani jakością opieki ani warunkami pracy. Jedynie warunki wynagrodzenia były dobre. Zrozumiałam też, dlaczego tak dziwnie wtedy na mnie patrzyli - dyrekcja, gdy wyrażałam im swoje podziękowanie i wdzięczność. Oni wiedzieli to, o czym ja kompletnie nie miałam pojęcia, a czego potem doświadczyłam i zobaczyłam na własne oczy. I wtedy też niestety, ale odkochałam się. Uczucia zmienne są, a rzeczywistość angielska w tym zakresie i w tym konkretnym domu okazała się dla mnie po prostu nie do przyjęcia. Moje niedowierzanie niestety trwa i nadal zadaje sobie pytanie - jak to możliwe, że opieka nad starszymi ludźmi w Wielkiej Brytanii jest aż tak nieludzka? Oczywiście mam również wspomnienia a najwięcej z nich związanych jest z bezpośrednim kontaktem ze starszymi osobami w tym domu, z rozmowami z nimi w czasie wykonywania mojej pracy. Jestem pełna podziwu, jak wspaniały może być człowiek w ostatnim okresie swego życia. Próbowalam znaleźć odpowiedź na pytanie - jak to się dzieje, że ci ludzie są właśnie tacy - twardzi, nie narzekający, pogodni, uśmiechający się mimo bólu, choroby,

niepełnosprawności, częściowej lub całkowitej zależności od innych osób oraz bardzo niekorzystnych warunków zewnętrznych, w jakich przyszło im spędzić ostatni okres swego życia. I pewnego dnia uzyskałam tę odpowiedź od 85 - letniej Veroniki. Na moje pytanie o to, co obecnie jest dla niej najważniejsze, uzyskałam następującą odpowiedź - duma i niezależność. I wtedy, jakby olśnieniem, zrozumiałam wiele starszych osób, z którymi wcześniej i obecnie wspólnie pracowałam dla ich dobra.

Z firmą rozstałam się w styczniu tego roku składając wypowiedzenie i podając prawdziwe powody.

Co robię obecnie?

Obecnie prowadzę własną jednoosobową firmę i poza usługami opiekuńczymi i pielęgniarskimi, jakie świadczę w prywatnych domach, rozwijam swą działalność w zakresie coachingu, który pasjonuje mnie swymi możliwościami jako nowy zawód. W Anglii jest to obecnie bardzo popularna profesja, w Polsce niestety jeszcze w powijakach. Poza tym dużo czytam, niestety tylko po angielsku, bo dostęp do polskiej książki mam ograniczony, ale widzę też pozytywną stronę tego wysiłku - nadal rozwijam swą znajomość angielskiego i nie tylko, gdyż na przykład intensywniej przez to doświadczam innej kultury. Ostatnio przeczytałam „Wielka Brytania na kozetce”, którą napisał Oliver James, angielski psycholog kliniczny. W książce tej, silnie popartej naukowymi dowodami, autor udowadnia, że Brytyjczycy są obecnie mniej szczęśliwi niż w 1950 r., mimo że znacznie bogatsi a następnie oferuje oryginalne wyjaśnienie, dlaczego współczesne życie - życie w kraju o rozwiniętym kapitalizmie, nie spełnia potrzeb człowieka. W związku z tym, że

przeczytanie tej książki rozszerzyło mój horyzont poznawczy, i co ważniejsze dla mnie, pozwoliło bardziej zrozumieć nie tylko angielską rzeczywistość, w której obecnie żyję, ale szerzej – współczesny świat, w tym polską rzeczywistość - to mam wielką ochotę napisać artykuł oparty na tej książce.

Obecnie mieszkam w przepięknym miejscu, dwie minuty spacerkiem do Szczęśliwej Doliny (na mapie to Happy Valley). Jest to otwarty, rozległy, zielony teren z bydłem, krowami i owcami, gdzie okoliczni mieszkańcy często przychodzą na spacer z psami lub robią przejażdżkę na koniu. Ja natomiast spędzam czas wolny (regeneruję siły

spacerując, siedząc na ławce i czytając lub śpiąc na kocu lub wspólnie z mężem wypuszczam się na dłuższą wędrówkę. To faktycznie jest Szczęśliwa Dolina.

Poza tym, to znaczy życiem i pracą w Wielkiej Brytanii, ogromnie tęsknię za Polską. Do Anglii wyjechałam w pojedynkę, a dopiero potem, gdy zaczęłam pracować jako pielęgniarka, dołączył do mnie mój mąż i moja córka, która obecnie studiuje w jednej z londyńskich uczelni. Jednak mimo tego, że najbliższą rodzinę mam przy sobie, tu na miejscu, to nadal tęsknota do Polski (do polskiego krajobrazu, przyrody, znajomej kultury, poezji, mowy ojczystej, znajomych ludzi, rodziny) nie daje mi spokoju i myśli

o powrocie nie należą do rzadkich. Polska, Polacy, miasto Łódź, mają teraz dla mnie kompletnie inne znaczenie i są mi znacznie bliższe, bardziej kochane.

Także podróże nie tylko kształcą, ale pozwalają bardziej docenić własne gniazdo, kraj ojczysty. Przynajmniej tak się stało w moim przypadku.

Jeśli chcesz do mnie napisać to maile kieruj na adres:
ElaPacholczyk@interia.pl

reklama

centrum edukacji
Erudio

Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630 95 59 lub 0-784 009 277
sekretariat pn.-pt. 10-18, sob. 10-15
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

**ZAREZERWUJ SOBIE
MIEJSCE PRZEZ
TELEFON!
042 630 95 59**

sekretariat pn.-pt. 10-18. sob. 10-15



ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne
Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych •
Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia
ochronne • Wwkonanie badania spirometrycznego

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

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/IV OIPIW w Łodzi w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego można ubiegać się o zwrot 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE RATY**

**GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**

www.erudio.com.pl



Procedury postępowania personelu medycznego z materiałem do badania histopatologicznego, od momentu jego pobrania do momentu odbioru przez Zakład Patomorfologii

W klinice przebywają chorzy do diagnostyki choroby płuc. Badanie bronchoskopowe jest jednym z podstawowych badań w diagnostyce chorób płuc, a pobranie wartościowego materiału do badania histopatologicznego w trakcie wykonywanej bronchoskopii zwiększa czułość diagnostyczną.

Nr punktu procedur	Co jest przedmiotem danej czynności	Nazwa czynności	Kto wykonuje czynność	Miejsce wykonania
1.	plaster	Opis pojemnika na materiał tkankowy: imię, nazwisko chorego data urodzenia, nr historii choroby, rodzaj pobranego materiału, ilość pobranych wycinków, data i godzina pobrania, oddział.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
2.	pojemnik na materiał tkankowy	Nalanie 10% wodnego roztworu formaliny.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
3.	plaster	Opis pojemnika z 96% spirytusem, w którym umieścimy szkiełka z naniesionym materiałem tkankowym: imię, nazwisko chorego, data urodzenia, nr historii choroby, rodzaj materiału, data i godzina pobrania, oddziału.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
4.	szkiełka laboratoryjne 3 szt.	Umieszczenie pobranego materiału za pomocą szczoteczki cytologicznej (t/w. biopsja szczoteczkowa) na szkiełku laboratoryjnym.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
5.	spinacz biurowy	Założenie spinacza na środkowe szkiełko w celu uniknięcia sklejenia się materiału.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii

6.	pojemnik na szkiełka z materiałem tkankowym	Nalanie 96% spirytusu, w którym umieścimy szkiełka z pobranym materiałem.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
7.	plaster	Opis pojemnika z bronchoaspiratem: imię, nazwisko chorego, data urodzenia, nr historii choroby, rodzaj materiału, data i godzina pobrania.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
8.	pojemnik na bronchoaspirat	Pojemnik powinien być jałowy.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
9.	spirytus 75% lub spirytus denaturowy	Po przelaniu bronchoaspiratu do jałowego pojemnika zalanie go 75% spirytusem lub spirytusem denaturowym.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
10.	próbówka pobraniowa szklana z dwiema końcówkami na bronchoaspirat.	Podłączenie ssaka do jednej końcówki, a bronchoskop do drugiej końcówki w próbówce. Przelanie pobranego bronchoaspiratu do jałowego pojemnika. Tak przygotowany materiał zalewamy 75% spirytusem lub spirytusem denaturowym.	lekarz pobiera materiał, pielęgniarka przelewa materiał do pojemnika i go utrwała.	pracownia bronchoskopii
11.	plaster	Opis pojemnika z 96% spirytusem na materiał tkankowy pobrany za pomocą igły \Wanga tzw. pobranie cienkoigłowe: imię, nazwisko chorego, data urodzenia, nr historii choroby, rodzaj materiału, data i godzina pobrania.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
12.	szkiełko laboratoryjne	Umieszczenie pobranego materiału na szkiełku laboratoryjnym.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
13.	strzykawka	Odciągnięcie tłoka i podłączenie strzykawki do igły Wanga. Wytworzenie ciśnienia w igle w celu przeniesienia całego pobranego materiału na szkiełko.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
14.	pojemnik	Nalanie 96% spirytusu, w którym umieścimy szkiełko z pobranym materiałem tkankowym.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii

15.	skierowanie na badanie patomorfologiczne, które zawiera: imię i nazwisko chorego, imię ojca, data urodzenia, pesel, zawód gdy ma coś wspólnego z chorobą, miejsce zamieszkania, oddział, nr historii choroby, co stanowi materiał, rozpoznanie kliniczne, data pobrania materiału, pieczętka i podpis lekarza.	Dołączenie odpowiednio wypełnionego skierowania przez lekarza.	pielęgniarka	pracownia bronchoskopii
16.	zbiorczy pojemnik do transportu badań tkankowych do Zakładu Patologii.	Włożenie pojemników z materiałem tkankowym i zanieśenie do laboratorium szpitalnego skąd badania są przekazywane do Zakładu Patologii.	pielęgniarka	teren szpitala

Uwagi końcowe:

1. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego oskrzeli należy pobrać co najmniej 5 wycinków.
2. Wykonując biopsję u chorego z rozszanymi zmianami w płucach należy dążyć do pobrania 4-6 wycinków z jednego płuca.
3. Podczas bronchoskopii powinny być obecne przynajmniej dwie osoby asystujące, z których przynajmniej jedna powinna być wykwalifikowaną pielęgniarką.
4. Formalinę należy przechowywać w ciemnym, szczelnie zamkniętym naczyniu.
5. Pojemniki z pobranym materiałem należy dokładnie i szczegółowo opisywać, aby nie doszło do pomyłki.
6. Jednorazowe pojemniki na materiał tkankowy powinny być wykonane z odpowiedniego materiału.
7. Na skierowaniu należy zaznaczyć czy pacjent jest zarażony wirusem WZW i HIV.

*Praca napisana przez Marię Malborską,
studentkę I roku studiów podyplomowych,
pod kierunkiem mgr Agnieszki Renn-Żurek*

Autyzm

Słowo „autyzm” wywodzi się z języka greckiego (autos) i oznacza „sam”. W psychiatrii pojęcie „autyzm” stworzył Eugen Bleuler (1912 r.). Miało oznaczać niezdolność do utrzymywania realnych relacji z otoczeniem i zastępowanie ich marzeniami lub urojeniami. Wprowadzenie przez Leo Kanner (1943r.) terminu „autyzm wczesnodziecięcy” spowodowało wiele nieporozumień. W psychiatrii oznaczało m.in. jeden z osiowych objawów schizofrenii. Użycie tego terminu dla określenia nowej jednostki chorobowej spowodowało skojarzenie go właśnie z tą chorobą.

Autyzm jest złożonym upośledzeniem rozwojowym, które pojawia się najczęściej do 3 r. ż. Jest rezultatem zaburzeń neurologicznych, które zmieniają normalne funkcjonowanie mózgu, wpływając na rozwój obszarów odpowiedzialnych za interakcje społeczne i zdolności komunikacji. Zarówno dzieci, jak i dorośli - dotknięci autyzmem - mają problem z komunikacją werbalną i niewerbalną oraz zadaniami ruchowymi.

Często autyzm określany jest jako spektrum autystyczne, ponieważ dotyczy różne osoby w różny sposób np. niektóre dzieci zachowują zdolność

mowy, inne zaś mówią mało lub w ogóle. Jest błędnym przekonaniem jakoby autyzm dotyczył jedynie wieku dziecięcego. Nazwa - „dziecięcy” - odnosi się do okresu życia, kiedy obserwujemy pierwsze objawy. Określenie to powstało dla zróżnicowania tego zaburzenia od wcześniej znanych i też określanym jako autyzm, podobnych objawów np. w schizofrenii.

Etiologia autyzmu jest złożona, wieloczynnikowa i niedookreślona. Bezpośrednią przyczyną są nieprawidłowości w budowie i funkcji mózgu. Nie ma pojedynczej i konkretnej przyczyny tej choroby.

Przyczyny mają charakter interdyscyplinarny. Do dzisiaj nie rozstrzygnięto podstawowego problemu, który dotyczy genezy. Odpowiedź na to pytanie ma ogromne znaczenie praktyczne, wiąże się ona bowiem z opracowaniem skutecznego programu profilaktycznego i terapeutycznego.

TEORIE NA TEMAT PRZYCZYŃ AUTYZMU

1) Koncepcja psychoanalityczna - dotyczy wczesnego okresu rozwoju psychiki dziecka i jego relacji z otoczeniem, głównie między matką i dzieckiem. Mówi się tu o ekstremalnie nie-

korzystnych warunkach życiowych. Nasilenie zaburzeń zależy od tego, jak długo dziecko przebywa w tych warunkach i jak mocno odciska się to na jego psychice.

W tej teorii matka jako osoba zimna i niedostępna w sposób niedostateczny stymulowała rozwój dziecka. Konsekwencją jest brak u dziecka poczucia bezpieczeństwa, lęk przed nawiązywaniem kontaktu z otaczającym światem, niezrozumiałe sposoby zachowania jako próba uzyskania bezpieczeństwa zastępczego. Nieumiejętne oddziaływania matki mają natomiast źródło w technokratyzacji świata, zapracowaniu, pośpiechu, brutalnych metodach porodu.

W koncepcji tej, autyzm od pierwszych miesięcy życia uważany jest za normalny etap rozwojowy, rodzaj mechanizmu obronnego na szok, jaki przeżywa noworodek w zetknięciu ze światem lub reakcję na traumę spowodowaną fizycznym oddzieleniem od ciała matki i poczuciem utraty własnego ciała. Jeżeli w tym krytycznym okresie zaburzone zostaną relacje z matką – zatrzymaniu ulega rozwój organizacji struktur psychicznych. Rozwój wyobraźni o sobie samym kształtuje się wadliwie. Dziecko nie wysyła i nie przyjmuje sygnałów otaczając się

murem i tkwi w tej pustej „fortecy”.

Teorie wskazujące na role rodziców, szczególnie matek w procesie powstawania autyzmu, niegdyś bardzo popularne, dziś są już jednak marginalne.

2) Koncepcja wiązania autyzmu z zakłóceniami procesów biochemicznych i neurochemicznych.

3) Koncepcja zaburzeń postrzegania i przetwarzania informacji

- często przyczyny są złożone i mają podłoże organiczne.

4) Koncepcja genetyczna

- Asperger jako pierwszy wskazywał na genetyczne podłoże autyzmu. Mówił o wariantach męskiego charakteru i męskiej inteligencji. Stwierdzono występowanie autyzmu u wszystkich badanych par bliźniąt jednojajowych. Mówi się w niej o genetycznej skłonności do uszkodzenia układu nerwowego. Podaje ojca jako nosiciela genu wywołującego autyzm. Tłumaczy dysleksję wpływem testosteronu na uszkodzenie lewej półkuli mózgu.

5) Koncepcja związana z uszkodzeniami mózgu

- dotyczy uszkodzeń minimalnych, subtelnych, powstałych w okresie okołoporodowym lub w pierwszym roku życia (choroby mózgu, mechaniczne uszkodzenia). Najczęściej uszkodzone są: płaty czołowe i skroniowe, pień mózgu, mózdzek. Niestety, są to nieprawidłowości charakterystyczne nie tylko dla autyzmu.

W tej teorii uwzględniamy komplikacje w przebiegu ciąży i porodu np. Apgar poniżej 6 pkt., zbyt dużą lub zbyt małą masę urodzeniową, poród kleszczowy.

6) Koncepcja związku autyzmu z innymi chorobami

- są to choroby, których mechanizm spustowy wyzwala autyzm.

Do grupy tych chorób zaliczamy: infekcje wirusowe przebyte w okresie życia płodowego (różyczka, cytomega-

lia, ospa wietrzna, toksoplazmoza, celiakia). Ponadto: choroby metaboliczne, alergię (alergeny danego dziecka mogą powodować reakcje alergiczne również w układzie nerwowym, prowadząc do zapaleń nerwów i w konsekwencji do dysfunkcji mózgu).

7) Koncepcja zatrucia metalami ciężkimi

- od 20 lat rośnie statystyka częstości zachorowania (głównie w krajach wysoko rozwiniętych). Dane amerykańskie donoszą o 100% wzroście zachorowań na przestrzeni ostatnich 15 lat. Mówi się nawet o pandemii. Sugeruje ona, że na organizm ludzki działa jakiś czynnik bądź splot czynników. Badania dzieci z autyzmem potwierdziły nieprawidłowe wartości miedzi (wysoki poziom), i cynku (jego deficyt) lub zatrucia rtęcią.

8) Koncepcja związku między autyzmem a drożdżakami Candida

- podawanie wielokrotne antybiotyków niszczy mikroby w przewodzie pokarmowym. Wzrasta poziom Candida albicans. Uwalniają one toksyny, które zakłócają pracę CUN i układu odpornościowego. Ze wzrostem Candida albicans wiążą się problemy z zachowaniem i problemy ze zdrowiem (dezorientacja, nadaktywność, krótka koncentracja, nerwowość, agresja, bóle głowy, bóle żołądka, zaparcia, zmęczenie, depresja).

WAŻNE!

Mimo, że rodzice mogą zauważyć pierwsze objawy autyzmu u swojego dziecka po pierwszych rutynowych szczepieniach, a obawy niektórych doprowadziły do zmniejszenia częstości stosowania szczepień u dzieci (a w związku z tym zwiększenia prawdopodobieństwa epidemii odry), nie ma dowodów naukowych na to, że Thiomersal występujący w szczepionkach może przyczynić się do wystąpienia autyzmu.

Biorąc pod uwagę przyczyny, łatwo można podać czynniki wywołujące autyzm. Są to m.in.

- pobyt w szpitalu,
- przeprowadzka do nowego mieszkania, miasta,
- radykalne zmiany w wyglądzie mieszkania czy pokoju dziecka (np. nowe meble, tapety),
- okresowa separacja z rodziną lub zniknięcie ważnej dla dziecka osoby (śmierć, wyjazd),
- pojawienie się nowego dziecka w rodzinie,
- gruntowna zmiana trybu życia rodziny (powrót matki do pracy),
- gwałtowne zdarzenia dezorganizujące czasowo wygląd otoczenia (np. remont mieszkania, oświetlona i ustrojona choinka),
- okresowa zmiana miejsca pobytu, mimo obecności członka rodziny (wyjazd na wczasy),
- fizyczne działania bodźców o zbyt wysokim natężeniu lub uczestniczenie w głośnym, emocjonalnym wydarzeniu (huk samolotu, bójka),
- silne, negatywne emocje otoczenia (żałoba),
- przebycie infekcji z wysoką gorączką, po zakończeniu brania antybiotyku,
- szczepienia ochronne,
- niewłaściwa dieta (nietolerancja na dany składnik) lub zjedzenie czegoś szkodliwego,
- infekcja drożdżycą przewodu pokarmowego (Candida albicans),

W JAKI SPOSÓB ROZPOZNAĆ AUTYZM?

Nie ma medycznych testów, które umożliwiłyby diagnozę. Ta właściwa musi mieć podłoże w obserwacji dziecka.

Kryteria diagnostyczne:

- zaburzenia w interakcji emocjonalnej i społecznej z otoczeniem o charakterze jakościowym,
- zaburzenia komunikowania się

dotyczące wszelkich form komunikowania tj. komunikacji werbalnej, niewerbalnej i wyobraźni,

- powtarzające się stereotypowe, ograniczone wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności.

Czasem autyzm zaczyna się po okresie prawidłowego rozwoju. Niektórzy autorzy podają jako pomocne wykonanie dodatkowych badań np.:

- przeciwciała IgG 2,
- badanie pierwiastków we włosach (sprawdza toksyczność),
- wszechstronne badanie kału z parazytologią,
- analiza aminokwasów,
- poziom pierwiastków w erytrocytach,
- badanie witamin - wit.A, E, beta karotenu,
- analiza kwasów tłuszczowych
- badanie kwasów organicznych w moczu
- immunologiczne badanie wirusów,
- podstawowe badania - pełna analiza krwi, badania chemiczne, poziom żelaza, hormony tarczycy itp.

Podstawowe objawy autyzmu (ogólnie):

- ucieczka od rzeczywistości,
- odwrócenie się od świata,
- ograniczenie zainteresowań,
- niezdolność zaakceptowania i realizowania norm społecznych.

Autyzm przejawia się (w łagodnej formie choroby) tendencją do wycofywania się, ulegania presji otoczenia. W schizofrenii autyzm występuje jako jeden z podstawowych objawów (urojenia, halucynacje).

Dziecko autystyczne wygląda normalnie, przynajmniej dla laika. Choroba powoduje jednak kilka charakterystycznych anomalii: kąciki ust obniżone w porównaniu ze środkową częścią jego górnej wargi, a wierzchołki małżowin usznych lekko odstające. Uszy umiejscowione nieco niżej niż u zdrowych dzieci i mają kształt prawie okrągły, a nie wydłużony. Dzieci

autystyczne odróżniają się wieloma specyficznymi cechami zachowań, które w mniejszym lub w większym nasileniu mogą ujawniać się w toku rozwoju tych dzieci. Są to m.in.:

- zamknięcie w sobie;
- brak zainteresowania innymi osobami i normalnymi dziecięcymi czynnościami. Najpoważniejszym wyrazem autyzmu wczesnodziecięcego jest całkowita niezdolność do przywiązywania się do innych osób. Dzieci takie brane na ręce nie wykazują najmniejszych poruszenia emocjonalnego;
- dążenie do monotonii i niezmienności w postępowaniu w codziennych czynnościach, stereotypowo powtarzają rozmaite ruchy; kolekcjonują rozmaite bezwartościowe przedmioty. Zmiany w otoczeniu i w rytuale codzienności powodują niepokój i reakcje lękowe;
- dobry kontakt z przedmiotami (postacie ludzkie budzą większe zainteresowanie na obrazkach niż w rzeczywistości);
- wybiórcze zdolności np. doskonała pamięć mechaniczna, zręczność manipulacyjna, szczególne zdolności muzyczne. Przy tym wszystkim nie potrafią wykonać najprostszych czynności życiowych;
- nieumiejętność odczuwania w normalny sposób bólu - występuje tendencja do autoagresji (bicie się po głowie, uderzanie głową o przedmioty, gryzienie własnych rąk, wrywanie sobie włosów) w rezultacie czego dochodzi do samookaleceń;
- charakterystyczny „kamienny wyraz twarzy” w sytuacjach, w których powinny wykazać żywą ekspresję. Spojrzenie dziecka autystycznego można określić jako „niewidzący wzrok”;
- gwałtowne przeżycie lęku najczęściej objawia się stereotypowymi ruchami np. zasłanianie twarzy rękami, chowanie głowy w ramiona i krzyk, który jest niczym nieuzasadniony (przyzwyczajenie urojenia);
- odczuwanie przyjemnych stanów wywołuje ogólną pobudliwość np. kiwanie się, klaskanie);

Mowa dzieci autystycznych

Ok. 25% dzieci autystycznych odznacza się całkowitym brakiem mowy tzw. mutyzm. Pozostałe dzieci pierwsze słowa przyswajają w 4 - 5 r.ż. Język tych dzieci nie służy do nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Potrafią one nazwać przedmioty, powtarzać trudne słowa, nie przekazują natomiast swoich myśli i pragnień. Zadając trudne pytania nie oczekują odpowiedzi. Wypowiadają słowa bez intonacji. Nie występuje zaimek „ja”, „się”, „siebie”...

Wypowiedzi są krótkie i ubogie. Zdania wypowiadają często w sposób skandowany. Trudno przyswajają formy gramatyczne i rozumienie symboli. Dzieci te nie mają orientacji w czasie. Charakterystyczne jest powtarzanie przez dziecko kierowanych do niego pytań i słów.

Zabawa dzieci autystycznych

Całkowicie różni się od zabaw innych dzieci. Dzieci autystyczne bawią się same, stereotypowo, nie wprowadzają żadnych urozmaiceń. Lubią bawić się w wodzie, słuchać jej szumu. Najczęściej używają zabawek mechanicznych lub bezużytecznych przedmiotów np. patyki czy skrawki papieru. Często wykonują niezwykle precyzyjne manipulacyjne czynności. W zabawie odgradzają się od innych np. przedmiotami lub siadają w kącie - twarzą do ściany. Całymi godzinami potrafią kręcić lub toczyć jedną zabawkę.

Autyzm jest najpowszechniejszy spośród Rozległych (całościowych) Zaburzeń Rozwoju (ang. Pervasive Developmental Disorders - PDD) .

Zachorowania dotyczą częściej chłopców niż dziewczynek (czterokrotnie) i 75 razy częściej występują u rodzeństwa. W oparciu o statystyki liczba przypadków autyzmu wzrasta od 10 do 17% rocznie. Dokładna przyczyna wzrostu nie jest znana.

LECZENIE AUTYZMU

Prawidłowo prowadzona terapia dziecka z autyzmem opiera się na przygotowaniu rodziców do pracy z dzieckiem poprzez wyjaśnianie im zachowań dziecka, rozszerzaniu form kontaktu z dzieckiem, głównie kontaktu fizycznego, stymulacji dziecka do kontaktów społecznych.

Autyzmu nie da się wyleczyć. W wielu przypadkach można skutecznie niwelować jego objawy do stanu, w którym osoba autystyczna może funkcjonować tak samo, jak osoba zdrowa. Skuteczna terapia powinna być rozpoczęta przed 3 r.ż. i prowadzona do momentu samodzielności osoby autystycznej. W ciężkich przypadkach terapia może być prowadzona nawet przez całe życie.

Podstawowe formy terapii

1) Terapia behawioralna, czyli różne formy uczenia - polega na modelowaniu zachowań dziecka tak, aby mogło samodzielnie wykonywać

najprostsze a później bardziej skomplikowane czynności (korzystanie z toalety, przygotowanie posiłku, poruszanie się po mieście).

Istotna jest terapia mowy. Jest tu wiele metod i technik terapeutycznych dobieranych indywidualnie do dziecka.

2) Terapia biomedyczna - związana z podawaniem środków farmakologicznych lub/i dietą.

Jest złożona w swej formie, gdyż nie istnieją lekarstwa na autyzm. Czasami skuteczne okazują się preparaty stosowane w leczeniu innych zaburzeń, np. leki przeciwpadaczkowe, antydepresanty.

W wielu przypadkach skuteczna jest dieta bezglutenowa/bezkazeinowa. Brak jednak naukowych dowodów na jej skuteczność.

3) Terapie alternatywne - homeopatia, akupunktura, akupresura, bioenergioterapia, ziołolecznictwo.

Nie ma przesłanek naukowych na potwierdzenie ich efektywności, mimo przypadków wskazujących skute-

czność tych metod.

Obecnie istnieje wiele rodzajów terapii i ich form; jest wiele możliwości, by pomóc dzieciom autystycznym i ich rodzinom.

Osoby zainteresowane zapraszam do odwiedzenia strony internetowej warszawskiej Fundacji Synapsis - www.synapsis.waw.pl, gdzie można znaleźć profesjonalną pomoc, najbardziej aktualne informacje i porady, także prawne.

Na zakończenie należy dodać, iż mimo ciągłego uzupełniania danych dotyczących przyczyn powstawania autyzmu, jego patomechanizmu działania, nowych metod diagnozowania, nowych form leczenia, jedno jest niezmiennie: dziecko autystyczne trzeba zawsze kochać.

Literatura:

1. „Autyzm dziecięcy - zagadnienia diagnozy i terapii”, L. Bobkovicz- Lewartowska. Wyd. Impuls 2005r.
2. „Wokół autyzmu”, H.Olechowicz. Wyd. WSiP 2005r.
3. „Dziecko z autyzmem”, B.Winczura. Wyd. Impuls 2008r.

NRPiP/XIII/366/08

Warszawa, 19 listopada 2008 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

W związku z uchwaleniem przez Sejm RP tzw. pakietu ustaw zdrowotnych, w tym **ustawy o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej**, która uwzględnia jedynie w części postulaty środowiska pielęgniarek i położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o rozpoczęcie prac nad opracowaniem rozwiązań systemowych, określających zasady wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz o włączenie przedstawicieli NRPiP do prac w przedmiotowej kwestii. Rozwiązania systemowe powinny zawierać regulacje prawne zapewniające systematyczny wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w określonych ramach czasowych.

Wnioskujemy również o podjęcie działań mających na celu zbudowanie

systemu zwiększającego poziom zatrudnienia, poprawiającego warunki pracy, płacy i życia personelu pielęgniarskiego. Projektowany system przeciwdziałałby postępującemu zmniejszaniu się liczby pielęgniarek i umożliwił stworzenie takich warunków, aby pielęgniarki „mogły i chciały pracować w Polsce”.

W ostatnich latach obserwujemy zjawisko tzw. „braku zastępowania pokoleń”, które obrazuje przekazana w załączeniu *Analiza struktury wieku zarejestrowanych pielęgniarek i położnych oraz Analiza liczby pielęgniarek i położnych przechodzących na emeryturę oraz pielęgniarek i położnych wchodzących do systemu*. Przedstawiony problem może rodzić negatywne skutki dla funkcjonowania syste-

mu ochrony zdrowia w Polsce, a tym samym dla bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa.

Powyższe oczekiwania zgodne są z przepisami Konwencji Nr 149 dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego przyjętej w Genewie dnia 21 czerwca 1977 r. na Konferencji Ogólnej Międzynarodowej Organizacji Pracy, która została ratyfikowana przez Polskę w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku oraz Zalecenia Nr 157 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącego zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego.

Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPiP

„Intensywny” problem Respiratorowego Zapalenia Płuc

Problematyka prezentowanego przeze mnie tematu dotyczy zagadnienia zakażeń wewnątrzszpitalnych kładąc nacisk na Respiratorowe Zapalenie Płuc u dorosłych (z ang. VAP (ventilator - associated pneumonia) - zapalenie płuc u chorych sztucznie wentylowanych) związane z wentylacją mechaniczną, które jest bardzo częstym zjawiskiem spotykanym na oddziale intensywnej terapii.

Jest to zapalenie płuc, które wystąpiło po upływie 48-72 godzin po intubacji dotchawiczej i to najczęstsza spośród zakażeń wewnątrzszpitalnych rozpoznawanych w oddziałach intensywnej terapii, gdyż stanowi niemal 50% wszystkich zakażeń, jakie zdarzają się w tych oddziałach i jest ściśle związane ze śmiertelnością pacjentów przebywających w OIT, jak również generowaniem kosztów oraz zwiększeniem się liczby antybiotykoopornych szczepów bakterii. VAP jest również powikłaniem w przebiegu ARDS (zespół ostrych zaburzeń oddechowych), dołączając się zazwyczaj w szóstej dobie.

Od czasu opracowania w 1996 roku pierwszych wytycznych American Thoracic Society (ATS) dotyczących szpitalnych zapaleń płuc opublikowano wiele nowych doniesień uzasadniających przygotowanie nowych, opartych na wiarygodnych i aktualnych danych, wytycznych postępowania u chorych na szpitalne zapalenie płuc w tym zapalenie płuc związane z wentylacją mechaniczną VAP.

Należy wziąć szczególnie pod uwagę epidemiologię oraz patogenezę u dorosłych i podkreślić rolę tych czynników ryzyka zachorowania, które można modyfikować, a także mikrobiologię, kładąc szczególny nacisk na

bakterie chorobotwórcze oporne na wiele leków jak i diagnostykę, kładąc nacisk na pobieranie materiału z dolnych dróg oddechowych przed rozpoczęciem leczenia w celu stwierdzenia obecności bakterii.

Należy również wziąć pod uwagę argumenty przemawiające za leczeniem opartym na ocenie klinicznej oraz za leczeniem opartym na wynikach badań bakteriologicznych z użyciem „półilościowych” lub „ilościowych” metod mikrobiologicznych, pomocnych przy wyborze odpowiedniego leczenia przeciwdrobnoustrojowego oraz zalecenia dotyczące dodatkowych badań diagnostycznych i postępowania terapeutycznego u chorych na Respiratorowe Zapalenie Płuc, jak i metody zapobiegania powstawania tej choroby w oddziałach intensywnej terapii.

Stawiając sobie za cel dane dotyczące VAP: chorych, którzy nie są zaintubowani, powinno się liczyć jako chorych na VAP, stosując te same metody oceny czynników ryzyka zakażenia poszczególnymi drobnoustrojami.

Przedstawione wytyczne podkreślają znaczenie wczesnego stosowania właściwych antybiotyków w odpowiednich dawkach i unikanie nadmiernej antybiotykoterapii poprzez zmniejszenie intensywności początkowego leczenia w zależności od wyników posiewów i odpowiedzi klinicznej chorego, a także skrócenia czasu leczenia do niezbędnego minimum, potrzebnego do wyleczenia. W wytycznych należy wziąć pod uwagę różnice we florze bakteryjnej pomiędzy poszczególnymi szpitalami oraz jej zmienności w czasie, dlatego proponuje się, aby przy adaptowaniu wytycznych leczenia na potrzeby określonej instytucji opieki

zdrowotnej lub sytuacji klinicznej uwzględniać lokalne dane bakteriologiczne. Procedura początkowej antybiotykoterapii empirycznej dotyczy dwóch grup chorych:

1) niewymagających leczenia antybiotykami o szerokim spektrum działania (chorzy o wczesnym początku i bez czynników ryzyka dla szczepów bakteriami opornymi na wiele leków).

2) wymagających antybiotykoterapii o szerokim spektrum działania z powodu zapalenia płuc o późnym początku lub innych czynników ryzyka zakażenia szczepami bakterii opornych na wiele leków.

We wszystkich wytycznych niniejsze nowe zalecenia – chociaż zostały oparte na danych naukowych, których wiarygodność stopniowo trzeba zweryfikować pod kątem ich wpływu na wyniki leczenia chorych.

VAP pozostaje ważną przyczyną chorobowości i zgonów, pomimo postępów w leczeniu przeciw bakteryjnym, lepszych metod leczenia podtrzymującego i stosowania wielu metod zapobiegania. Celem nie jest zastąpienie oceny klinicznej, ale raczej zapewnienie usystematyzowanej postawy dla postępowania z chorym.

Poszczególne sytuacje kliniczne mogą być bardzo skomplikowane, a dla najlepszego postępowania klinicznego podstawowe znaczenie mają decyzje kliniczne wykształconego lekarza i pielęgniarki, znających wszystkie dostępne informacje o chorym. Gdy pojawiają się nowe dane laboratoryjne i kliniczne, leczenie często wymaga ukierunkowania lub zmiany.

Oddziały intensywnej terapii najczęściej stanowią potencjalne źródło infekcji szpitalnych szerzących się

na teren całego szpitala. Dlatego ich założenia organizacyjne, jak i struktura organizacyjna, muszą uwzględniać specyfikę postępowania leczniczego. Lokalizacja OIT na terenie szpitala musi zakładać łatwy dostęp do Izby Przyjęć, Bloku Operacyjnego, Laboratorium Centralnego, jak i Pracowni Diagnostyki Obrazowej, aby dostęp do jednostek organizacyjnych decydujących o przeżyciu pacjenta był jak najszybszy. Wymaga to umieszczenia tych placówek zazwyczaj na jednym poziomie nowoczesnego szpitala. Jednak bliskość komunikacyjna węzłowych punktów diagnostycznych i interwencyjnych powoduje określone zagrożenie powstaniem łańcucha epidemiologicznego inicjowanego przez patogenne szczepy oddziału intensywnej terapii. Dlatego część badań laboratoryjnych i diagnostycznych (np. RTG płuc, bronchoskopia) powinna być przeprowadzona w obrębie OIT. Pomimo to, niezwykle pożądana jest obecność śluz higienicznych na traktach komunikacyjnych.

Powierzchnia placówki intensywnej opieki zależy często od standardu finansowego szpitala, jednak musi spełniać minimum wynikające z wieloletniej obserwacji zagrożeń epidemiologicznych.

Wynosi ono od 16m² powierzchni do nawet 30m² (USA) na jedno łóżko. Każde stanowisko leczenia OIT posiada stałe elementy wyposażenia, jednak większość jest przewoźna i musi być magazynowana na terenie oddziału w pomieszczeniach o pełnej aseptyce, najlepiej równej standardowi sali operacyjnej (respiratory, pompy infuzyjne, aparaty do kontrapulsacji itp.). Powoduje to przy minimalnych założeniach konieczność wykorzystania 16+16m² powierzchni i ośmiu łóżkach na ponad 250m² powierzchni. Do tego rachunku należy dołączyć powierzchnię innych pomieszczeń: socjalnych i sanitarnych oraz często wydzielonej sali zabiegowo-operacyjnej wyłącznie dla chorych oddziału intensywnej terapii, jej istnienie jest

ważnym czynnikiem ochrony bloku operacyjnego przed skolonizowanymi chorymi OIT.

Architektura placówek intensywnej terapii również powinna uwzględniać specyficzną sytuację epidemiologiczną tych jednostek. Najczęściej spotykanym modelem przestrzennym w naszym kraju jest tzw. model otwarty i jego modyfikacje. Zakłada on umieszczenie wszystkich stanowisk (łóżek) w obrębie jednej, dużej sali.

Dla poprawy intymności pobytu chorych czasami stosuje się przegrody z tworzyw sztucznych lub materiału. Taki model OIT wymaga stosunkowo najniższej liczby personelu dla wykonywania czynności nadzorczych i pielęgnacyjnych. Zespół pielęgniarski jest usytuowany w osiowo położonym punkcie, z którego dokonuje się obserwacji wszystkich chorych jednocześnie. Wobec wynikającej z założenia tego systemu małej liczby personelu konieczna jest niezwykła dbałość o realizację zasad epidemiologicznych w bieżącej pracy (np. mycia rąk, zakładania rękawic ochronnych). Praktycznie jest to realizowane w ograniczonym zakresie z powodów finansowych.

Modelem znacznie lepszym z epidemiologicznego punktu widzenia jest zmodyfikowany plan zamknięty. Zakłada on istnienie kilku sal 2-3 łóżkowych oraz kilku izolowanych, nawet z obecnością śluzy bakteriologicznej. Powoduje to konieczność zwiększenia liczby personelu lekarskiego i pielęgnarskiego. System pracy powinien przewidywać dla zespołu pielęgniarek wydzielenie określonych sal bez kontaktu z chorymi hospitalizowanymi w innych pomieszczeniach. Obserwacja i zabiegi pielęgnacyjne są wykonywane bez opuszczania wydzielonego odcinka pracy. Personel lekarski również powinien być wydzielony do terapii w obrębie ograniczonej ilości sal i każdorazowo ubierać co najmniej nowy fartuch i jałowe rękawice. Konieczność istnienia sal izolowanych w OIT wynika z mogącej pojawić się

konieczności leczenia chorych spełniających kryteria szczególnego nadzoru epidemiologicznego w tym również Respiratorowego Zapalenia Płuc. Niedocenionym, a często nieuświadomianym elementem infrastruktury OIT jest również prawidłowo funkcjonujący system wentylacji. Można przyjąć, że u schyłku XX wieku każdy projektowany oddział intensywnej terapii musi mieć urządzenia termo stabilizacyjne w oparciu o system klimatyzacyjny. Klimatyzacja może nieść dodatkowe zagrożenia (Legionella), dlatego instalowane systemy muszą mieć filtry przeciwbakteryjne oraz możliwość regulacji wilgotności względnej w pomieszczeniach. Klimatyzowana powinna być cała powierzchnia oddziału, dodatkowo zapewniając nadciśnienie w obrębie oddziału (odśrodkowy jednokierunkowy przepływ powietrza). W związku z tym okna powinny być nie otwieralne w tradycyjny sposób i zapewniać izolację termiczną, pyłową oraz zabezpieczenie przed hałasem.

Personel oddziału intensywnej terapii wykonuje niezwykle ciężką i obciążoną większym od przeciętnego w opiece medycznej stresem, pracą. Jej ciężkość psychiczną dorównuje obciążeniu fizycznemu. Dlatego przestrzeganie minimalnych limitów zatrudnienia jest warunkiem prawidłowej pracy, jak i nie kontrolowanego przemieszczania personelu poza powierzony odcinek. Postulowane normy zatrudnienia dla personelu lekarskiego zakładają prowadzenie dwóch łóżek przez jednego lekarza. Na trzy łóżka przewidziano dwie pielęgniarki anestezjologiczne na każdą zmianę pielęgnarską. Ta liczba osób wymaga stałego nadzoru bakteriologicznego, który powinien być wykonywany planowo, jak i doraźnie w zależności od powstających zagrożeń.

Ostatnim z głównych stałych elementów zagrożenia bakteriologicznego jest zgromadzony w OIT sprzęt intensywnej terapii. W większości przypadków jego dekontaminacja, jak i sterylizacja, podlega przepisom

producenta. Powinna być wykonywana w specjalnie do tego celu przeznaczonych pomieszczeniach zgodnie z ustalonym schematem sterylizacji dla OIT i zasadami ogólnymi.

Stopień zagrożenia epidemiologicznego związany ze stosowaniem różnych procedur zwraca uwagę na różny stopień zagrożenia przy stosowaniu wybranych rodzajów aparatury intensywnej terapii.

Tak jak w odniesieniu do wszystkich zakażeń wewnątrzszpitalnych, podstawowe znaczenie mają sposoby najogólniejsze jednakże konkretna ochrona przed respiratorowym zapaleniem płuc powinna uwzględniać towarzyszące temu tło patofizjologiczne, winna się zatem koncentrować na minimalizacji zbiornika zakażonej wydzieliny i zapobieganiu jej aspiracji do dróg oddechowych. Metodą profilaktyki, zmierzającą do zapobiegania kolonizacji przewodu pokarmowego przez potencjalne chorobotwórcze drobnoustroje jest wybiórca jej dekontaminacja.

Spośród sposobów zapobiegania VAP można wyodrębnić metody nefarmakologiczne i farmakologiczne, a w każdej z nich wyróżnić postępowanie o udowodnionej efektywności i nie przynoszące korzyści klinicznych. Wśród metod nie farmakologicznych o udowodnionej skuteczności jest częste mycie rąk i ich stała dezynfekcja przez personel medyczny. Stosowanie rękawic ochronnych i masek powinno mieć miejsce zawsze w przypadku podejrzeń zakażeń bakteriami antybiotykoopornymi. Należy unikać zbędnych reintubacji oraz przedłużonej intubacji nosowo - tchawiczej, gdyż utrudnienie odpływu wydzieliny z zatok przynosowych może prowadzić do ich stanu zapalnego, z aspiracją zakażonej wydzieliny do dróg oddechowych. Półsiedząca pozycja pacjenta również zmniejsza ryzyko aspiracji. Zapewniając odpowiednie żywienie pacjenta, należy unikać podawania dużych objętości pokarmu, a do żywienia enteralnego stosować zgłębniki o małej

średnicy, wprowadzone do jelita cienkiego. Ciągły drenaż wydzieliny podgłośniowej zmniejsza częstość występowania wczesnego zapalenia płuc.

Metodą przeciwdziałania VAP jest umieszczenie filtrów bakteriologicznych na rurce intubacyjnej. Dzięki zawartości układu błon polipropylenowych o właściwościach przeciwbakteryjnych, przeciwwirusowych i przeciwgrzybiczych mają one możliwość eliminacji części zagrożeń infekcyjnych, w tym *Mycobacterium tuberculosis* i wywołujących zapalenie wątroby typu C, stosowanie filtrów oddechowych zmniejsza częstość występowania późnego VAP, w porównaniu ze stosowaniem konwencjonalnych nawilżaczy przepływowych, nie zwiększając przy tym częstości okluzji rurek dotchawiczych. Filtry oddechowe mogą być bezpiecznie stosowane bez wymiany przez okres siedmiu dni. Zmiany pozycji ułożenia pacjenta, poprzez stosowanie łóżek rotacyjnych, poprawiają drenaż wydzieliny z dróg oddechowych.

Do metod farmakologicznych ocenionych jako efektywne w prewencji VAP, zaliczono zmianę lub rotację grup antybiotyków używanych w leczeniu infekcji bakteryjnych. Terapia skojarzona powinna być zarezerwowana do podejrzenia zakażeń bakteriami antybiotykoopornymi. Profilaktyczne stosowanie antybiotyków, podawanych miejscowo do drzewa oskrzelowego pod postacią aerozoli lub antybiotyków o szerokim spektrum działania stosowanych paraenteralnie, nie jest zalecane i wiąże się z narażeniem na występowanie ciężkich zakażeń szczepami antybiotykoopornymi.

Leki obniżające pH soku żołądkowego predysponują do kolonizacji bakteryjnej żołądka i występowania VAP na skutek mikroaspiracji.

Wytyczne postępowania są dokumentem o dużym znaczeniu dla leczenia, dotyczą bardzo szerokiego obszaru wiedzy i praktyki medycznej - od mikrobiologii i patologii przez dyscypliny zabiegowe i niezabiegowe, aż po intensywną terapię. Przestrzeganie

powinno być ściśle monitorowane, podobnie jak występowanie oraz wyniki leczenia VAP i w ten sposób może się przekształcić w instrument poprawiający jakość i wyniki leczenia. Wiadomo jednak, że VAP jest to choroba częsta i jest głównym zagrożeniem chorych wymagających przewlekłej wentylacji mechanicznej (respiratorowej) o dużej śmiertelności. Programy jako wskaźniki powinny stanowić istotny cel działania w polskim szpitalnictwie - zapewnią nam wymierne korzyści nie tylko dla życia i zdrowia pacjentów, ale też dla finansów szpitali. Wszystkie wytyczne Respiratorowego zapalenia płuc na oddziałach intensywnej terapii muszą być zaadaptowane do warunków lokalnych danej szpitala i oddziału. Tylko w takiej sytuacji będzie można mówić o sukcesie w tej ciągle obciążonej 50% śmiertelnością jednostce chorobowej.

Zawód pielęgniarki, a w szczególności pielęgniarki pracującej na oddziale intensywnej terapii należy do zawodów odpowiedzialnych i bardzo trudnych a od jej przedstawicieli wymaga się dużej wiedzy, umiejętności i dokładności. Średni personel medyczny powinno się często dokształcać z zakresu mikrobiologii, epidemiologii oraz nowych wytycznych dotyczących chorób występujących na oddziale intensywnej terapii. Powinny starać się utrzymywać jak najwyższy prestiż, dążyć do pozyskania zaufania u pacjenta i jego rodziny chorego na VAP, które jest bardzo ważne, aby proces pielęgnacyjny - leczniczy przebiegał sprawnie i szybko.

*Tomasz Ireneusz Ramz - pielęgniarz OIT Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Praca napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Agaty Karowicz - Bilińskiej.*

Przedruk z „Ad vocem” - pisma Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Nr 83, wrzesień - październik 2008

Słów kilka po konkursie...

Z wielkim zainteresowaniem przeczytałam prace konkursowe pt. „Codziennosc zawodowa - blaski i cienie” w październikowym biuletynie. Byłam pod wielkim wrażeniem treści i myśli w nich zawartych. Tak bardzo brakowało mi krótkiego komentarza, że w końcu postanowiłam napisać parę słów.

Nie będę komentowała stylów literackich lecz treści, które wiele nas uczą i skłaniają do chwili refleksji. Prace te stanowią doskonały temat do badań dla psychologów. Przedstawiają istotne studium psychiki współczesnej pielęgniarki. Czyż nie powinny dawać do myślenia naszym przełożonym i kierownikom? Szkolenia i warsztaty psychologiczne powinny być udoskonalane na podstawie tych właśnie prac.

Z treści publikacji namalował mi się obraz pielęgniarki. Współczesna pielęgniarka to postać o dwóch twarzach. Pierwsza - pierwsze skojarzenie - to oblicze smutne, nostalgiczne, trochę tajemnicze, często zakompleksione, jak gdyby zagubione w nowym medycznym świecie.

W pracach tych pielęgniarka sprawa często wrażenie bezsilnej. Niepozorna, „szara”, nie wyróżniająca się w tłumie ludzi w oddziale. Często nie słyszy - „dzień dobry”. W swojej codziennej pracy, mimo ogromnych starań - odbierana jest jako narzędzie do wykonywania zleceń lekarskich. Tak bardzo chce być postrzegana po prostu jako człowiek. Misji, którą wypełnia nie da się zakodować i wstawić w tabelę grup i kategorii. To nie ona wprowadziła bałagan organizacyjny, gdzie brak jest przejrzystych mechanizmów funkcjonowania pacjenta w systemie ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy.

Druga twarz, to oblicze postaci bez mała idealnej. Etyka Arystotelesa mówiła o ośmiu komponentach roz-

tropności. Dzisiejsza pielęgniarka ma tych cech zdecydowanie więcej. Jej moralna postawa i wewnętrzne przekonanie stanowią jakąś siłę, która inspirowanie jej postępowanie zawodowe. Normą moralności, jak najbardziej może być jej sumienie. Niepewność roli, jaką pełni obecnie powoduje pogłębiającą się frustrację i zabijanie „instynktu”, jakiego prawdziwe pielęgniarki potrzebują.

We wspomnianych pracach, po chwili namysłu, można wyczytać wszystko to, co pielęgniarka miała kiedyś i co ma obecnie. To, czy w przyszłości będzie miała człowieka nie jako przedmiot działania czy też środek, ale zawsze jako cel nadrzędny, okaże się niebawem. Jej prawdziwy altruizm, empatia i wszystko inne, co przydatne jest w zawodzie, może po prostu wypalić się (są już tego dowody). Pozostaje nam jednak nadzieja, że predyspozycje pielęgniarki, na które składają się cechy charakteru o wielkim potencjale, okażą się na tyle silne, by nie zgasnąć. Pamiętajmy! Sztuczne i wyidealizowane przekonania są ryzykowne. Nie stać nas na takie ryzyko. Pielęgniarka, to też człowiek - nie rańmy go i nie niszczy.

P. S. Jestem przekonana, że pielęgniarka jako człowiek znowu stanie na szczycie drabiny ewolucji.

Trzymam za wszystkie koleżanki kciuki!

Badania czynników ryzyka raka piersi u pielęgniarek

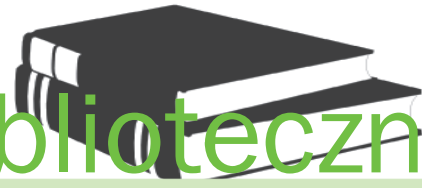
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i National Institute of Occupational Health z Oslo w Norwegii rozpoczął badania nad czynnikami ryzyka dla raka piersi u pielęgniarek łódzkich.

Program jest skierowany do pielęgniarek aktualnie pracujących w zawodzie, w wieku 40 - 60 lat, które będą miały wykonane nieodpłatnie badanie mammograficzne.

Warunkiem uczestniczenia w programie jest udzielenie odpowiedzi na pytania ankiety dotyczącej czynników ryzyka raka piersi oraz warunków pracy, oddanie próbki krwi i moczu.

Projekt jest finansowany z Polsko - Norweskiego Funduszu Badań Naukowych.

Szczegółowe informacje o programie badań uzyskać można w Pracowni Epidemiologii IMP, pod numerem telefonu (042) 6314568, a także na stronach internetowych IMP www.imp.lodz.pl



kącik biblioteczny

Z żałobnej karty

*Z ogromnym żalem
zawiadamiamy, że dnia
3 listopada 2008 r.
odeszła na zawsze nasza
koleżanka*

Wiesia Andrzejewska

*Długoletnia oddziałowa
Oddziału Klinicznego
Neurochirurgii USK nr 1
im. N. Barlickiego
w Łodzi.*

*Była człowiekiem
o wielkim sercu
i wrażliwej duszy.*

*Kochała swój zawód
i zawsze z uśmiechem na
ustach pomagała innym.
Odeszła od nas zbyt szybko
ale zawsze będziemy
o Niej pamiętać.*

*Personel pielęgniarski
Oddziału Klinicznego
Neurochirurgii
Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego
Nr 1 im. N. Barlickiego
w Łodzi*

GERIATRIA I PIELEŃNIARSTWO GERIATRYCZNE.

Podręcznik akademicki



Autorzy:

**Katarzyna Wieczorkowska -Tobis
i Dorota Talarska (red.)**

Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
Warszawa 2008, wyd. 1

Oprawa: miękka foliowana,
424 str.,

Wymiary: 165 x 235 mm ,
ISBN 978-83-200-3500-1

Starzenie się społeczeństwa jest procesem, który objął wszystkie kraje europejskie, w tym także Polskę. Niesie to za sobą konieczność odpowiedniego przygotowania kadr medycznych - poszerzenia wiedzy z dziedziny geriatry, jak również uwrażliwienia na problemy, jakie dotyczą ludzi w podeszłym wieku.

Autorzy tego podręcznika, reprezentujący czternaście ośrodków akademickich, są nie tylko świetnymi dydaktykami, lecz również praktykami. W publikacji tej przekazują aktualną wiedzę na temat chorób w geriatry, jak również dzielą się doświadczeniami zdobytymi w codziennej pracy z pacjentami w starszym wieku.

Opieka nad pacjentami w starszym wieku musi mieć charakter holistyczny, tzn. uwzględniać wszystkie potrzeby zdrowotne. Warunkiem spełnienia tych oczekiwań jest specjalistyczne przygotowanie wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej. Wiedza fachowa daje możliwość poprawy diagnozowania, a co się z tym wiąże - wcześniejszego wdrożenia właściwych metod postępowania oraz pozwala na monitorowanie przebiegu terapii.

Podręcznik - adresowany do studentów wyższych uczelni medycznych oraz wyższych szkół zawodowych kształcących personel pielęgniarski - z pewnością będzie również niezwykle pomocny w codziennej pracy pielęgniarek sprawujących opiekę nad osobami starszymi, zarówno w środowisku domowym, jak i w domach pomocy społecznej, zakładach opieki leczniczej i tym podobnych instytucjach.

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
gł. specjalista ds. merytorycznych

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

tel. 042 633 69 63; 042 633 71 06; fax 042 633 68 74

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

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

Biblioteka OIPIP

poniedziałek: dzień bez interesantów, 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. 042 633 92 98

Prawo wykonywania zawodu

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

tel. 042 633 32 13

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00;

tel. 042 633 23 94

Kasa

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

tel. 042 639 92 76

RADCA PRAWNY

udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem

zawodu pielęgniarki i położnej we wtorki: 14.00 – 18.00 i czwartki: 14.00 – 16.00 (tel. 042 633 71 06)

INFORMACJI MERYTORYCZNYCH w godz. pracy biura z wyjątkiem poniedziałków (tel. 042 639 92 62)

UDZIELAJĄ:

mgr MARIA KOWALCZYK

AGNIESZKA KAŁUŻNA

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ – mgr IRENA KRÓL

dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00 (tel. 042 633 23 94)

w pozostałe dni kontakt z **KRYSTYNĄ SAWCZENKO** – spec. ds. merytoryczno - kancelaryjnych ORZOZ – (tel. 042 633 23 94)

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EWA SKIBA - dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca w godz. od 16.00 -17.00

REDAKTOR NACZELNA „BIULETYNU” – mgr MARIA KOWALSKA

dyżuruje we wtorki w godz. 15.00 – 17.00

e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl tel. 042 633 22 48

Informacji na temat realizacji zadań samorządu i działalności Okręgowej Rady udzielają:

Przewodnicząca

mgr Krystyna Walewska

środy w godz. 14.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca

mgr Maria Kowalska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca

mgr Elżbieta Krokocka (położna)

Sekretarz

lic. pielęg. Anna Manes

II i IV poniedziałek miesiąca

w godz. 15.00 – 17.00

tel. 042 633 22 48