

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00–18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Irena Król
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00–17.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00–18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 315

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPiP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
tel. 42 639 92 62
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 032
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062
mgr Elżbieta Zapieraczyńska – 42 639 92 62

Biblioteka OIPiP

wtorek: 11.00–17.30; środa: 10.00–15.00; czwartek: 8.30–15.00
piątek: 10.00–15.30
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

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

Mecenas

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

Kasa

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

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

TEMAT MIESIĄCA 7

PRAKTYKA ZAWODOWA 9

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 17

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 19

PODZIĘKOWANIA 23

POŻEGNANIA 24

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42 633 69 63 w. 315; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640-7679

Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

XXII posiedzenie Prezydium ORPiP (27.11.2013 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wydano nowy dokument prawo wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarczy.
- ▶ Wykreślono z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki i 1 pielęgniarczy.
- ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarczy.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki indywidualnej i 1 praktyki grupowej pielęgniarek.
- ▶ Podjęto 2 decyzje w sprawie przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalizacyjnych – 44 osobom, konferencjach, warsztatach – 9 osobom. Ze względów regulaminowych odmówiono 2 osobom: korzystanie z dofinansowania do kursu w roku 2013, brak udokumentowania regularnego opłacania składek członkowskich przez okres dwóch lat przed złożeniem wniosku, tj. comiesięcznych wpłat do 15 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.
- ▶ Przyznano pomoc finansową – zapomogę w wysokości: 5 × 2000 zł, 1 × 1500 zł. Odmówiono 1 osobie przyznania zapomogi ze względów regulaminowych: brak sytuacji losowej dotyczącej członka samorządu.
- ▶ Zatwierdzono:
 - koszty udziału 2 przedstawicieli Komisji Opieki Paliatywnej i Długoterminowej OIPiP w ogólnopolskiej konferencji
 - kadre dydaktyczną dla 3 edycji kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
 - skład osobowy 1 komisji kwalifikacyjnej i 1 komisji egzaminacyjnej dla kursu specjalistycznego organizowanego na terenie zakładu w Łodzi.
 - zakup dostępu do sieci internetowej i serwera telekomunikacyjnego do centrali telefonicznej do biura OIPiP w Łodzi.
 - honoraria dla 2 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 11/2013.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 5 kursów i szkoleń u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego w Łodzi – 1 kurs kwalifikacyjny i 4 kursy specjalistyczne – programy dla pielęgniarek i położnych.

XXIII posiedzenie ORPiP (10.12. 2013 r.)

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 8 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wydano nowy dokument „prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano adnotacji w rejestrze pielęgniarek o wygaśnięciu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 41 pielęgniarek.
- ▶ Dokonano adnotacji w rejestrze położnych o wygaśnięciu prawa wykonywania zawodu położnej – 6 położnych.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w: szkoleniach specjalizacyjnych – 20 osobom, warsztatach szkoleniowych – 2 osobom. Ze względów regulaminowych odmówiono 1 osobie: brak udokumentowania regularnego opłacania składek członkowskich przez okres dwóch lat przed złożeniem wniosku, tj. comiesięcznych wpłat do 15 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.
- ▶ Przyznano 6 pomocy finansowych – zapomóg, w wysokości: 1 × 2250 zł, 3 × 2000 zł, 1 × 1500 zł i 1 × 1200 zł.
- ▶ Zatwierdzono:
 - autorów przygotowujących programy szkoleń i kursów zaplanowanych do realizacji przez OIPiP w roku 2014.
 - wyrażono zgodę na udział pielęgniarki w kursie kwalifikacyjnym organizowanym i finansowanym z budżetu OIPiP w Łodzi.
 - składy osobowe 6 komisji kwalifikacyjnej i 6 komisji egzaminacyjnej dla kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
 - kontynuację ubezpieczenia członków samorządu OIPiP w Łodzi od odpowiedzialności cywilnej zawodowej na rok 2014 – tekst dostępny na stronie internetowej OIPiP w Łodzi, biurze OIPiP oraz publikowany w niniejszym numerze Biuletynu na s. 3.
- ▶ Uzupełniono plan szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych w roku 2014 r. przez OIPiP o: 2 edycje kursów kwalifikacyjnych, 15 edycji kursów specjalistycznych i 2 edycje kursu dokształcającego. Aktualny plan (stan na dzień 10.12.2013 r.) dostępny na stronie internetowej OIPiP w Łodzi w zakładce szkolenia, biurze OIPiP oraz publikowany w niniejszym numerze Biuletynu na s. 17.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 3 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego w Łodzi.
- ▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w 2 zakładach – 1 naczelną pielęgniarki, 1 zastępcę dyrektora i 2 ordynatorów oddziałów. ■

oprac. mgr M. Kowalczyk – sekretarz

Program grupowego ubezpieczenia członków OIPiP w Łodzi na rok 2014

Program dobrowolnych ubezpieczeń członków OIPiP w Łodzi na rok 2014

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

Suma ubezpieczenia: 20.000,00 zł

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

Zakres ochrony ubezpieczeniowej – odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- pracownicza regresowa,
- za szkody związane z posiadaniem mieniem (wyposażenie gabinetu),
- odpowiedzialność o charakterze organizacyjnym i porządkowym w związku z wykonywanym zawodem,
- wynikłe z przeniesienia wirusa HIV, HBV i innych chorób zakaźnych,
- oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzielaniem tym osobom nagłej pomocy, o ile inna pomoc nie mogła być udzielona.

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

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

Za szkodę osobową rozumie się szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Za szkodę rzeczową rozumie się szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Zakres terytorialny: Europa

Udział własny zniesiony.

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

Dodatkowe klauzule

Klauzula prolongaty

Brak wpłaty przez Ubezpieczającego składki lub pierwszej raty w terminie przewidzianym w umowie ubezpieczenia, nie

powoduje wygaśnięcia (rozwiązania) umowy, ani zawieszenia udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i nie może być podstawą do wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela umowy ze skutkiem natychmiastowym. W sytuacji braku opłaty składki lub raty składki Ubezpieczyciel zobowiązany jest wyznaczyć Ubezpieczającemu na piśmie dodatkowy, co najmniej 14-dniowy, termin do zapłaty składki (raty). W przypadku nie dokonania wpłaty w wyznaczonym terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Klauzula zapłaty składki

Za datę prawidłowego opłacenia składki ubezpieczeniowej albo jej raty uznaje się datę złożenia przekazu pocztowego lub dyspozycji realizacji przelewu bankowego, bez względu na jego formę (pisemną lub elektroniczną) kwoty należnej z tytułu opłaty składki ubezpieczeniowej lub jej raty, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków płatniczych.

Klauzula automatycznego objęcia ubezpieczeniem przyrostu liczby członków

Przyrost liczby członków OIPiP w Łodzi powyżej 1% liczby Ubezpieczonych członków zgodnie z wnioskiem powinien zostać zgłoszony w ciągu 30 dni od ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło przekroczenie powyższego poziomu. Składka za zwiększenie liczby Ubezpieczonych zostanie rozliczona w ciągu 30 dni po zakończeniu okresu ubezpieczenia.

Do rozliczenia zastosowanie będą miały stawki efektywne nie wyższe niż wynikające ze złożonej oferty z uwzględnieniem systemu pro rata temporis. Naliczenie składki za przyrost liczby członków powyżej 1% dokonywane będzie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło przekroczenie powyższego poziomu.

Przyrost liczby członków OIPiP w Łodzi na poziomie 1% liczby Ubezpieczonych lub poniżej nie powoduje konieczności zgłaszania aktualnego stanu liczby członków oraz rozliczania składki. Jednocześnie przyrost członków OIPiP w Łodzi na poziomie lub poniżej 1% liczby zgłoszonych do ubezpieczenia nie będzie powodem odmowy ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez InterRisk TU S.A.

II. Rozszerzenie programu dla członków Izby

Składka opłacana indywidualnie

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

Program InterRisk nie oferuje obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

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

suma doubezpieczenia	składka roczna
20.000,00 zł	22,00 zł
50.000,00 zł	55,00 zł
100.000,00 zł	80,00 zł
200.000,00 zł	120,00 zł

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

Zakres ochrony ubezpieczeniowej – odpowiedzialność cywilna:

- deliktowa, kontraktowa,
- pracownicza regresowa,
- za szkody związane z posiadanym mieniem (wyposażenie gabinetu),
- odpowiedzialność o charakterze organizacyjnym i porządkowym w związku z wykonywanym zawodem,
- wyniki z przeniesienia wirusa HIV, HBV i innych chorób zakaźnych,
- oraz szkody wyrządzone osobom bliskim związane z udzieleniem tym osobom nagej pomocy, o ile inna pomoc nie mogła być udzielona.

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

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

Za szkodę osobową rozumie się szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Za szkodę rzeczową rozumie się szkodę będącą następstwem zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia oraz powstałych w wyniku tego utraconych korzyściach.

Zakres terytorialny: Europa.

Udział własny zniesiony.

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

Dodatkowe klauzule – jak opisane w pkt. 1. Ubezpieczenie w formie grupowej bezimiennej.

2. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Zakres ubezpieczenia:

100% uszczerbku na zdrowiu – 100% sumy ubezpieczenia

- w przypadku uszczerbku poniżej 100% – taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,
- śmierć w wyniku NW – 50% su
- zwrot kosztów nabycia protez – do 15% su
- zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów – do 15% su

suma ubezpieczenia	składka roczna
5.000 zł	28.00 zł
10.000 zł	44.00 zł
15.000 zł	56.00 zł

III. Zniżki w ubezpieczeniach życia prywatnego

W majątku (mieszkania, domy) – **20%** zniżki przy utrzymaniu składki minimalnej z polisy 100 zł

Wykaz agentów InterRisk T.U.

Łódź

- Sznurek Magdalena, ul. Ciołkowskiego 12b, tel. 42 681 06 06
- Paczkowska Anna, al. Kościuszki 80/82, tel. 42 636 58 20
- Bohut Elżbieta, ul. Rojna 41/28, tel. 42 652 55 05
- Biernacka Agnieszka, al. Kościuszki 40, tel. 42 636 97 41
- Borysławski Marcin, ul. Radlińskiej 9/25, tel. 42 657 55 55
- Adler Joanna, ul. Bojerowa 6, tel. 42 661 36 82
- Jaworski Dominik, ul. Północna 21, tel. 792 797 934
- Ciszewska Danuta, ul. Granitowa 11/13, tel. 507 280 230
- Żak Janina, ul. Babickiego 1/10, tel. 500 199 713
- Klimaszewska Anna, ul. Rojna 41, tel. 696 053 777
- Płużka Stanisław, ul. Tuszyńska 87, tel. 42 646 44 88
- Cemborek Mariola, ul. Partyzantów 23, tel. 695 465 544

Pabianice

- Agencja BROKUS, ul. Gdańska 26, tel. 602 762 695
- Pawlaczyk Monika, ul. Kilińskiego 49, tel. 662 213 124

Łęczyca

- Jan Ruskowski, Plac Przedrynek 8 pok. 28, tel. 501 404 465

Zgierz, Ozorków

- Agencja SECURUS, Zgierz, ul. Długa 29, tel. 42 719 00 27

Podębcice

- Lucyna Przespolewska, al. Kościuszki 1, tel. 43 678 30 11

Tomaszów Mazowiecki

- Alina Zalewska, ul. POW 5, tel. 44 724 40 34

Kutno

- Elżbieta Puchała, ul. Zimowa 11, tel. 505 072 741

Skierniewice, Rawa Mazowiecka

- Filia Oddziału Skierniewice, ul. Gałęckiego 1D, tel. 46 833 41 68 ■

Harmonogram posiedzeń i spotkań w 2014 r.

nazwa organu, komisji	godz.	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
ORPiP (2 wtorki m-ca)	10.00	14	11	11	8	14 (2 śr.)	10	—	—	9	14	14	10 (2 śr.)
Prezydium ORPiP (4 środy m-ca)	13.00	22	26	26	23	28	25	16 (3 śr.)	12 (2 wt.)	24	22	26	—
Pełnomocnicy (3 wtorki m-ca)	11.30	21	18	18	15	20	17	—	—	16	21	18	11 (2 czw.)
Kadra kierownicza (3 środy, co 2 m-ce)	13.00	—	19	—	16	—	18	—	—	17	—	19	11 (2 czw.)
Komisja socjalna (3 środy m-ca)	14.30	15	19	19	16	21	17 (3 wt.)	—	—	17	15	19	3 i 11 (2 czw.)
Komisja prawa i legislacji (wg potrzeb)	15.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11 (2 czw.)
Komisja położnych (ostatnie wtorki m-ca)	15.00	28	25	25	29	27	24	—	—	30	28	25	11 (2 czw.)
Komisja pielęgniarek rodziny (3 wtorki m-ca)	14.00	7 i 21	18	18	15	20	17	—	—	16	21	18	11 (2 czw.)
Komisja pielęgniarek epidemiologicznych (ostatnie czwartki m-ca)	12.00	30	27	27	—	29	26	—	—	25	23 (4 czw.)	27	11 (2 czw.)
Komisja pielęgniarek psychiatrycznych (1 wtorki m-ca)	16.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11 (2 czw.)
Komisja medycyny szkolnej (3 wtorki m-ca)	13.30	21	18	18	15	20	17	—	—	16	21	18	11 (2 czw.)
Komisja opieki paliatywno- -hospicyjnej i długoterminowej (1 czwartki m-ca)	14.30	—	—	6	—	—	5	—	—	4	—	—	11 (2 czw.)
Komisja kształcenia, promocji i rozwoju zawodu (1 czwartek m-ca)	15.30	9 (2 czw.)	6	6	3	8	5	—	—	4	2	6	11
Komisja warunków pracy (poniedziałki)	13.00	20	17	17	14	19	16	—	—	22	20	17	11
Zespół ds. pielęgniarstwa w zakresie endoskopii (wtorki)	16.00	—	20 (czw.)	25	—	20	—	—	—	23	—	25	11
Koło emerytowanych pielęgniarek i położnych (1 poniedziałki m-ca)	11.00	13 (2 pon.)	3	3	7	5	2	—	—	1	6	3	2
XXX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi	9.00	—	—	28.02. 2014 r. (4 pt.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z dnia 16 grudnia 2013 r.)

Na podstawie art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Specjalizacje dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa: 1) anestezjologicznego i intensywnej opieki; 2) chirurgicznego; 3) geriatrycznego; 4) internistycznego; 5) onkologicznego; 6) operacyjnego; 7) opieki długoterminowej; 8) opieki paliatywnej; 9) pediatrycznego; 10) psychiatrycznego; 11) ratunkowego; 12) rodzinnego.

2. Specjalizacja dla pielęgniarek może być prowadzona w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - w ochronie zdrowia pracujących.

3. **Specjalizacja dla położnych** może być prowadzona w dziedzinach pielęgniarstwa: 1) ginekologiczno-położniczego; 2) rodzinnego.

4. **Specjalizacja dla pielęgniarek i położnych** może być prowadzona w dziedzinie pielęgniarstwa: 1) epidemiologicznego; 2) neonatologicznego.

§ 2. 1. Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa: 1) anestezjologicznego i intensywnej opieki; 2) chirurgicznego; 3) diabetologicznego; 4) geriatrycznego; 5) internistycznego; 6) kardiologicznego; 7) nefrologicznego z dializoterapią; 8) neonatologicznego; 9) neurologicznego; 10) onkologicznego; 11) operacyjnego; 12) opieki długoterminowej; 13) opieki paliatywnej; 14) pediatrycznego; 15) psychiatrycznego; 16) ratunkowego; 17) rodzinnego; 18) środowiska nauczania i wychowania; 19) transplantacyjnego.

2. **Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek** może być prowadzony w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – w ochronie zdrowia pracujących.

3. **Kursy kwalifikacyjne dla położnych** mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa: 1) anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii; 2) operacyjnego; 3) rodzinnego.

4. **Kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek i położnych** może być prowadzony w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 24 sierpnia 2015 r. ■



Dyplomatorium oraz uroczystość nadania symboli zawodowych pielęgniarki i położnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi

Pierwszy raz w historii w dniu 23 listopada 2013 r., od kiedy kształcenie pielęgniarek i położnych stało się kształceniem akademickim, absolwenci kierunku Pielęgniarstwo i Położnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oprócz otrzymania dyplomów nadane mieli również symbole zawodowe i złożyli „Przysięgę Pielęgniarki i Położnej”. Uroczystość ta zwana dawniej „czepkowaniem” czyli założeniem czepka pielęgniarzkiego czy czepka położnej mogła się odbyć dzięki ogromnemu zaangażowaniu wielu osób i instytucji, władz uczelni, studentów, którzy wyrazili aprobatę dla takiej uroczystości, nauczycieli akademickich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo oraz samorządu zawodowego. Czepki obecnie nie jest noszony przez pielęgniarki i położne pracujące zawodowo, w 1991 roku został zastąpiony metalową przypinką, ale jest symbolem zawodu, widnieje na podręcznikach, pismach zawodowych, stanowi element logo organizacji pielęgniarzskich, samorządu zawodowego. Jest symbolem zawodu podczas ważnych wydarzeń i uroczystości oraz stanowi element stroju galowego pielęgniarki i położnej.

Dyplomatorium miało miejsce w Auli 1000 w CKD przy ul. Pomorskiej 251, co dało odpowiednią oprawę tej uroczystości. W uroczystości uczestniczyli władze uczelni w osobie prof. dr hab. Anny Jegier – Prorektora ds. Kształcenia, Senatorzy UM w Łodzi, Dziekan prof. dr hab. Tomasz Kostka oraz członkowie Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu, przedstawiciel Prezydenta Miasta Łodzi Hanny Zdanowskiej, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – mgr Agnieszka Kałużna, mgr Janina Żurawska przewodnicząca ORPIP w Łodzi pierwszej i drugiej kadencji, która była inicjatorką powołania Oddziału Pielęgniarskiego przy ówczesnej Akademii Medycznej, przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Obecni byli również nauczyciele akademicki kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, pielęgniarki naczelne, pielęgniarki i położne

zasłużone dla pielęgniarstwa, rodzice i inni zaproszeni goście. W tym ważnym dniu dyplomy ukończenia studiów, oprócz absolwentów Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa, odebrali również najlepsi absolwenci kierunków: zdrowie publiczne – studiów pierwszego i drugiego stopnia, ratownictwa medycznego – studiów pierwszego stopnia, socjologii – studiów drugiego stopnia, dietetyki – studiów pierwszego i drugiego stopnia.

Uroczystość rozpoczęła się wniesieniem sztandaru UM i odśpiewaniem GAUDEAMUS po czym głos zabrał Dziekan Wydziału prof. Tomasz Kostka podkreślając, że dzień ten jest wyjątkowy ze względu na historyczne wydarzenie nadania symboli zawodowych pielęgniarkom i położnym. W imieniu Rektora UM przemawiała prof. dr hab. Anna Jegier – Prorektor ds. Kształcenia UM. Odczytano również list od Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej dr n. med. Grzegorza Mazura. Na koniec głos zabrała Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi mgr Agnieszka Kałużna podkreślając, że wręczenie dyplomów absolwentom ma wyjątkowy i podniosły charakter a dla każdej uczelni jest szczególnym wydarzeniem. Zwracając się do absolwentów Pani Przewodnicząca zwróciła uwagę na to, że są to zawody szczególnego zaufania społecznego, które mają wieloletnią tradycję i są zarówno sztuką, jak i nauką sięgającą po wiedzę wywodzącą się z nauk humanistycznych, społecznych, medycznych i biologicznych. Podkreśliła, że zawody pielęgniarki i położnej posiadają głęboki wymiar etyczny, ponieważ podkreślają najwyższe wartości: godność człowieka oraz chęć niesienia pomocy osobom potrzebującym oraz wymagają szczególnych predyspozycji, etycznego podejścia, empatii. Kończąc swą wypowiedź Przewodnicząca ORPIP złożyła życzenia absolwentom, życząc wytrwałości w realizacji codziennych zadań i satysfakcji z wykonywanej pracy.

Po zakończeniu części oficjalnej podniosłym i wzruszającym momentem było wniesienie zapalanej lampki, która jest



Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi otrzymała podziękowanie za udział w projekcie „Zdrowy przedszkolak”. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych we współpracy z kilkoma okręgowymi radami pielęgniarek i położnych realizowała projekt „Zdrowy przedszkolak”. Okręgowe rady pielęgniarek i położnych wskazały do udziału w projekcie 20 pielęgniarek, posiadających aktualną wiedzę w zakresie szczepień i najczęstszych chorób zakaźnych wieku dziecięcego. Zadaniem pielęgniarek było przeprowadzenie wykładu na temat ospy wietrznej (przyczyn, objawów i przebiegu choroby, możliwych powikłań oraz profilaktyki ospy wietrznej). Na spotkaniach uczestniczące pielęgniarki udzielały konsultacji rodzicom i opiekunom dzieci.

Celem programu „Zdrowy przedszkolak” była edukacja rodziców, przekazanie merytorycznej wiedzy na temat ospy wietrznej od rozpoznania poprzez pielęgnację dziecka chorego oraz możliwe powikłania a także profilaktyka tej choroby. Do udziału w projekcie zaproszono pielęgniarki z następujących miast: Gdańska, Olsztyna, Wałbrzycha, Lublina, Rzeszowa,

Krakowa, Katowic, Krosna, Gorzowa Wielkopolskiego, Wrocławia, Białegostoku, Szczecina, Radomia, Zamościa, Torunia, Łodzi oraz Warszawy. Naszą OIPIP reprezentowała dr Maria Cianciara.

Do programu przystąpiło 190 przedszkoli w 20 miastach i łącznie w spotkaniach uczestniczyło około 5000 rodziców. W wyniku przeprowadzonej ankiety 85 proc. rodziców oceniło spotkania wysoko i bardzo wysoko, a 92 proc. uczestników zaznaczyło przydatność omawianych treści. 77 proc. ankietowanych stwierdziło, że w wyniku szkolenia zmieniło swoje nastawienie odnośnie szczepienia przeciwko ospie wietrznej. ■ (J.G.)

źródło: www.nipip





międzynarodowym symbolem pielęgniarek. Jest ona kopią zapalanej lampki Florence Nightingale, która towarzyszyła jej w pielęgnowaniu rannych żołnierzy w czasie wojny krymskiej.

Po rozdaniu dyplomów najlepszym studentom kierunków ratownictwo medyczne, socjologia i dietetyka nastąpiła część uroczystości nadania symboli zawodowych pielęgniarkom i położnym. Do przyjęcia symboli zawodowych przystąpiło 60 pielęgniarek i 36 położnych. Po otrzymaniu dyplomu absolwenci mieli zakładany czepek pielęgniarki/czepek położnej przez nauczycielki kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, które są pielęgniarkami i położnymi, co spowodowało, że ta część uroczystości stała się podniosłym wydarzeniem. Następnie pielęgniarki i położne złożyły ślubowanie:

Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczystie przyrzekam:

Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.

Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.

Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.

Okazywać pacjentom należy szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.

Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.

Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.

Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

Ślubowanie zakończono odśpiewaniem Hymnu Pielęgniarskiego.

W dalszej części uroczystości wręczono nagrody i wyróżnienia dla absolwentów, którzy uzyskali najwyższe średnie ocen na kierunku Pielęgniarstwo to: Karolina Kolmaga, Aleksandra Sowińska, Marta Doga, Aleksandra Zdulska. Najwyższe średnie na kierunku położnictwo uzyskali studenci: Joanna Witczak, Joanna Ogłóża, Marta Danielewicz. Kolejne wyróżnienie otrzymały osoby za aktywność społeczną na rzecz pielęgniarstwa: Natalia Biega – pierwsza studentka/pielęgniarka w prezydium Parlamentu Studen-

tów RP oraz Anna Sikorska. Nagrody i wyróżnienia ufundowane były przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział w Łodzi.

Na zakończenie uroczystości wykład na temat: „Kobiety, które zmieniły świat” zaprezentowała dr n. o zdr. Dorota Kilańska. Była to prezentacja przedstawiająca kobiety – pielęgniarki na świecie i w Polsce, których praca i działania zapisały się w historii, przyczyniły się do rozwoju różnych dziedzin naukowych, społecznych i wpływały na byt i życie społeczności.

Uroczystość zakończyła się wspólnym zdjęciem absolwentów i władz wydziału.

Wszystkim osobom i instytucjom, którzy przyczynili się do zorganizowania i przygotowania tak podniosłej uroczystości, należą się słowa uznania i podziękowania. Nadanie symboli zawodowych, złożenie ślubowania to nie tylko powrót do tradycji, ale podniesienie rangi zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej. Miejmy nadzieję, że w przyszłym roku znów grono absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo będzie miała możliwość przeżycia tak podniosłego wydarzenia. ■ (J. G.)



Stany zagrożenia życia pochodzenia sercowego wyzwaniem dla praktyki pielęgniarskiej XXI wieku

lic. piel. MICHAŁ BANCEROWSKI

Jak podają statystyki choroby układu krążenia, pomimo ogromnego na przestrzeni lat postępu w kardiologii (zwłaszcza tzw. interwencyjnej), mogą prowadzić nawet do 50 proc. zgonów w naszym kraju. Powszechnie uznaje się je za choroby tzw. „społeczne”, czyli wpływające na spadek wartości biologicznej danego społeczeństwa.

Szczególną rolę we współczesnej ochronie zdrowia w zakresie właśnie stanów zagrożenia życia powiązanych z układem krążenia należy przypisać personelowi pielęgniarskiemu. To właśnie ta grupa „medyków”, będąc najbliżej pacjenta (tzw. personel „frontline”) jest w stanie jako pierwsza rozpoznać oraz wdrożyć odpowiednie postępowanie w zakresie swoich medycznych kompetencji.

Zawał mięśnia sercowego

Współczesna praktyka medyczna definiuje Ostry Zespół Wieńcowy jako zespół kliniczny, który to cechuje się bólem dławicowym o przedłużonym trwaniu i/lub zwiększonej częstotliwości. Spowodowany on jest zwężeniem w obrębie tętnic wieńcowych, co w konsekwencji prowadzi do niedostatecznego utlenowania mięśnia sercowego. U znacznej części pacjentów, u których dochodzi do całkowitej blokady krążenia krwi w obrębie naczyń wieńcowych, rozwija się zawał.

Zawał serca definiuje się natomiast jako obumarcie komórek mięśnia sercowego spowodowane przedłużonym niedokrwieniem. Całkowita martwica kardiomiocytów zagrożonych niedokrwieniem występuje po upływie 2 do 4 godzin. Gdy cechy świeżego zawału serca występują po upływie 28 dni od pierwotnego zawału, ten stan definiujemy jako ponowny zawał serca.

Jak pokazują statystyki medyczne, liczba zgonów spowodowanych zawałem serca w przypadku płci męskiej spada, natomiast u płci żeńskiej rośnie. Warto odnotować ten fakt ze względu na nieswoiste objawy „zawałowe” u kobiet, takie jak: przewlekłe zmęczenie, uczucie odurzenia, zawroty głowy, zaburzenia widzenia, obrzęki kończyn dolnych, zaburzenia rytmu serca, dolegliwości żołądkowe, dolegliwości bólowe w okolicach żołądka a nawet i kręgosłupa, ból w klatce piersiowej. Dla ukazania „kontrastu” objawów u mężczyzn będą to:

- nagły wzrost ciśnienia tętniczego krwi,
- ból w klatce piersiowej (w postaci pieczenia i ucisku na mostek) promieniujący za mostek, w stronę barku, karku a także ramię,
- zlewne poty,
- nudności.

W przypadku zawału postępowanie pielęgniarskie ukierunkowane jest na udzielanie świadczeń diagnostyczno-leczniczych w zakresie swoich kompetencji (zgodnie z treścią Rozporządzenia 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) oraz realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki oraz terapii.

Do zadań personelu pielęgniarskiego należy:

1. Wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG. Badanie trzeba powtarzać za każdym razem w przypadku wystąpienia nowego bólu, a także jako kontrola po jego ustąpieniu. To właśnie od obrazu EKG uzależnione jest dalsze postępowanie pielęgniarsko-lekarskie. Na jego podstawie w praktyce klinicznej różnicuje się dwa typy zawałów: bez uniesienia odcinka ST tzw. NSTEMI lub z uniesieniem odcinka ST tzw. STEMI.

2. Podanie doustnie kwasu acetylosalicylowego (dawka wysycająca – 300 mg) w formie niepowlekanej tabletki, którą pacjent powinien rozgryźć celem szybszego działania leku. Przeciwwskazaniem do podjęcia tej interwencji jest uczulenie na salicylany lub krwawienie z przewodu pokarmowego.

3. Podanie podjęzykowo nitrogliceryny.

4. Pobranie krwi na badania laboratoryjne celem oznaczenia markerów sercowych (troponiny, kinazy kreatynowej) oraz APTT, morfologii.

5. Monitorowanie parametrów hemodynamicznych.

6. Założenie dojścia dożylnego (o możliwie jak największej średnicy, w zależności od stanu naczyń żylnych pacjenta). Najbardziej preferowanym rozmiarem wkłucia obwodowego w stanach zagrożenia życia jest rozmiar 17.

7. Bieżąca ocena fizykalna stanu pacjenta.

8. Zastosowanie tlenoterapii (u pacjentów z obniżoną SaO₂ < 90 proc.). W stanie zagrożenia życia optymalną techniką tlenoterapii biernej jest podaż przez maskę bezzwrotną z rezerwuarem.

8. Podaż leków na zlecenie personelu lekarskiego (klopidogrel, heparyna, morfina, beta-blokery, inhibitory angiotensyny, statyny, leki z grupy moczopędnych).

Nagle zatrzymanie krążenia (NZK)

Nagle zatrzymanie krążenia w literaturze definiuje się jako „stan, w wyniku którego dochodzi do ustania efektywnej czynności mięśnia sercowego”.

Biorąc pod uwagę przyczynę, NZK dzieli się na dwa typy:

- pierwotne (będące następstwem choroby serca),

• wtórne (spowodowane przyczyną pozasercową, np. zatrzymaniem oddechu).

Za najpowszechniejszą przyczynę pierwotnego NZK u pacjentów dorosłych uważa się chorobę niedokrwienną serca.

W praktyce klinicznej znane są przypadki NZK podczas badań diagnostycznych, takich jak koronarografia czy też test wysiłkowy.

Do najważniejszych objawów NZK należą:

- nagła utrata przytomności
- sinica/bladość powłok skórnych
- brak oddechu
- ustanie czynności życiowych
- brak obecności tętna na tzw. dużych tętnicach, tj. szyjna, udowa.

Postępowanie pielęgniarskie w „pierwszych minutach” w przypadku zatrzymania krążenia w warunkach szpitalnych obejmuje:

a) wezwanie zespołu resuscytacyjnego;

b) podjęcie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych zgodnie z algorytmem ABC:

- A – utrzymywanie drożność dróg oddechowych,
- B – rozpoczęcie sztucznej wentylacji płuc za pomocą worka AMBU,
- C – wykonywanie masażu serca,

c) po stwierdzeniu VT/VF wykonanie defibrylacji o ładunku 150–360 J (aktualne wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji podkreślają znaczenie możliwie jak najszybszej defibrylacji);

d) kontynuację RKO z bieżącą kontrolą parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, oddech)

e) zabezpieczenie drogi do podawania leków dożylnych.

W przypadku braku powrotu obecności krążenia, pielęgniarka/pielęgniarski kontynuuje czynności z punktów „c” i „d”.

Wstrząs kardiogeny

Przyczynę wstrząsu kardiogenego (serc pochodnego) stanowi ostra niewydolność mięśnia sercowego wraz z współistniejącym upośledzeniem mechanicznej jego czynności.

Zespół objawów towarzyszących wstrząsowi kardiogenemu to:

- tachykardia
- poszerzenie żył szyjnych
- duszność
- odczuwanie dolegliwości bólowych w klatce piersiowej;
- gwałtowny spadek skurczowego ciśnienia tętniczego krwi z towarzyszącym mu zmniejszeniem amplitudy skurczowo – rozkurczowej

• bladość powłok skórnych z jednocześnie obserwowalną sinicą obwodową, spowodowaną centralizacją krążenia, stanowiącą tzw. „mechanizm kompensacyjny”

- odczuwanie przez pacjenta lęku o własne życie
- zaburzenia stanu świadomości.

W przypadku wstrząsu kardiogenego działania zespołu medycznego ukierunkowane są na wczesne rozpoznanie przyczyny oraz specjalistyczną terapię. Natomiast efektywność działań terapeutycznych zależy od jak najszybszego wdrożenia kompleksowego leczenia, w tym za pomocą różnych metod i technik,

w skład których wchodzi: farmakoterapia, kardiologia interwencyjna oraz kardiokirurgia o charakterze interwencyjnym.

Do kompleksowych działań podejmowanych przez personel pielęgniarski w tym stanie klinicznym należą:

- zabezpieczenie drożności dróg oddechowych;
- podanie tlenu przez maskę tlenową lub wąsy (przepływ 10 l/min). Maksymalne wysycenie hemoglobiny tlenem zwiększa jej dostarczenie do tkanek;
- zapewnienie dojścia dożylnego;
- założenie cewnika do pęcherza moczowego celem monitorowania diurezy godzinowej;
- podawanie leków na zlecenie (ponieważ leczenie wstrząsu kardiogenego polega na usunięciu przyczyny, zwalczeniu niedotlenienia tkanek (hipoksji), kwasicy metabolicznej, zaburzeń gospodarki zasadowej i elektrolitowej, zespół medyczny będzie podawał leki z grupy: azotanów, glikokortykosteroidów, katecholamin, leki moczopędne, przeciwartmyczne, a także dekstran celem wypełnienia łożyska naczyniowego oraz wodorowęglan sodu w celu wyrównania kwasicy metabolicznej);
- monitorowanie parametrów życiowych w sposób zarówno ciągły (EKG), jak i okresowy (ciśnienie, tętno);
- pobranie krwi do analityki laboratoryjnej celem oceny hematokrytu, liczby leukocytów, elektrolitów, wskaźników krzepnięcia, kreatyniny, mocznika, troponiny, gazometrii krwi tętnicznej;
- asystowanie lekarzowi w założeniu wkłucia centralnego;
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz godności pacjenta, minimalizacja lęku chorego.

Tamponada mięśnia sercowego

Tamponada serca to zespół objawów spowodowanych nadmiernym nagromadzeniem płynu w osierdziu. Patologicznie gromadzący się płyn surowiczy doprowadza do ucisku komór i przedsionków serca, co skutkuje spadkiem jego rzutu (pojemności minutowej). Objawy tamponady stanowi Triada Becka, czyli:

- spadek ciśnienia;
- w ocenie fizykalnej, osłuchowo, występują ciche tony serca;
- nadmierne wypełnienie żył szyjnych.

Ostra tamponada serca prowadzi do wstrząsu kardiogenego i śmierci.

Interwencje podejmowane przez personel pielęgniarski w celu ratowania życia i zdrowia podmiotu opieki będą polegały na:

- wykonaniu badania elektrokardiograficznego;
- zabezpieczeniu drogi do podawania leków dożylnie;
- towarzyszeniu choremu podczas wykonania badania echokardiograficznego, stanowiącego podstawę do rozpoznania tamponady serca;
- monitorowaniu skali świadomości za pomocą skali GLASGOW;
- monitorowaniu parametrów życiowych;
- założeniu cewnika do pęcherza moczowego;
- pobraniu krwi do badań laboratoryjnych;
- podawaniu leków na zlecenie personelu lekarskiego (leki uspokajające, przeciwbólowe, glikokortykosteroidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne).

Zabiegiem ratującym życie w tamponadzie jest perikardiocenteza. Ma on na celu nakłucie jamy worka osierdziowego celem usunięcia zalegającego w nim płynu. Zabieg przeprowadza się pod kontrolą echokardiografu lub ultrasonografu. Pobrany w jego wyniku płyn surowiczy podlega badaniom laboratoryjnym (oznaczenie stężenia glukozy, białka, aktywności dehydrogenazy mleczajowej). Procedurę przeprowadza lekarz w asyście pielęgniarki/pielęgniarskiego.

Interwencje pielęgniarskie podczas asystowania przy zabiegu perikardiocentezy obejmują:

- pomoc choremu w przyjęciu odpowiedniej pozycji, tj. na plecach lub w pozycji półsiedzącej pod kątem 30 stopni. Ewentualnie jeżeli nie ma innej możliwości układamy pacjenta płasko;
- zdezynfekowanie skóry w obszarze kaniulacji;
- obłożenie okolicy wprowadzania drenu jałowymi serwetami;
- znieczulenie miejscowe skóry poprzez podskórne ostrzyknięcie 1-procentowym roztworem lidokainy (w objętości 10–20 milimetrów);
- przytrzymywanie głowicy aparatu echo bądź USG podczas wprowadzania kaniuli przez lekarza;
- wykonanie jałowego opatrunku wokół drenu.

Po przeprowadzonym pomyślnie zabiegu chory zostaje przekazany na oddział opieki pooperacyjnej celem dalszego monitorowania.

W tym obszarze opieki medycznej personel pielęgniarski koncentruje się na obserwacji objawów charakterystycznych dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich, ważnych dla życia narządów.

* * *

Różnorodność sytuacji klinicznych występujących w przypadku stanów zagrożenia życia pochodzenia sercowego stawia przed personelem pielęgniarskim duże wymagania w zakresie wiedzy na temat obowiązujących procedur oraz metod postępowania medycznego.

W opiece nad pacjentem kardiologicznym podstawowe znaczenie odgrywa intensywny, systematyczny i stały nadzór nad stanem zdrowia pacjenta. Umożliwia on wczesne rozpoznanie stanu zagrożenia życia, a także wdrożenie właściwych interwencji, zarówno ze strony zespołu medycznego.

W przypadku stanów zagrożenia życia pochodzenia sercowego postępowanie pielęgniarskie ukierunkowane jest na udzielanie świadczeń diagnostyczno-leczniczych w zakresie swoich kompetencji (zgodnie z treścią Rozporządzenia 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) oraz realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki oraz terapii.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w stanach zagrożenia życia pochodzenia sercowego należy zawsze poprzedzić umiejętnościami z zakresu badania fizykalnego, podejmowania interwencji w warunkach dających „medykom” niewielki

zakres czasu do działania oraz minimalny margines błędu, tyczący się zarówno etapu decyzyjnego, jak i wykonawczego. ■

Literatura:

1. Bielemuk A. Standard pielęgnowania chorego z rozpoznaniem wstrząsem kardiogenym. Rozdz. w "Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia". Red. Krajewska-Kułał E., Rolka H., Jankowiak B., Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009.

2. Gajewski P., Leśniak W., Nowa definicja zawału serca. Podsumowanie stanowiska Grupy Roboczej European Society of Cardiology, American Collage of Cardiology Foundation, American Heart Association i Word Heart Federation 2012" Medycyna Praktyczna 2012; 260 (10), 12-19;

3. Gajewski P., Leśniak W., Postępowanie w świeżym zawale serca z uniesieniem odcinka ST. Podsumowanie wytycznych European Society of Cardiology 2012";

4. Grochans E. Sprzęt wykorzystywany do wstrzyknięć. Rozdz. w „Wstrzyknięcia śródskórne, podskórne, domięśniowe i dożylnie”. Red. Ciechaniewicz W., Grochans E., Łoś E., Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007;

5. Jessa K. J. Opieka nad pacjentem leczonym na oddziale kardiokirurgicznym. Rozdz. w „Pielęgniarstwo kardiologiczne”. Red. Kaszuba D., Nowicka A., Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011;

6. Łagoda K. Stany zagrożenia życia w kardiologii. Rozdz. w „Pielęgniarstwo kardiologiczne”. Red. Kaszuba D., Nowicka A., Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011;

7. Olejnik B., Kurowska K., „Kobiety zawał?” Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2012; 179 (5), 14-15;

8. Rybojad P., Jabłonka A. Nakłucie worka osierdziowego. Rozdz. w „Pielęgniarstwo ratunkowe”. Red. Kózka M., Rumian B., Maślanka M., Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2013;

9. 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. z 2007 r. Nr 210, poz. 1540

10. Sierakowska M., Jarocka I., Kobus G. Pielęgnowanie pacjentów w wybranych stanach zagrożenia życia w internie. Rozdz. w „Repetytorium z pielęgniarstwa”. Red. Kędzióra-Kornatowska K., Muszalił M., Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010;

11. Szczeklik W., Sokołowska B. Stany zagrożenia życia w schorzeniach układu krążenia. Rozdz. w „Pielęgniarstwo ratunkowe”. Red. Kózka M., Rumian B., Maślanka M., Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2013;

12. Szymkiewicz E., Filanowicz M., Dowbór-Dzwonka A. Pielęgnowanie pacjentów w chorobach układu krążenia. Rozdz. w „Repetytorium z pielęgniarstwa”. Red. Kędzióra-Kornatowska K., Muszalił M., Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010;

lic. piel. Michał Banczerowski
student kierunku pielęgniarstwo
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego,
członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego

Triage – segregacja medyczna ofiar wypadku

KAMILA PIŁAT

Triage jest systemem, który jest stosowany przez wykwalifikowane służby do segregacji poszkodowanych w wypadkach masowych i katastrofach. Ma on na celu podział ofiar zdarzenia na grupy w zależności od jakości i ilości doznanych obrażeń, szans przeżycia, szybkości udzielenia pomocy i ewakuacji.

Samo słowo *triage* jest zapożyczone z języka francuskiego i w dosłownym tłumaczeniu oznacza segregację, sortowanie czy selekcję.

Początki segregacji można było zaobserwować w czasie wojen napoleońskich, gdzie naczelny chirurg armii napoleońskiej baron Dominik Larrey (1766–1842) wprowadził tę filozofię do wojskowej służby zdrowia. Polegała ona na tym, że leczeni byli tylko ci żołnierze, którzy po hospitalizacji mieli szansę powrotu na front.

Zdarzenia możemy podzielić na:

- *Wypadek jednostkowy* – jest nagłym zdarzeniem w wyniku którego jedna osoba doznaje obrażeń. Postępowanie z poszkodowanym przebiega rutynowo zgodnie z obowiązującymi w ratownictwie medycznym standardami.

- *Wypadek mnogi* – jest nagłym zdarzeniem, w wyniku którego powstaje grupa poszkodowanych, których można zaopatrzyć na miejscu zdarzenia w sposób rutynowy przy wykorzystaniu dostępnych na miejscu sił i środków. Nie występuje znaczna dysproporcja pomiędzy potrzebami ze strony ofiar a możliwości niesienia pomocy.

Po wstępnej segregacji pomoc medyczna jest udzielana wszystkim poszkodowanym. W razie konieczności zawsze jest podejmowana resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Nie ma konieczności wydzielania grupy ofiar nie do uratowania.

W zależności od miejsca zdarzenia, liczby ofiar, rodzaju obrażeń, wydolności lokalnych służb ratowniczych i szpitala ten sam wypadek może przybrać formę zdarzenia mnogiego, masowego lub katastrofy:

- *Wypadek masowy* jest zdarzeniem w czasie którego powstaje nagle tak duża liczba poszkodowanych, że na miejscu zdarzenia nie jesteśmy w stanie udzielić pomocy medycznej wszystkim poszkodowanym, pomimo stosowania specjalnie wypracowanych na tego typu zdarzenia procedur ratunkowych. Następuje dysproporcja między ilością ofiar a służbami medycznymi. Stosuje się tu kompromis medyczny polegający na tym, iż odstępuje się od leczenia ofiar u których przeżycie jest znikome.

- *Katastrofa* jest to wydarzenie nadzwyczajne ze znaczną liczbą poszkodowanych lub rozległymi skutkami w otoczeniu, którego następstw nie można opanować za pomocą posiadanych środków i potrzebna jest pomoc z zewnątrz.

Triage przesiewowy polega na szybkiej ocenie sytuacji przez ratownika przy minimalnym badaniu i interwencji. Na miej-

scu zdarzenia stosuje się podział na cztery grupy, oznaczone odpowiednimi kolorami:

- czerwona, gdzie ofiary wymagają natychmiastowej stabilizacji podstawowych funkcji życiowych – pomoc w pierwszej kolejności,
- żółta, gdzie osoby wymagają stałego monitorowania, pomoc medyczną można opóźnić – pomoc w drugiej kolejności,
- zielona, gdzie leczenie jest odroczone – pomoc na końcu,
- czarna – zmarli i w stanie agonalnym – nie do uratowania.

Triage medyczny to przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego, ocena szans przeżycia ofiary oraz zakwalifikowanie jej do właściwego leczenia. Należy pamiętać, iż segregacja ofiar wypadku to proces dynamiczny trwający do końca akcji ratunkowej. Często mamy do czynienia ze zmianą stanu poszkodowanego.

Nigdy nie zmieniamy koloru na „lżejszy” nawet gdy stan ofiary się polepsza!

W Polsce wykorzystywany jest system segregacji START (Simple Triage And Rapid Treatment). Pozwala on wdrożyć najbardziej podstawowe, niezbędne zabiegi ratownicze, ustalić stopień zagrożenia życia u poszczególnych poszkodowanych i podzielić ich na grupy wg kolejności ewakuacji do szpitala. W przypadku wypadków masowych błędem jest zabranie pierwszej rannej osoby do szpitala, gdyż może ona mieć takie obrażenia, iż nie przeżyje lub odwrotnie – może ona nie wymagać specjalistycznej opieki medycznej!

Pacjenci rokujący nadzieję na przeżycie pod warunkiem udzielenia im natychmiastowej pomocy medycznej oznaczeni są kolorem czerwonym i są transportowani do szpitala w pierwszej kolejności.

Kolorem żółtym oznaczamy tę grupę pacjentów, u których stwierdza się poważne obrażenia, ale pewna zwłoka w ewakuacji może być zaakceptowana. Gromadzi ich się w miejscu oczekiwania, wdraża leczenie przeciwbólowe, przeciwwstrząsowe, tlenoterapię, zabezpiecza przed dalszymi uszkodzeniami i przeprowadza się ewakuację w drugiej kolejności do szpitala.

U poszkodowanych oznaczonych kolorem zielonym nie stwierdza się stanu bezpośredniego zagrożenia życia. Ci pacjenci będą też ewakuowani do szpitala, lecz niekoniecznie transportem medycznym.

Poszkodowani oznaczeni kolorem czarnym są to poszkodowani bez oznak życia lub z widocznymi obrażeniami zewnętrznymi a ich wstępna ocena nie rokuje przeżycia.

U dzieci do lat 14 wykorzystujemy system segregacji JumpSTART.

Cele segregacji:

- szybka identyfikacja ofiar wymagających natychmiastowej pomocy w miejscu zdarzenia,
- identyfikacja ofiar, które mogą być uratowane jedynie przez natychmiastowe zabiegi ratujące życie.

Ocena na miejscu zdarzenia

1. Ocena stanu świadomości

- Skala AVPU
 - Alert – przytomny, skupia uwagę.
 - Verbal, Voice – reaguje na polecenia głosowe.
 - Pain – reaguje na ból.
 - Unresponsive – nieprzytomny, nie reaguje na bodźce.
2. Ocena oddechu po udrożeniu dróg oddechowych
3. Ocena czynności układu krążenia (tętno na tętnicy promieniowej, powrót włóscinkowy)

Rodzaje segregacji:

- codzienna (S.O.R.)
- w zdarzeniach masowych i katastrofach
- w warunkach szczególnych

Poziomy segregacji:

- przedlekarski (tutaj osoby bez oddechu i tętna otrzymują kolor żółty, który później jest weryfikowany w poziomie lekarskim),
- lekarski,
- ewakuacyjny.
- pierwotna/wstępna w celu wyodrębnienia grupy najbardziej poszkodowanych używamy kodu barwnego po szybkiej ocenie parametrów życiowych, takich jak: oddech, krążenie, świadomość
- wtórna prowadzi ją lekarz w miejscu zdarzenia po wprowadzeniu procedur ratowniczych

Po wstępnej segregacji prowadzimy powtórna segregację czyli re-triage. Tutaj oprócz oceny najważniejszych parametrów życiowych wykonujemy wstępną ocenę urazową. BTLs czyli szybkie badanie urazowe.

1. Ocena głowy i szyi
2. Założenia kołnierza ortopedycznego
3. Ocena klatki piersiowej
4. Ocena brzucha
5. Ocena miednicy
6. Ocena kończyn
7. Ocena pośladków i plecy

Triage w oddziale ratunkowym

Wstępna segregacja pacjenta zgłaszającego się do oddziału lub przywożonego przez ZRM jest przeprowadzana przez pielęgniarkę systemu lub ratownika medycznego. Określone są tutaj parametry życiowe takie jak stan świadomości, oddech oraz krążenie. Na podstawie tych parametrów zapada decyzja, czy pacjent wymaga pilnej pomocy lekarskiej czy może zaczekać. Pacjenci są kwalifikowani do trzech grup.

Czerwonej – gdy wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej np. NZK, pacjent z urazem wielonarządowym, nieprzytomny, z silną dusznością/niewydolnością oddechową, we wstrząsie czy przy udarze mózgu.

Żółtej – gdy pomoc może być odroczone do 15 minut np. silne bóle, rany wymagające opracowania chirurgicznego.

Zielonej – są to pacjenci stabilni, którzy mogą poczekać na pomoc lekarza np. izolowane złamanie kończyny lub pacjenci którzy nie powinni zgłaszać się do oddziału np. pacjenci z przebiegiem. ■

Literatura u Autorki

Kamila Piłat
wss im. M. Kopernika w Łodzi

Przykładowe obrażenia kwalifikujące do danej grupy

pacjent nieprzytomny; obrażenie głowy z anizokorią; wstrząs; krwotok wewnętrzny; Ostry Zespół Wieńcowy; trudności w oddychaniu; stan astmatyczny; poparzenie dróg oddechowych; wiotka klatka piersiowa

izolowane złamania kości podudzi; izolowane złamania kości obu kończyn górnych; uszkodzenia kręgosłupa bez uszkodzenia rdzenia kręgowego; zagrożenie wstrząsem; penetrujące urazy czaszkowo-mózgowe bez utraty przytomności; urazy obu oczu; obrażenia układu moczowo-płciowego; rozległe uszkodzenia tkanek miękkich, które mogą być zaopatrzone jedynie przez chirurga; dzieci do 6 roku życia

izolowane złamania pojedyncze; powierzchowne rany; oparzenia I, II stopnia do 10% powierzchni ciała

stan agonalny; ciężkie urazy głowy z odsłonięciem mózgu; ciężkie urazy klatki piersiowej; brak oddechu; brak samoistnego krążenia powyżej 15 minut; oparzenia II, III stopnia powyżej 60% powierzchni ciała; poszkodowani z urazem kręgosłupa z porażeniem kończyn; mnogie i wielomiejscowe złamania kości podudzi

Nadciśnienie tętnicze w wieku rozwojowym. Zadania pielęgniarki/pielęgniara

mgr RAFAŁ DANIELEWICZ

Coraz większego znaczenia wśród specjalistów nabiera problem nadciśnienia tętniczego krwi. Wzrost zainteresowania nadciśnieniem tętniczym obserwuje się od około 20 lat. Obecnie coraz częściej dostrzega się, iż choroba ta dotyka rosnący odsetek dzieci. Wcześniej był to problem mało zauważany, głównie wiązany z otyłością i nadwagą. Może to mieć związek nie tylko ze znacznie mniejszą częstotliwością występowania nadciśnienia w wieku rozwojowym, ale także brakiem systematyczności kontroli pomiaru ciśnienia. Inaczej natomiast wygląda to u osób dorosłych, u których pomiar ciśnienia wchodzi w skład podstawowego badania fizykalnego. Badania wielu autorów wskazują, iż choroba ta występuje częściej u chłopców niż dziewcząt.

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najbardziej powszechnych chorób układu krążenia. Może ono być spowodowane czynnikami pierwotnymi i wtórnymi. U młodszych dzieci jest najczęściej skutkiem czynników wtórnych, a u starszych pierwotnych.

Zainteresowanie nadciśnieniem tętniczym w wieku rozwojowym wzbudził we mnie fakt częstszego spotykania się z tą jednostką chorobową, która może być spowodowana różnymi czynnikami. Wiąże się to u dzieci z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi, które powodują nadwagę lub otyłość, co później może być przyczyną nadciśnienia tętniczego.

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą układu krążenia, która charakteryzuje się podwyższonym poziomem skurczowego i/lub rozkurczowego ciśnienia krwi w tętnicach. Występuje w postaci pierwotnej lub wtórnej. Większość pacjentów nie jest świadoma choroby. Na ogół nadciśnienie rozkurczowe zwiększa się wraz z wiekiem powyżej 50 roku życia, zarówno w populacji białej i czarnej. W obu populacjach podwyższone ciśnienie skurczowe dotyka głównie kobiety. Pierwotne nadciśnienie występuje u 80–90% proc. dorosłych wszystkich chorych z nadciśnieniem. U 5–10 proc. pacjentów nadciśnienie ma wtórną przyczynę, na przykład w przebiegu obustronnego miąższowego zapalenia nerek. Zaledwie 1/2 chorych może zostać wyleczona ze stanu chorobowego. Natomiast u dzieci i młodzieży nadciśnienie tętnicze wykryte jest zaledwie w 1/3 przypadków, czyli o wiele rzadziej niż u dorosłych. Są to jednak niezadowalające wyniki. Sporadycznie nadciśnienie pierwotne jest diagnozowane przed 6 rokiem życia. U dzieci i młodzieży powyżej 12 roku życia dominuje nadciśnienie tętnicze pod postacią pierwotną.

Do stwierdzenia diagnozy u noworodków, niemowląt oraz młodszych dzieci wystarczy podwyższony poziom ciśnienia

tętniczego krwi. Nadciśnienie tętnicze może towarzyszyć wielu chorobom i mieć przyczyny: nerkowe, hormonalne oraz występujące u kobiet w ciąży.

Nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się na podstawie pomiaru ciśnienia, kiedy wynik przekracza wartości, które uznaje się za prawidłowe. Ciśnienie u dzieci i młodzieży zwiększa się wraz z wiekiem i zależne jest od płci, wieku i wysokości ciała. Odpowiednia diagnoza powinna opierać się na siatkach centylowych i uwzględniać wymienione parametry. Siatki lub tabele są powszechnie dostępne m.in. w książkach medycznych lub poradnikach. Wartości pomiędzy 90 a 95 centylem określa się jako wysokie, prawidłowe lub graniczne. Dla dziewcząt i chłopców siatki centylowe są osobno opracowane według wysokości ciała. Jeśli wartość ciśnienia dla odpowiedniego wieku i płci przekracza 95 centyl można stwierdzić nadciśnienie. Gdy wartość ciśnienia skurczowego i rozkurczowego wynosi między 95 a 99 centylem określa się jako znamienne nadciśnienie. Aby stwierdzić ciężką postać nadciśnienia wartość musi przekraczać 99 centyl. Podczas badania ambulatoryjnego należy wziąć pod uwagę nadciśnienie tzw. „białego fartucha”. Jest to przejściowy wzrost ciśnienia spowodowany sytuacją stresową dla dziecka przed wykonaniem pomiaru ciśnienia.

Ocena ciśnienia u dzieci powinna być oparta o trzy pomiary zazwyczaj podczas trzech różnych wizyt, aby postawić rozpoznanie. W celu poprawnego wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego u dzieci, jak i u dorosłych należy dobrać odpowiedni rozmiar mankietu, który będzie właściwy do obwodu ramienia. Dla niemowląt jest to rozmiar 4 cm, dzieci małych 6 cm, dzieci w wieku przedszkolnym 8 cm, a dla dzieci w wieku szkolnym 10 cm. Przed sprawdzeniem ciśnienia krwi u młodych pacjentów należy przekonać ich do badania oraz poinformować, iż nie jest to bolesne. Bardzo ważne jest, żeby dziecko było spokojne, w przeciwnym wypadku wyniki badania mogą być nieprawidłowe, co może skutkować nieodpowiednią diagnozą lekarską oraz dalszymi konsekwencjami w leczeniu. Najczęściej u dzieci ciśnienie mierzy się w pozycji siedzącej lub leżącej na prawym ramieniu. Mankiet powinien znajdować się na poziomie serca. Zaleca się, aby mankieta obejmował przy pomiarze kończyny górnej około 2/3 długości ramienia mierzonej między barkiem a stawem łokciowym, zaś na kończynach dolnych 2/3 długości uda mierzonej między stawem biodrowym a kolanowym. Nieodpowiednio dobrany lub zbyt wąski mankieta może być przyczyną wyższego od rzeczywistego wyniku pomiaru ciśnienia, natomiast za szeroki

mankiet może dawać mylny wynik obniżonego ciśnienia krwi. Wartość ciśnienia oblicza się ze średniej z drugiego i trzeciego pomiaru. Pomiędzy prawym a lewym ramieniem różnica ciśnienia nie powinna przewyższać 10 mm Hg. Pomiaru można dokonać również na kończynach dolnych.

Przyczyna nadciśnienia pierwotnego nie jest do końca znana. Inaczej jest z nadciśnieniem wtórnym, które jest spowodowane przebiegiem różnych chorób. W odniesieniu do badań na temat nadciśnienia pierwotnego (samoistnego) u podstawy choroby leżą czynniki genetyczne i środowiskowe. Na występowanie samoistnego ciśnienia ma wpływ: stres, nadmierna podaż sodu, otyłość oraz bardzo mała aktywność fizyczna. Czynniki genetyczne również mogą być przyczyną samoistnego ciśnienia, lecz cały czas trwają badania nad prawidłowym ciśnieniem tętniczym u dzieci, które mają rodziców z nadciśnieniem. Nadciśnienie tętnicze samoistne często występuje wraz z otyłością. Natomiast w nadciśnieniu wtórnym znana jest przyczyna choroby. Przyczyny nadciśnienia wtórnego u dzieci są zróżnicowane i zależne od wieku rozwojowego. U noworodków i niemowląt przyczyny wtórnego nadciśnienia są spowodowane: zakrzepami tętnicy nerkowej, wadami nerek, guzami, koarktacją aorty, dysplazją oskrzelowo-płucną, przewodnieniem oraz tyreotoksykozą u matki. Czynniki ryzyka u dzieci w wieku od 1 do 6 roku życia, które powodują nadciśnienie wtórne są: choroby miąższu nerek, koarktacja aorty, zwężenie tętnicy nerkowej oraz choroby tarczycy. W przedziale wiekowym od 6 do 10 roku życia przyczynami wtórnego nadciśnienia są: zwężenie tętnicy nerkowej, choroby miąższu nerek, choroby tarczycy, koarktacja aorty i guz chromochłonny. Natomiast u dzieci i młodzieży w wieku 10–18 lat nadciśnienie wywołane może być chorobami miąższu nerek, zaburzeniami hormonalnymi oraz zwężeniem tętnicy nerkowej. Główną i najczęstszą przyczyną nadciśnienia tętniczego w postaci wtórnej u dzieci w wieku przedszkolnym oraz szkolnym są występujące choroby nerek i naczyń nerkowych.

Kluczową cechą w nadciśnieniu tętniczym u dzieci i młodzieży jest wczesna profilaktyka. Środowisko lekarzy i pielęgniarek/pielęgniarzy jest coraz bardziej zainteresowane profilaktyką nadciśnienia tętniczego oraz tym samym rozumieją oni potrzebę działań. Systematyczne badania w trakcie wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, a także przed szczepieniami ochronnymi mogą przyczynić się do wczesnego wykrycia nadciśnienia. Jest to nie tylko dobra okazja do oceny rozwoju fizycznego, lecz także do oceny ciśnienia tętniczego oraz do promowania zdrowego stylu życia. Badania przesiewowe powinny być częściej wykonywane w szkołach (podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych) przez pielęgniarki szkolne, jak i w poradniach ambulatoryjnych.

Coraz częściej dostrzega się młodych ludzi, którzy są otyli lub mają nadwagę, co zwiększa ryzyko zachorowania m.in. na nadciśnienie tętnicze. Przestrzeganie odpowiedniej diety poprzez unikanie produktów typu „fast food” oraz dużej zawartości soli kuchennej może zmniejszyć ryzyko zachorowania. Korzystne jest również zwiększenie aktywności ruchowej poprzez różne zajęcia sportowe pozalekcyjne, np. basen, tenis, bieganie, itp.

Do zabiegów profilaktycznych przy występowaniu nadciśnienia tętniczego zalicza się uświadomienie rodzicom dziecka, na czym polega choroba, jaki jest przebieg schorzenia oraz jakie są skuteczne sposoby leczenia.

Odpowiednie podejście personelu pielęgniarskiego do pacjenta, który choruje na nadciśnienie tętnicze ma istotne znaczenie w leczeniu, ponieważ to właśnie pielęgniarki/pielęgniarze mają częsty kontakt z pacjentem podczas jego pobytu w szpitalu. Niezbędna jest właściwa postawa personelu, polegająca na stworzeniu miłej, pozbawionej stresu atmosfery podczas badań diagnostycznych oraz całej hospitalizacji. Pacjent powinien być wyczerpująco poinformowany o celu i przebiegu przeprowadzanego badania np. pomiaru dobowego ciśnienia lub jednorazowego pomiaru, co wzbudza zaufanie i owocuje aktywną współpracą. Psychologiczne podejście do pacjenta ze strony pielęgniarki/pielęgniara pomaga nawiązać bliższą więź i stworzyć emocjonalną relację, dzięki której minimalizuje się dodatkowy stres i strach związany z badaniami. W efekcie pacjent chętniej poddaje się badaniom, regularnie przyjmuje leki oraz szczerze opisuje objawy, które go dotyczą. Jest to szczególnie trudne zadanie dla personelu pielęgniarskiego w przypadku, kiedy pacjentem jest małe dziecko. Wymaga to zapewnienia mu szczególnych warunków otoczenia i odpowiedniego podejścia.

W celu zmniejszenia stresu związanego z obecnością choroby i zmianą sytuacji zdrowotnej, pielęgniarka/pielęgniarz powinni jak najwcześniej rozpocząć uświadamianie pacjenta i jego rodziców lub opiekunów w przystępny sposób. Ważne jest, aby zaszczerpić w nich prawidłowe nawyki związane z troską o swoje zdrowie.

Bardzo ważna jest również stała konsultacja pielęgniarki/pielęgniara z rodzicami pacjenta i przekazanie fachowej wiedzy, która pomoże w dalszym leczeniu choroby. Przede wszystkim polega to na wyjaśnieniu istoty zaburzenia chorobowego, prawdopodobnych przyczyn powstania i sposobu postępowania z pacjentem na co dzień. Powinny to być zalecenia dotyczące stosowania prawidłowej diety lub prowadzenia odpowiedniego trybu życia.

Ważne jest również uświadomienie zarówno rodzicom lub opiekunom, jak i dzieciom, co ma bezpośredni wpływ na rozwój choroby. Jakie czynniki wpływają na powstawanie nadciśnienia tętniczego i jak można mu zapobiec w przyszłości. W trakcie omawiania badań powinno się poinformować o wykluczeniu innych chorób mogących być przyczyną nadciśnienia. Należy również uświadomić pacjentowi, dlaczego wyklucza się inne schorzenia. Na podstawie postępowania podczas procesu leczenia składa się ciągły nadzór nad pacjentem oraz stała obserwacja jego zachowania i reakcji na przebieg leczenia. Ma to ogromny wpływ na szybkość i trafność diagnozy.

Pielęgniarstwo jest trudnym zawodem, wymagającym szerokiej wiedzy z wielu dziedzin. Podstawą działania jest aktywna współpraca z pacjentem i zapewnienie mu bezstresowych warunków, w których dzięki fachowej pomocy może szybko wyzdrowieć, wrócić do normalnego trybu życia wraz z chorobą nadciśnienia tętniczego. ■



PIEŁĘGNIARSTWO

Studia licencjackie pomostowe

REKRUTACJA NA SEMESTR LETNI ROKU AKADEMICKIEGO 2013/2014 TRWA!

Termin składania dokumentów
upływa z dniem 14 lutego 2014 r.

BIURO REKRUTACJI

Łódź, ul. Sterlinga 26, pokój K 014
czynne pn. - pt. w godz. 8.00-16.00
tel.: 42 63 15 800, 42 63 15 801
BEZPŁATNA INFOLINIA 800 080 888

STUDIUM
BEZPŁATNIE
OSTATNI ROK
NABORU

I. Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

- 1) **Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla pielęgniarek – 2 ed. – I i II półrocze.
- 2) **Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki**, program dla pielęgniarek – 2 ed. – I i II półrocze.
- 3) **Pielęgniarstwa opieki długoterminowej**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – I półrocze.
- 4) **Pielęgniarstwa operacyjnego**, program dla pielęgniarek i położnych – 1 ed. – II półrocze.
- 5) **Pielęgniarstwa opieki paliatywnej**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – I półrocze.
- 6) **Pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – I półrocze.
- 7) **Pielęgniarstwa psychiatrycznego**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – I półrocze.
- 8) **Pielęgniarstwa onkologicznego**, program dla pielęgniarek – 2 ed., w tym:
 - 1 ed. w OIPiP w Łodzi – II półrocze.
 - 1 ed. w zakładzie: Szpital Powiatowy w Radomsku – 1 ed.
- 9) **Organizacja i zarządzanie**, program dla pielęgniarek i położnych – 1 ed. – II półrocze.
- 10) **Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla położnych – 1 ed. – II półrocze.
- 11) **Pielęgniarstwa epidemiologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych – 1 ed. – II półrocze.
- 12) **Pielęgniarstwa kardiologicznego**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – II półrocze.
- 13) **Pielęgniarstwa chirurgicznego**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – II półrocze.
- 14) **Pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – II półrocze.
- 15) **Pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – II półrocze.
- 16) **Pielęgniarstwa neonatologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych – 2 ed., w tym:
 - 1 ed. w OIPiP w Łodzi – II półrocze.
 - 1 ed. w zakładzie: Szpital Powiatowy w Radomsku – 1 ed.

II. Kursy specjalistyczne w zakresie:

- 1) **Szczepienia ochronne (Nr 03/08)**, program dla pielęgniarek – 10 ed., w tym:
 - 4 ed. w OIPiP w Łodzi – I i II półrocze.
 - 6 ed. w zakładach: Miejski Zespół Przychodni Rejonowych w Zgierzu i/w wss im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu – 1 ed. (z 2013 r.); ssw im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim – 1 ed.; PCM w Pabianicach – 1 ed.; NZOZ Szpital Powiatowy w Brzezinach – 1 ed.; SPZOZ USK nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi – 2 ed.
- 2) **Endoskopii**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – I półrocze.

- 3) **Leczenie ran (Nr 11/07)**, program dla pielęgniarek – 5 ed., w tym:
 - 3 ed. w OIPiP w Łodzi – I i II półrocze.
 - 2 ed. w zakładach: SPZOZ w Łęczycy – 1 ed. (z 2013 r.); PCM w Pabianicach – 1 ed.
- 4) **Podstawy dializoterapii (Nr 08/07)**, program dla pielęgniarek – 3 ed.:
 - 1 ed. w OIPiP w Łodzi – II półrocze.
 - 2 ed. w zakładzie: SPZOZ USK nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi – 2 ed.
- 5) **Wykonanie badania spirometrycznego**, program dla pielęgniarek – 1 ed. – II półrocze.
- 6) **Wykonywanie i ocena testów skórnych**, program dla pielęgniarek – 2 ed., w tym:
 - 1 ed. w OIPiP w Łodzi – I półrocze.
 - 1 ed. w zakładzie: Centrum Medyczne LUXMED w Łodzi – 1 ed.
- 7) **Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (Nr 03/07)**, program dla pielęgniarek i położnych – 21 ed., w tym:
 - 4 ed. w OIPiP w Łodzi – I i II półrocze
 - 17 ed. w zakładach: ZOZ w Łowiczu, ul. Ułańska 28 – 1 ed. (z 2013 r.); Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ – Szpital im. dr J. Babińskiego w Łodzi, ul. Aleksandrowska 159 – 1 ed. (z 2013 r.); Miejski Zespół Przychodni Rejonowych w Zgierzu i/w wss im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu – 1 ed. (z 2013 r.); ssw im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim – 1 ed.; SPZOZ w Wieluniu – 2 ed.; Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie – 1 ed.; SSGCHPIR w Tuszynie – 2 ed.; PCM w Pabianicach – 1 ed.; SPZOZ USK im. WAM UM w Łodzi – w placówce ul. Żeromskiego 113 – 1 ed.; NZOZ Szpital Powiatowy w Brzezinach – 1 ed.; WZZOZCLCHPIR w Łodzi, ul. Okólna 181 – 2 ed.; SPZOZ USK nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi – 2 ed.; wss im. M. Pirogowa w Łodzi – 1 ed.
- 8) **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Nr 01/11)**, program dla pielęgniarek i położnych – 28 ed., w tym:
 - 4 ed. w Łodzi – I i II półrocze.
 - 24 ed. w zakładach: Centrum Kardiologii Med.-Pro w Zgierzu – 1 ed. (z 2013 r.); wss im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu – 1 ed. (z 2013 r.); wsz w Skierniewicach – 1 ed. (z 2013 r.); wss im. Wł. Biegańskiego w Łodzi – 2 ed. (z 2013 r.); wss M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim – 2 ed. (w tym 1 ed. z 2013 r.); SPZOZ w Wieluniu – 2 ed.; SSGCHPIR w Tuszynie – 2 ed.; PCM w Pabianicach – 1 ed.; Kutnowski Szpital Samorządowy w Kutnie – 1 ed.; Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego w Łodzi – 2 ed.; SP ZOZ USK im. WAM UM w Łodzi – w placówkach: ul. Żeromskiego 113, pl. Hallera 1 i Sterlinga 1/3 – 3 ed.; WZZOZCLCHPIR w Łodzi, ul. Okólna 181 – 2 ed.; SPZOZ USK nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi – 2 ed.; Szpital Powiatowy w Radomsku – 1 ed.; wss im. M. Pirogowa w Łodzi – 1 ed.

- 9) **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka** (Nr 01/07), program dla pielęgniarek i położnych – 2 ed. – II półrocze.
- 10) **Terapia bólu przewlekłego u dorosłych** (Nr 06/07), program dla pielęgniarek i położnych – 1 ed. – II półrocze.
- 11) **Przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych**, dla pielęgniarek i położnych – 1 ed. – I półrocze.
- 12) **Leczenie ran** (Nr 12/07), program dla położnych – 1 ed. – II półrocze.
- 13) **Szczepienia ochronne u noworodków** (Nr 04/08), program dla położnych – 1 ed. – I półrocze.
- 14) **Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przeźnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego** (Nr 05/08), program dla pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – 4 ed. – II półrocze.
- 15) **Profilaktyka chorób piersi** (Nr 07/07), program dla pielęgniarek – 1 ed. – II półrocze.
- 16) **Poradnictwo w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej**, program dla położnych – 1 ed. – II półrocze.
- 17) **Edukator w cukrzycy** (Nr 02/11), program dla pielęgniarek i położnych – 1 ed. – I półrocze.
- 18) **Edukacja i wsparcie kobiet w okresie laktacji**, program dla położnych – 1 ed. – II półrocze.

III. Kursy doształcające w zakresie:

- 1) **Obrząk limfatyczny w chorobie nowotworowej**, program dla pielęgniarek i położnych – 1 ed. – I półrocze.
- 2) **Cewnikowanie chorych**, program dla pielęgniarek i położnych – 3 ed., w tym:
- 1 ed. w Łodzi – I półrocze.
 - 2 ed. w zakładzie: WZZOZCLCHPIR w Łodzi, ul. Okólna 181 – 1 ed.; wss im. M. Pirogowa w Łodzi – 1 ed.

IV. Warsztaty psychologiczne dla pielęgniarek i położnych – prowadzone w zakładach

- 10 godzin dydaktycznych, grupa szkoleniowa 20 osób – 20 ed. z wybranych tematów:
1. „Radzenie sobie z emocjonalnym obciążeniem w pracy pielęgniarki – zarządzanie emocjami”.
 2. „Psychologiczna obsługa klienta medycznego”.
 3. „Techniki pracy pielęgniarki w kontakcie z trudnym pacjentem”.
 4. „Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia”.
 5. „Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego”.
 6. „Rozwój osobisty i zawodowy, czyli autoprezentacja w poruszaniu się po rynku pracy”.
 7. „Psychologiczne zasady udzielania wsparcia pacjentom i radzenie sobie z obciążeniem emocjonalnym”.
 8. „Efektywna współpraca w grupie zadaniowej”.

V. Szkolenie „Otwarty dialog” dla pielęgniarek i położnych – prowadzone w zakładach

Szkolenie z psychohigieny szerokiego spektrum sukcesu według projektu integracji państw UE w zakresie zależności pomiędzy

grupą zawodową osób z doświadczeniem a osobami wchodzącymi do zawodu – 8 godzin dydaktycznych, grupa szkoleniowa 20 osób – 2 ed.

VI. Szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie, w tym:

- 6 szkoleń specjalizacyjnych ze środków MZ w ramach ogłoszonego przetargu w roku 2014 na prowadzenie kształcenia pielęgniarek i położnych w województwie łódzkim (MZ),
 - 2 szkolenia specjalizacyjne z budżetu OIPiP w Łodzi (OIPiP),
 - 2 szkolenia specjalizacyjne jako dziedziny rezerwowe (rezerwa):
- 1) **Pielęgniarstwa operacyjnego**, program dla pielęgniarek (MZ),
 - 2) **Pielęgniarstwa epidemiologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych (MZ),
 - 3) **Pielęgniarstwa kardiologicznego**, program dla pielęgniarek (MZ),
 - 4) **Pielęgniarstwa nefrologicznego**, program dla pielęgniarek (MZ),
 - 5) **Pielęgniarstwa neonatologicznego**, program dla pielęgniarek i położnych (MZ),
 - 6) **Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla pielęgniarek (MZ),
 - 7) **Pielęgniarstwa onkologicznego**, program dla pielęgniarek (OIPiP),
 - 8) **Pielęgniarstwa rodzinnego**, program dla położnych (OIPiP)
 - 9) **Pielęgniarstwa opieki długoterminowej**, program dla pielęgniarek (rezerwa),
 - 10) **Organizacji i zarządzania**, program dla pielęgniarek i położnych (rezerwa).

* * *

1. Osoby zainteresowane udziałem w powyższych kursach i szkoleniach proszone są o składanie kart zgłoszeń (oryginał), do biura OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17. Druki dostępne w biurze i na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (www.oipp.lodz.pl) w zakładce szkolenia.
2. Karty zgłoszeń należy składać **do dnia 20 lutego 2014 r.**, jednak nie później niż na 30 dni przed planowanym terminem szkolenia, kursu tj. przed terminem posiedzenia Komisji kwalifikacyjnej.
3. **Wnioski nieczytelne, niekompletnie wypełnione, bez potwierdzonych składek systematycznie** opłacanych minimum przez 2 lata przed terminem złożenia wniosku nie będą rozpatrywane!
4. Przypominamy, iż **1 raz w roku kalendarzowym można skorzystać z 1 wybranego kursu, szkolenia**, które finansowane jest z budżetu Okręgowej Izby (Uchwała Nr 862 /VI ORPiP).
5. Kursy i szkolenia, na które wpłynęły **zbyt mała liczba zgłoszeń lub ich brak nie będą realizowane**.
6. Informacje na temat szczegółowych terminów kursów będziemy publikować w biuletynie, na stronie internetowej OIPiP oraz przekazywać na bieżąco pełnomocnikom zakładów.
7. Informacji dodatkowych udziela dział szkoleń pod numerem tel. 42 639 92 62 w godzinach pracy biura OIPiP. ■



Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Mazowieckim Oddziale PTP

zapraszają pielęgniarki do udziału w IX Ogólnopolskim Konkursie

„Pielęgniarka Roku 2013”

Cel Konkursu:

wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów o wysokim przygotowaniu zawodowym, etycznym i aktywnym zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego

Harmonogram Konkursu:

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ-ach **do dn. 31.01.2014 r.**
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 07.03.2014 r. godz. 12.00**
- III etap – prezentacja własna (szczegóły **Komunikat nr 2, strona www.ptp.na1.pl**)

Informacje: Jagoda Zielińska: tel. 22 326 55 21, kom. 511 451 292, e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

Regulamin IX Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2013”

1. W Konkursie mogą 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 adres na stronie: <http://www.ptp.na1.pl/> – PTP – struktura w terminie **do dnia 31.01.2014 r.**

6. Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres Biura Zarządu Głównego PTP: al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa lub biuroptp@gmail.com; fax 022 398 18 51. **Biuro czynne codziennie w godz. 8.00–14.00.**
6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie **do 14.02.2014 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 zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.
9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem Komisji Konkursowej, w składzie której będzie przedstawiciel organizatorów, który w dniu egzaminu

dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
 10. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporządzony protokół.
 11. Wyniki II Etapu Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej w dniu eliminacji.
 12. Nie przewiduje się podawania do wiadomości publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.
 13. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania największej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do finału Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały taką liczbę punktów.

14. Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.
 15. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
 16. „Pielęgniarka Roku 2013” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego ZOZ laureata tytułu, a w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.
 17. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego www.ptp.na1.pl. ■



Szanowni Państwo,
 nazywam się Mirosława Chojnacka, jestem pielęgniarką, członkiem naszej OIPiP w Łodzi, zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku w swoim zeznaniu podatkowym.
 Mam syna chorego na mukowiscydozę, chorobę genetyczną nieuleczalną. Choroba ta u każdego chorego mimo ciągłego przyjmowania leków ciągle postępuje. Systematycznie wyniszcza cały organizm, powoduje włóknienie narządów (np. płuc, trzustki) życie każdego chorego na mukowiscydozę to ciągły wyścig z czasem i chorobą. W mukowiscydozie nadchodzi taki moment, że choremu niezbędna jest całkowita tlenoterapia (aparat kosztuje około 15 tysięcy złotych) a leczenie należy prowadzić coraz to innymi antybiotykami niestety droższymi i pełnopłatnymi. Tylko 15% chorych przekroczyło 24 rok życia, mój syn ma 32 lata i wszystko robimy, aby jak najdłużej żył.

**Bardzo proszę przekazać swój 1%
 Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą”
 KRS 0000037904
 z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004**

Innym sposobem udzielania pomocy
 jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku

Wpłaty prosimy kierować na konto:
 Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”
 Bank BPH SA
 15 1060 0076 0000 3310 0018 2615
 Bank BPH SA
 (darowizny w ramach zbiórki publicznej)
 61 1060 0076 0000 3310 0018 2660
 z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004

Dziękujemy bardzo!

Erudio
www.erudio.com.pl

Specjalizacje i Kursy dla Pielęgniarek i Położnych

► KURSY KWALIFIKACYJNE I SPECJALISTYCZNE

• KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne
 Pielęgniarstwo operacyjne

• KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne 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
 Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatriczne • Pielęgniarstwo kardiologiczne

• SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

• SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy przężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego
 Szczepienia ochronne • Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny
 Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonanie badania spirometrycznego
 Wykonywanie i ocena testów skórnych • Leczenie ran • Żywienie enteralne i parenteralne

• SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży
 i podczas porodu • Leczenie ran • Prowadzenie porodu w wodzie

► SPECJALIZACJE

• DLA POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo położnicze • Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Pielęgniarstwo neonatologiczne

• DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo nefrologiczne • Pielęgniarstwo onkologiczne
 Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki
 długoterminowej • Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
 Pielęgniarstwo operacyjne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo chirurgiczne
 Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo neurologiczne • Pielęgniarstwo diabetologiczne
 Pielęgniarstwo zachowawcze • Pielęgniarstwo epidemiologiczne
 Pielęgniarstwo neonatologiczne • Pielęgniarstwo pediatriczne

ZAREZERWUJ
 SOBIE MIEJSCE

PRZEZ TELEFON
 42 630 95 59, 42 630 73 00
 LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

PŁATNOŚĆ
 ROZKŁADAMY
 NA DOGODNE
 MIESIĘCZNE
 RATY

100%
 PEWNOŚCI!
 KARTA STAŁEGO KLIENTA!
 10% ZNIŻKI
 NA KOLEJNE
 KURSY!



Erudio

Łódź, ul. Pomorska 83/85 | tel. 42 630 95 59
 kom. 784 009 277 | erudio.lodz@gmail.com

www.erudio.com.pl

European Biosafety Summit, Warszawa, 2 grudnia 2013 r.

mgr MARTA SWARZYŃSKA

Dnia 02.12.2013 r. w Warszawie odbył się czwarty Europejski Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego współorganizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Czeskie Towarzystwo Pielęgniarskie oraz EFN (Europejską Federację Stowarzyszeń Pielęgniarskich). W spotkaniu uczestniczyło 106 uczestników z 19 krajów Europy, organizacji zrzeszonych w EFN; Wielkiej Brytanii, Polski, Szwecji, Słowacji, Czech, Irlandii, Islandii, Bułgarii, Finlandii, Holandii, Hiszpanii, Portugalii, Grecji. Dużą grupę stanowili przedstawiciele z Polski pielęgniarki, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Pielęgniarek i Położnych, NRPiP, OZZPiP, PTP, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, uczelni medycznych, Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz innych organizacji.

Pierwszy szczyt odbył się 01.06.2009 r. w Madrycie, ustanowiono wtedy, że dzień 1 czerwca będzie Europejskim Dniem Bio-Bezpieczeństwa. Dyrektywa 32/UE w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej została przyjęta przez Europejską Radę Ministrów w dniu 11 maja 2010 r. i została opublikowana w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej (Dz.U. UE) 1 czerwca 2010 r. Państwa członkowskie miały wprowadzić w życie ustawy wdrażające Dyrektywę do 11 maja 2013 r.

Szczyt odbył się w 6 miesięcy po terminie obowiązkowej transpozycji i implementacji dyrektywy 2010/32/EU dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej. Spotkanie podzielone było na trzy sesje: pierwsza dotyczyła transpozycji Dyrektywy 32, druga jej implementacji, natomiast trzecia – roli Komisji Europejskiej i znaczenia prawidłowego przestrzegania dyrektywy. Gospodarzem spotkania i moderatorem szczytu była dr Dorota Kilańska – członek komitetu wykonawczego Europejskiej Federacji Towarzystw Pielęgniarskich, przewodnicząca Oddziału w Łodzi Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Przemówienie programowe wygłosił Wiceminister Zdrowia Aleksander Sopliski, który omówił implementację Dyrektywy 32 w Polsce oraz obowiązujące Rozporządzenie MZ dotyczące zranień.

W pierwszej sesji przedstawione zostały wyniki badania aktów prawnych państw członkowskich przeprowadzonych przez zespół prawników. Badanie objęło 11 państw członkowskich i dotyczyło określenia, w jakim stopniu dyrektywa została prawidłowo transponowana przez poszczególne kraje.

Żadne z badanych państw nie zapewniło całkowicie prawidłowej transpozycji dyrektywy, w tym Polska także. W wie-

lu państwach nie określono systemu sankcji za nieprzestrzeganie krajowych przepisów, najbardziej szczegółowo opisany system sankcji jest w Niemczech.

Podczas drugiej sesji przedstawiono wyniki internetowej ankiety dotyczącej implementacji dyrektywy. W ankiecie wzięło udział prawie 7000 europejskich pielęgniarek, w tym 600 pielęgniarek z Polski, co stanowiło 4 miejsce wśród respondentów (10 proc.). Udział w ankiecie był możliwy w dniach 08.10–10.11.2013 r. Ankietę przetłumaczono na 20 języków – najwięcej respondentów pochodziło z Portugalii i Irlandii. Około 25 proc. osób biorących udział w ankiecie pracuje w opiece domowej. Pytania dotyczyły m.in. oceny ryzyka zranień, informowania i zwiększania świadomości nt. zranień oraz sprawozdawczości, reagowania i działań następczych w razie zranienia.



Wyniki ankiety:

Do pozytywów można zaliczyć:

- odzwierciedlenie implementacji w pracy – 70 proc. respondentów zadeklarowało dostępność bezpiecznego sprzętu,
- 80 proc. ma w miejscu pracy dostępne odpowiednie pojemniki na odpady,
- 96 proc. ma dostęp do środków ochrony osobistej (rękawiczki, maseczki),
- 78 proc. ankietowanych deklaruowało przekazywanie przez pracodawcę informacji na temat zagrożeń związanych z niebezpieczeństwem zakłucia lub zranienia,
- 73 proc. respondentów deklaruje, iż w przypadku zranienia lub zakłucia osoba poszkodowana nie jest obciążana winą za to co się stało.

Jeśli chodzi o negatywy to nadal:

- 30 proc. ankietowanych nie ma dostępu do bezpiecznego sprzętu,
- 60 proc. ankietowanych deklaruje, że w ich miejscach pracy nie jest przeprowadzana ocena ryzyka – nie ma wyznaczonych osób, które by tej oceny dokonały,
- 25 proc. respondentów deklaruje ponowne nakładanie osłonek na igły,
- 58 proc. deklaruje brak prawidłowego doboru sprzętu przez personel,
- 76 proc. odpowiedziało, że firmy dostarczające sprzęt nie prowadzą szkoleń jak tego sprzętu używać,
- 41 proc. ankietowanych doznało zranienia, a 78 proc. zna kogoś kogo to spotkało.

W trzeciej sesji przedstawiciel Komisji Europejskiej Francisco Alvares przedstawił rolę KE w nadzorowaniu prawidłowej transpozycji i implementacji dyrektywy. KE sprawdza, czy akt prawny w danym państwie wprowadza przepisy dyrektywy – transpozycja musi być wiążąca, najważniejsza jest skuteczność zaimplementowania dyrektywy. Kiedy państwo nie spełnia wymogów dyrektywy KE kontaktuje się z tym państwem i prosi o wyjaśnienie. Podano przykład Szwecji, która w pełni osiągnęła transpozycję. Dlaczego im się udało? Szwecja prowadzi politykę „zero tolerancji” dla zranień. Niektóre przepisy krajowe obowiązujące przed wprowadzeniem dyrektywy były bardziej restrykcyjne niż sama dyrektywa. Jeżeli chodzi o ocenę ryzyka – każdy pacjent traktowany jest jako potencjalny nosiciel wirusów HIV/HCV. Analiza krajowych rejestrów w 2005 roku wykazała, że 25 proc. pracowników ochrony zdrowia uległo zranieniom, powtórna analiza w 2012 roku wykazała, że już tylko 4 proc. osób zatrudnionych w ochronie zdrowia doznało zranienia. Podnoszenie świadomości jest realizowane również poprzez m.in. publikacje prasowe.

Wnioski:

1. Ideał, do jakiego powinniśmy dążyć to **żadnych zranień i zakłuc wśród personelu medycznego.**
2. Wszystkie państwa członkowskie powinny brać przykład z Szwecji i prowadzić politykę „zero tolerancji” dla zranień.
3. **Stres w pracy, przemęczenie, niedobór personelu, brak szkoleń** przyczyniają się do większej liczby zranień.
4. **Szkolenia dla pielęgniarek powinny być zharmonizowane** (takie same) we wszystkich państwach członkowskich.
5. **Ponowne nakładanie osłonek na igły jest łamaniem dyrektywy** – powinien być wprowadzony całkowity zakaz takiego postępowania.
6. Należy pamiętać, że do zranień ostrymi narzędziami dochodzi nie tylko wśród pracowników ochrony zdrowia – dotyczy to także np. osób sprzątających.
7. Należy pamiętać, że żadne regulacje prawne nie wyeliminują zranień, jeżeli nie zachowamy należytej ostrożności, ale im więcej zabezpieczeń tym mniej zakłuc i zranień.

Kolejny Szczyt Bezpieczeństwa Biologicznego odbędzie się 1.06.2014 r. – oby do tego czasu było jak najmniej zranień ostrymi narzędziami. ■

Podziękowania dla
Pani **Krystyny Szuli**

wieloletniej pielęgniarki oddziałowej
Kliniki Psychiatrii Dorosłych – oddziału F
za profesjonalną, pełną zaangażowania
pracę zawodową, za znakomitą organizację
pracy oddziału, za cierpliwość i życzliwość,
za każdą pogodną chwilę,
za uśmiech i dobre rady.
Doceniamy i dziękujemy.

Życzymy zdrowia, dalszej szczęśliwej drogi,
pomyślności oraz wypoczynku na zasłużonej
emeryturze, żywiąc jednocześnie nadzieję,
że wspomnienia związane z pracą
będą zawsze miłe.

Zespół oddziału F

Sz. P. mgr **Danucie Ciechomskiej**
Specjaliście ds. kształcenia podyplomowego

Składamy serdeczne podziękowania za
profesjonalizm i zaangażowanie wkładane
w organizację różnych form kształcenia
podyplomowego pielęgniarek i położnych
prowadzonych przez Okręgową Izbę
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Swoją
serdecznością, spokojem oraz wspierającą
postawą ułatwia Pani podnoszenie
kwalifikacji zawodowych wielu z Nas.
Dziękujemy i życzymy Pani wielu sukcesów
w Nowym Roku 2014.

Pielęgniarki i Położne
Uczestnicy Kursów



W dniu 1 listopada 2013 r. w wieku 65 lat odeszła od nas

śp. Jadwiga Mulkiewicz (położna)

Była bardzo cenioną przez nas Koleżanką.
Zawsze chętna do pomocy, uśmiechnięta, życzliwa dla pacjentek.

Taką, Jadziu, będziemy Cię pamiętać
i na zawsze pozostaniesz w naszych sercach.

Położne z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego
Kutnowskiego Szpitala Samorządowego



Odeszłaś cichutko, ale za wcześnie!
Zostaniesz zawsze w naszej pamięci i w naszych sercach.

W dniu 16 grudnia 2013 r.
odeszła nasza wspaniała koleżanka

śp. Ewa Bogustawska

Kochająca matka, serdeczna przyjaciółka i cudowna pielęgniarka.
Spoczywaj w pokoju.

Koleżanki z Kliniki Hematologii WSS im. M. Kopernika