

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

2021

Wrzesień | Październik

Dwumiesięcznik, wydawany
przez OIPIP w Częstochowie.
ISSN 2451-4489 | 700 egz.

BIULETYN INFORMACYJNY



**PROTEST MEDYKÓW
W WARSZAWIE**

STRONA 3

**ODZNACZENIA
DLA CZŁONKÓW
SAMORZĄDU**

STRONA 12

**CO Z TĄ ATMOSFERĄ
W PRACY?**

STRONA 16

**ZAKŁUCIA. ZGŁASZASZ
CZY RYZYKUJESZ?**
STRONA 3



**Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie:**

42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25
IV piętro w budynku „Przemysłówka” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego)
Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,
503 008 946, 510 893 392
e-mail: sekretariat@oipip.czyst.pl,

www.oipip.czyst.pl

Godziny pracy biura:

Pn-wt-pt 7.00-15.30, Śr-czw 7.00-17.00

Nr konta bankowego:

Millenium Bank

82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Kasa biura czynna: Pn-pt 8.00-14.00

Ośrodek szkoleniowy:

Pn, pt 7.00-15.00,

Wt, czw 7.00-14.00

Śr 7.00-17.00

Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,

519 862 186

e-mail: szkolenia@oipip.czyst.pl

Księgowość: Pn-wt-czw-pt

Tel.: 510 893 392

Biblioteka czynna:

Pn-wt-pt 7.00-15.30

Śr-czw 7.00-17.00

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej:

I i III środa miesiąca: 15.00-17.00

Radca Prawny:

konsultacje (osobiste, telefoniczne,
e-mail) odbywają się tylko i wyłącznie po
wcześniejszym ustaleniu terminu drogą
telefoniczną pod nr tel. 34 324-51-12
poniedziałek 8.30 – 9.30,
środa 14.00 – 16.00.

Wydawca:

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Redaktor naczelny:

Marzena Maniszewska

Tel.: 503-008-946

e-mail: sekretarz@czest.oipip.pl

Opracowanie graficzne i skład:

Colioro Karolina Bednarczyk

Tel.: 721-717-714

Druk:

Viperprint Sp. z o.o.

Tel.: 34 344 44 44

*Materiałów niezamówionych redakcja
nie zwraca, w tekstach publicznych
zastrzega sobie prawo skrótów,
zmian tytułów oraz poprawek
stylistyczno-językowych. Za błędy
powstałe podczas druku nie ponosimy
odpowiedzialności.*

KALENDARIUM

Wrzesień - Październik 2021 r.

11.09.2021r. – Protest Pracowników Ochrony Zdrowia w Warszawie,

22.09.2021r. – Szkolenie praktyczne dla personelu ochrony zdrowia - „
Jak sobie radzić ze stresem pocovidowym” – OIPiP w Częstochowie,

29.09.2021r. - Posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach
Losowych - OIPiP w Częstochowie,

29.09.2021r. - Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodo-
wego oraz dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego Pielęgni-
arek i Położnych - OIPiP w Częstochowie,

29.09.2021r. - Posiedzenie Komisji ds. dofinansowania leczenia uzdrowi-
skowego i turnusu rehabilitacyjnego - OIPiP w Częstochowie,

29.09.2021r. - Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie,

29.09.2021r. - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Po-
łożnych w Częstochowie,

05.10.2021r. – Inauguracja Roku Akademickiego 2021/2022 - Uniwersytet
Humanistyczno – Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie,

07.10.2021r. - Inauguracja Kampanii „Pola nadziei 2021/20211” Cen-
trum Opieki Paliatywnej „Palium”
w Częstochowie,

27.10.2021r. - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Po-
łożnych w Częstochowie.

Prezydium OIPiP w Częstochowie

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 29 września 2021 roku.

Podjęto uchwały w sprawie:

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Reje-
stru Pielęgniarek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Często-
chowie – 9 pielęgniarek,
- przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki na czas określony
i wpisu do Rejestru Pielęgniarek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położ-
nych w Częstochowie – 1 pielęgniarka,
- wpisu pielęgniarki do Rejestru Pielęgniarek Okręgowej Rady Pielęgni-
arek i Położnych w Częstochowie – 1 pielęgniarka,
- wykreślenia pielęgniarki do Rejestru Pielęgniarek Okręgowej Rady Pie-
lęgniarek i Położnych w Częstochowie – 2 pielęgniarki,
- anulowania zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielę-
gniarka,
- dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych -
15 pielęgniarek na kwotę 25 050 zł.,
- udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków
Losowych - 7 pielęgniarek na kwotę 22 000zł.,
- dofinansowania leczenia uzdrowiskowego i turnusu rehabilitacyjnego -
5 pielęgniarek na kwotę 5 000zł.
- wydania nowego Prawa Wykonywania Zawodu – 1 pielęgniarka.

Protest medyków w Warszawie



Wielki protest medyków w Warszawie odbył się 11 września z udziałem przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Ramie w ramie ulicami Warszawy maszerowali pracownicy ochrony zdrowia, pielęgniarki i położne, lekarze, diagnosty, grupy niemedyczne. Jak szacują organizatorzy wydarzenia, brało w nim udział ok. 30-40 tys. osób.

Częstochowskich przedstawicieli tych zawodów reprezentowali członkowie Okręgowej Rady, Prezydium, przedstawiciele Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Ratownicy Medyczni.

Przypominamy postulatu Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia.





**POSTULATY
OGÓLNOPOLSKIEGO KOMITETU
PROTESTACYJNO-STRAJKOWEGO
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA
na spotkanie z Premierem RP
- 10 września 2021 -**

1. Natychmiastowa zmiana ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw – tabela w załączniku nr 1.
2. Realny wzrost wyceny świadczeń medycznych oraz ryczałtów o 30% oraz dobokaretki w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne o 80% od 1 października 2021 roku oraz zobowiązanie AOTMIT do przeprowadzenia ponownej wyceny wszystkich świadczeń do 30 listopada 2022 roku.
3. Zatrudnienie dodatkowych pracowników obsługi administracyjnej i personelu pomocniczego (sekretarki medyczne, rejestratorki, opiekunowie medyczni) oraz wprowadzenie norm zatrudnienia uzależnionych od liczby pacjentów.
4. Zapewnienie zawodom medycznym statusu funkcjonariusza publicznego i stworzenie systemu ochrony pracowników przed agresją słowną i fizyczną pacjentów.
5. Stworzenie na warunkach chroniących medyków i pacjentów odpowiedniego systemu rejestrowania zdarzeń medycznych niepożądanych (no-fault).
6. Rezygnacja z tworzenia nowych zawodów medycznych przy jednoczesnym efektywniejszym wykorzystaniu obecnych zawodów medycznych poprzez stworzenie im możliwości kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego rozszerzających ich kompetencje.
7. Wprowadzenie urlopów zdrowotnych po 15 latach pracy zawodowej.
8. Uchwalenie ustaw o medycynie laboratoryjnej, zawodzie ratownika medycznego i innych zawodach medycznych.

Załącznik 1 do postulatu nr 1 - Zmiana ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw – tabela.

Grupy zawodowe według kwalifikacji posiadanych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik podstawowy	Współczynnik podwyższający wynagrodzenie zasadnicze
Zawody niemedyce i medyczne nieokreślone w tabeli poniżej	0,8 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia
Zawody niemedyce i medyczne nieokreślone w tabeli poniżej po 5 latach pracy w zawodzie	1,0 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia

Zawody niemedyczne i medyczne nieokreślone w tabeli poniżej po 10 latach pracy w zawodzie	1,2 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia
--	-----------------------	--

Grupy zawodowe według kwalifikacji posiadanych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik podstawowy	Współczynnik podwyższający wynagrodzenie zasadnicze
ZAWODY MEDYCZNE: technik elektroradiologii /elektroradiolog, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny, technik analityki medycznej, fizjoterapeuta, farmaceuta szpitalny wchodzący do systemu	1,3 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia

ZAWODY MEDYCZNE: technik elektroradiologii /elektroradiolog, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny, technik analityki medycznej, fizjoterapeuta, farmaceuta szpitalny po 5 latach pracy w zawodzie	1,5 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia oraz dodatkowo + 0,2 średniej krajowej za specjalizację
ZAWODY MEDYCZNE: technik elektroradiologii /elektroradiolog, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny, technik analityki medycznej, fizjoterapeuta, farmaceuta szpitalny po 10 latach pracy w zawodzie	1,8 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia oraz dodatkowo + 0,2 średniej krajowej za specjalizację

Grupy zawodowe według kwalifikacji posiadanych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik podstawowy	Współczynnik podwyższający wynagrodzenie zasadnicze
Lekarz stażysta	1,5 średniej krajowej	-
Lekarz bez specjalizacji	2,0 średniej krajowej	-
Lekarz w trakcie specjalizacji	2,2 średniej krajowej	-
Lekarz specjalista	3,0 średniej krajowej	-



Warszawa, 13 października 2021 r.

Pan
Mateusz Morawiecki
Prezes Rady Ministrów

Szanowny Panie Premierze,

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia to blisko 600 tys. pracowników publicznej ochrony zdrowia. Walczymy o warunki, które umożliwiają realizację potrzeb pacjentów i wykonywanie naszych obowiązków, czyli ratowanie i dbanie o ludzkie życie i zdrowie na najwyższym poziomie oraz w zgodzie z naszą wiedzą oraz umiejętnościami.

Sytuacja w systemie ochrony zdrowia ewidentnie pogarsza się, pandemia obnażyła skalę wszechobecnego problemu. Każdy z nas, zderzył się z problemem dostępu do lekarza – tak pierwszego kontaktu jak i specjalisty, z długim oczekiwaniem na karetkę, trudnościami związanymi z wykonywaniem badań diagnostycznych i z długimi kolejkami do rehabilitacji.

Mając tego pełną świadomość, zmagając się każdego dnia z systemowymi niedomogami i dramatem naszych pacjentów tkwiących w kolejkach, po wyczerpaniu formuły spotkania z wiceministrem powołanym do prowadzenia z nami dialogu, zwracamy się do Pana, jako osoby decyzyjnej. Rozmowy o ochronie zdrowia nie są w stanie zamknąć się w obszarze kompetencji jednego resortu. W celu wypracowania rozwiązań mogących zmienić oblicze polskiego systemu ochrony zdrowia, potrzebny jest bezpośredni dialog z premierem, umożliwiający w sposób wieloaspektowy odniesienie się do problemów i potrzeba naszych pacjentów.

Chcemy poprawy sytuacji w systemie ochrony zdrowia. Minister Zdrowia sprowadził nasze postulaty jedynie do kwestii podwyżek wynagrodzeń, co jest niezrozumiałe i opinię publiczną wprowadza w błąd. Zaprezentowane 7 października 2021 r. przez Ministra Zdrowia Porozumienie było osadzone na tak dużym poziomie ogólności i miało tak wielkie braki merytoryczne, że trudno je nawet uznać za projekt dokumentu. Szczegółowo punkt po punkcie przeanalizowaliśmy treść i wskazaliśmy, że to, co zostało

OGÓLNOPOLSKI KOMITET PROTESTACYJNO-STRAJKOWY PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA w składzie: Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych * Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy * Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii * Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii * Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii * Związek Zawodowy Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej * Naczelna Izba Lekarska * Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych * Krajowa Izba Fizjoterapeutów * Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych * Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego * Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych * Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektrodiagnostyki i Terapii * Federacja Porozumienie Zielonogórskie

napisane na tych kartkach, nie miało nawet podstaw, by nazywało się porozumieniem. Nasuwa się nam wniosek, że Minister Zdrowia potrzebuje wsparcia merytorycznego, szczególnie w zakresie strategicznego planowania finansowego.

Panie Premierze,

Zdrowie Polaków, to sprawa ogólnonarodowa i dotyczy wszystkich ponad podziałami politycznymi i społecznymi. Debat i rozmów na ten temat było już bardzo dużo i wypracowano wiele koncepcji poprawy sytuacji. Minister Zdrowia w swojej szufladzie trzyma powstałe z jego udziałem opracowanie „Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce”. Pomysły oraz sprawdzone w innych krajach rozwiązania są, ale brakuje woli politycznej do ich wprowadzenia.

Dziś do Pana Premiera RP kierujemy projekt opracowanego prawdziwego porozumienia, które może być impulsem do podjęcia działań i wprowadzenia konstruktywnych zmian. Chcemy podpisać dokument stanowiący zobowiązanie w formie podstawy prawnej do wypłaty wynagrodzeń oraz do rzeczywistej wyceny świadczeń w określonym terminie, będący jasnym wyrazem woli współpracy przy szybkim wprowadzaniu zmian legislacyjnych, z określonym czasem wejścia w życie takich zmian, a nie zbiór intencji, deklaracji i założeń czy planów.

Zwracamy się kolejny raz z prośbą o spotkanie. Liczymy, że naszej kolejnej prośby nie pozostawi Pan bez odpowiedzi. Niezależnie od odpowiedzi, odpowiedzialność za zdrowie każdego obywatela naszego kraju, wśród których są Pana wyborcy, pozostanie Pana odpowiedzialnością.

Chcemy leczyć, nie protestować. Chcemy rozmawiać i być szanowani. Jesteśmy przekonani, że właśnie rozmowy z Panem Premierem dobre przyniosą rozwiązania. Nie wierzymy, żeby Premier blisko 40-milionowego państwa mógłby przejść obok jednego z ważniejszych problemów swojego kraju bezrefleksyjnie i nie podjąć próby jego rozwiązania, szczególnie, że dotyczy on praktycznie wszystkich obywateli Polski i zwłaszcza, że inne próby rozmów spełzły na niczym. Protest trwa już ponad miesiąc. O ponad miesiąc za długo. Problemy kumulowały się latami. O lata za długo.

Szanowny Panie Premierze proszę przyjąć nasze zaproszenie na spotkanie z przedstawicielami Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia 15 października 2021 o godz. 9.00 w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych przy ul. Pory 78 lok. 10 w Warszawie.

W załączeniu przedstawiamy:

1. Projekt Porozumienia intencyjnego Ministra Zdrowia z dnia 7.10.2021 r.
2. Uwagi Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia do ww. dokumentu.
3. Projekt Porozumienia opracowany przez Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia z dnia 13.10.2021 r.



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

**Uchwała Nr 483Nil/2021
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 23 września 2021 r.**

w sprawie zmiany uchwały nr 136/VI/2013 NRPiP z 4 grudnia 2013 r. zmienionej uchwałą 176/VI/2014 z 19 marca 2014 r. dotyczącej katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

Na podstawie art. 22 ust. i pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r., o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2021, poz. 628) oraz art. 4 ust. i pkt 3 i 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2021, poz. 479 ze zm.), oraz art. 14 hb ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020, poz. 1842 ze zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zmienia uchwałę nr 136NI/2013 NRPiP z 4 grudnia 2013 r. zmienioną uchwałą nr 176NI/2014 NRPiP z 19 marca 2014 r. poprzez zmianę katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki.

§ 2.

Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Załącznik nr 1 do Uchwały 483NIV2021 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 września 2021 r. w sprawie zmiany uchwały nr 136NI/2013 NRPiP z 4 grudnia 2013 r. zmienionej uchwałą 176NI/2014 z 19 marca 2014 r. dotyczącej katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki.

**KATALOG CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ OPIEKUNA MEDYCZNEGO
U OSOBY CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ NA ZLECENIE I POD NADZOREM PIELEGNIARKI**

1.	słanie łóżka z chorym
2.	toaleta jamy ustnej
3.	mycie głowy w łóżku
4.	toaleta całego ciała w łóżku
5.	toaleta całego ciała pod natryskiem
6.	toaleta całego ciała w wannie

7.	higiena intymna
8.	ułożenie pacjenta i zmiana pozycji ułożeniowej
9.	zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku
10.	toaleta przeciwoodleżynowa
11.	zastosowanie udogodnień w łóżku
12.	zastosowanie materaca p/odleżynowego
13.	pomiar ciśnienia tętniczego krwi
14.	pomiar tętna
15.	pomiar temperatury
16.	pomiar oddechów
17.	pomiar masy ciała
18.	pomiar wzrostu
19.	przygotowanie i założenie okładu zimnego suchego
20.	przygotowanie i założenie okładu zimnego wilgotnego
21.	przygotowanie i założenie okładu ciepłego suchy
22.	przygotowanie i założenie okładu ciepłego wilgotny
23.	karmienie osoby chorej i niesamodzielnej drogą doustną oraz dojelitową - przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG
24.	pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie przyjąć leku, również podaje go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszania powłok skórnych
25.	wykorzystuje glukometr celem oznaczenia stężenia glukozy we krwi osoby chorej i niesamodzielnej oraz dokumentuje dokonanie pomiaru i przekazuje informacje o wynikach pomiaru pielęgniарce lub lekarzowi
26.	wymienia worek stomijny
27.	utrzymuje higienę i pielęgnuje skórę wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii
28.	zakłada i zmienia cewnik moczowy zewnętrzny (nakładki na prącie wykonanej z miękkiego silikonu, przez którą mocz spływa do worka na mocz)
29.	wymienia worek na mocz
30.	wymienia worek zewnętrzny na stolec
31.	stawia bańki próżniowe bezogniowe
32.	prowodzi dobową zbiórkę moczu i bilansu płynów
33.	prowodzi trzydniowy dzienniczek mikcji oraz ustala schemat wydalania i wdraża kontrolę mikcji i defekacji
34.	wykonuje ćwiczenia bierne w łóżku
35.	pomaga w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego
36.	pomaga w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę
37.	asystowanie pielęgniарce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских
38.	asystowanie pielęgniарce w zastosowaniu przymusu bezpośredniego

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 października 2021 r.

w sprawie przywrócenia obowiązku stosowania przez świadczeniodawców minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych oraz wznowienia prac w zakresie wdrożenia norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nieobjętych regulacjami prawnymi

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec braku przywrócenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Po raz kolejny, we wrześniu 2021 r. normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały zawieszone, co bezpośrednio wpływa na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Brak wymogu obowiązku zatrudnienia określonej liczby pielęgniarek i położnych prowadzi do znacznego zmniejszania przez kierowników podmiotów leczniczych liczby pielęgniarek i położnych na dyżurach w poszczególnych oddziałach szpitalnych, często doprowadzając do stosowania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych w tych podmiotach.

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpływają liczne sygnały, iż brak wskaźników zatrudnienia w poszczególnych oddziałach szpitalnych doprowadza także do niezatrudniania absolwentów szkół wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub kierunku położnictwo.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych rozumie, iż okres pandemii był szczególnym okresem, w którym wszelkie siły i środki należało przeznaczyć do szpitali jednoimiennych i oddziałów covidowych. Jednakże, obecnie wszystkie podmioty lecznicze starają się zrealizować umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2020-2021, co skutkuje znacznie zwiększoną ilością udzielanych świadczeń zdrowotnych, na rzecz zdecydowanie większej liczby pacjentów, co bezsprzecznie wymaga zwiększenia obsad pielęgniarek i położnych w danym oddziale szpitalnym.

Ponadto, należy mieć na uwadze fakt, iż w świetle pogarszających się warunków pracy w podmiotach leczniczych na stanowiskach pielęgniarek i położnych, o których mowa powyżej, zauważalna jest tendencja braku podejmowania pracy na tych stanowiskach przez absolwentów kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istnieje potwierdzenie zależności pomiędzy niewłaściwym poziomem obsady pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, a niską jakością świadczonych usług zdrowotnych, a tym samym bezpieczeństwem pacjentów, oraz bezpiecznym wykonywaniem zawodu pielęgniarek i położnych.

NRPiP wnosi o pilne przywrócenie norm zatrudnienia z zakresu leczenia szpitalnego oraz o wznowienie prac nad wskaźnikami norm zatrudnienia w pozostałych gwarantowanych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, tj. opieka paliatywna, opieka długoterminowa, rehabilitacja lecznicza, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie uzdrowiskowe.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 października 2021 r.

w sprawie pilnego wprowadzenia obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec braku minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie w życie z dniem 3 grudnia 2020 roku rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które zniósło minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.) skorygowane następnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2020r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 1785) – prowadzi do znacznego pogłębienia problemów organizacyjnych w lecznictwie psychiatrycznym.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od wielu lat monituje, iż system lecznictwa psychiatrycznego, nie zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej i powszechnie dostępnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Dostępność do oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży jest zależna od miejsca zamieszkania, w przypadkach gdy w tych oddziałach nie ma wolnych miejsc, małoletni pacjenci są umieszczani na oddziałach dla dorosłych. Nie wprowadzono rozwiązań, które mogły ograniczyć zróżnicowanie terytorialne w dostępie do leczenia psychiatrycznego dla małoletnich pacjentów. Nie zostały w pełni zrealizowane cele programu psychiatrii środowiskowej polegające na zmniejszeniu liczby hospitalizacji oraz położeniu nacisku na opiekę nad pacjentem w jego miejscu zamieszkania i profilaktykę zdrowia psychicznego.

Na powyższe nakładają się niedofinansowanie oraz brak przepisów gwarantujących minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, które w konsekwencji nie zapewniają należytej bezpiecznej opieki zdrowotnej pacjentom oraz bezpieczne wykonywanie zawodu przez pielęgniarki.

Kierownicy podmiotów w lecznictwie psychiatrycznym wobec braku wymogu wskaźników norm zatrudnienia znacznie zmniejszają liczbę zatrudnionych pielęgniarek w oddziałach, co często prowadzi do występowania jednoosobowych obsad w oddziałach szpitalnych.

Psychiatryczne oddziały szpitalne są oddziałami o wysokiej specyfice i niezapewnienie właściwych obsad pielęgniarek przekłada się na występowanie znacznie zwiększonej liczby zdarzeń niepożądanych u pacjentów, pobiciach pielęgniarek, lub rezygnacji pielęgniarek z pracy w danym oddziale ze względu na znaczne pogorszenie warunków pracy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych mając na uwadze ogromne zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i bezpiecznego wykonywania zawodu przez pielęgniarki pilnie wnosi o wprowadzenie przepisów prawa określających wskaźniki minimalnych norm zatrudnienia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Odnaczenia dla członków samorządu

W dniu 29 września 2021 odbyło się uroczyste posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie podczas którego wręczono odznaczenia samorządowe.



Gali tej towarzyszyli znamienici Goście, których obecność dodała prestiżu uroczystości. Obecna była Pani Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, Prezydent Miasta Częstochowy Krzysztof Matyjaszczyk, Naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Grażyna Stramska – Świerczyńska, Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej Izabela Kaptacz, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej Iwona Markiewicz, Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Danuta Łoniewska - Lichterowicz i Zastępcy Okręgowego Rzecznika, Członkowie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej Jacek Pudlik wraz z Członkami Komisji, Pełnomocnicy Rejonów Wyborczych.



Odnakę honorową „Za zasługi dla ochrony zdrowia” – jednostopniowe odznaczenie cywilne nadawane przez Ministra Zdrowia z rąk Prezydenta Miasta Częstochowy Krzysztofa Matyjaszczyka oraz Naczelnik Wydziału Zdro-

wia Urzędy Miasta Częstochowy Grażyny Stramskiej - Świerczyńskiej otrzymała:

Pani Danuta Łoniewska-Lichterowicz pełniąca funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Kolejną podniosłą chwilą było wręczenie złotych i srebr-

nych Odznaczeń „Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych”.

Odnaczenie złote jest odznaczeniem wyższego stopnia przyznawanym członkom samorządu za wybitne osiągnięcia w działalności na rzecz samorządu w skali całego kraju w tym również współpracę z organizacjami pielęgniarskimi w innych krajach, ofiarną działalność publiczną na rzecz środowiska zawodowego oraz zdrowia społeczeństwa oraz za osiągnięcia naukowe.



Odnaczenie srebrne jest odznaczeniem niższego stopnia przyznawanym członkom samorządu za zasługi w działalności na rzecz samorządu oraz upowszechniania etyki zawodowej, wzorowe wykonywanie obowiązków na rzecz organów samorządu, współdziałanie na rzecz integrowania środowiska zawodowego oraz podejmowanie działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa i organizacji ochrony zdrowia.

Na mocy Uchwały Nr 485/VII/2021 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 września 2021r. odznaczenia otrzymali;

Złote Odznaczenie „Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych”

1. Lidia Kucharska
2. Iwona Markiewicz
3. Anna Kaptacz
4. Wanda Kowalska

Srebrne Odznaczenie „Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych”

1. Maria Szymanek
2. Joanna Dziedzic
3. Beata Ciura
4. Anna Kazimierczak
5. Dorota Krzemińska
6. Bożena Karoń
7. Ewa Kucharska
8. Renata Wróż
9. Zbigniew Bednarczyk
10. Andrzej Chrząstek

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 29.09.2021

Wręczenia odznaczeń dokonali; Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie Barbara Płaza, członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Tomasz Czech.

Kolejnym podniosłym momentem było wręczenie odznaczenia zawodowego przyznanego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie „Za zasługi w zawodzie”, nadanego Uchwałą Nr 42/P/VII/78/2021 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 26 maja 2021r.

Odnaczenie to przyznawane jest pielęgniarkom/pielęgniarzom i położnym szczególnie zasłużonym dla swych zawodów, będących członkami OIPiP w Częstochowie, a które swoją postawą zawodową, społeczną, etyczną i profesjonalizmem stanowią przykład dla innych współpracowników.

Do wszystkich wyróżnionych tegorocznym odznaczeniem dołączyła **Ewa Preś**.

Zaproszeni goście złożyli gratulacje wyróżnionym i odznaczonym, wygłosili okolicznościowe wystąpienia. W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie serdeczne gratulacje i podziękowania laureatom złożyła Przewodnicząca ORPiP Barbara Płaza.



Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii

Queen Silvia Nursing Award

Rusza szósta edycja Konkursu o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Szwecji Sylwii. Nabór wniosków poprzez platformę zgłoszeniową rusza **01 września** i będzie trwał do **01 listopada 2021**.

Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii to wyjątkowe stypendium, skierowane do wszystkich pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w zawodzie oraz do studentek i studentów pielęgniarstwa.

Konkurs w Polsce odbywa się pod honorowym patronatem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pani Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już po raz kolejny zasiądzie w Komisji Konkursowej, która wyłoni Laureata tegorocznej edycji.



„Pandemia pokazała nam, jak bardzo pielęgniarki i pielęgniarze są potrzebni. Jesteśmy na pierwszej linii frontu, zarówno w opiece szpitalnej, ale także tej domowej. w kolejnej edycji Konkursu

Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii zbierane będą pomysły na poprawę opieki nad pacjentami, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję. Osoby te bardzo ucierpiały podczas pandemii, potrzebują kompleksowej pomocy ze strony wykwalifikowanych specjalistów. Nagroda Pielęgniarska Królowej Sylwii to fantastyczna inicjatywa, która daje szansę ambitnym i kreatywnym osobom i jednocześnie tworzy przestrzeń do dyskusji nad koniecznością rozwinięcia opieki nad osobami starszymi.” - *mówi Zofia Malas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.*

Międzynarodowa nagroda pod patronatem Jej Królewskiej Mości Królowej Szwecji Sylwii w 2021 roku będzie poświęcona najlepszym pomysłom na poprawę opieki nad pacjentami, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję. Nagrodzone zostaną działania już wdrożone lub pomysły, które dopiero będą zrealizowane.

Rok 2021 został ogłoszony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) „Rokiem Pracowników Ochrony Zdrowia” w uznaniu dla ich zaangażowania w zapewnienie opieki podczas i pomimo trwającej wciąż pandemii COVID-19, która od długiego czasu stanowi wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Pandemia bardzo odbiła się na ludziach starszych. Pozostawali oni przez bardzo długi czas w izolacji, która stała się dla wielu osób w podeszłym wieku groźniejsza niż sam koronawirus. Dlatego w roku 2021 mamy powrót tematyki konkursu do zbiera-

nia kreatywnych pomysłów na poprawę opieki nad pacjentami, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję.



Nagrodą w konkursie jest stypendium w wysokości 25 000 zł oraz staż.

Nagroda została ustanowiona 23 grudnia 2013 r. przez organizację Swedish Care International jako prezent dla Jej Królewskiej Mości Królowej Sylwii z okazji urodzin. Laureat odbiera Nagrodę z rąk Królowej podczas uroczystej gali w Sztokholmie. w czasie spotkania zwycięzcy ze wszystkich krajów wygłaszają przemówienie na temat swojego pomysłu.

Konkurs ma charakter międzynarodowy i równolegle jego edycje odbywają się w Szwecji, Finlandii, Niemczech, na Litwie, na Uniwersytecie Waszyngtońskim w USA oraz w Brazylii. w polskiej edycji konkursu biorą udział prace nadesłane przez osoby, które są w trakcie edukacji w polskiej uczelni lub pracują jako pielęgniarka i pielęgniarz. Za organizację konkursu w Polsce odpowiada Fundacja Medicovert.

ZGŁOSZENIA MOŻNA WYSYŁAĆ DO 1 LISTOPADA 2021r.

na stronie internetowej:

https://qsna.awardsplatform.com/?language=pl_PL

Naszym wspólnym celem jest umożliwienie rozwoju przyszłym pielęgniarkom i pielęgniarzom, dlatego też uprzejmie proszę o przekazanie informacji o konkursie o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Sylwii osobom z Państwa otoczenia, które są uprawnione do udziału w konkursie, czyli do wszystkich pielęgniarek i pielęgniarzy oraz studentów pielęgniarstwa.

Więcej informacji o konkursie znajduje się na stronie www.queensilvianursingaward.pl

Pytania dotyczące zasad konkursu należy kierować do koordynatora projektu:

Anna Jonarska, anna.jonarska@medicover.pl
tel. +48 601 259 677.

„ Po tych latach wspinaczki
w końcu można stanąć na szczycie
i rozkoszować się widokiem...”

Gratulacje!!! z powodu przejścia na emeryturę.

Pani Krystynie Warmus

Pielegniarce Oddziałowej Oddziału Neurologii Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie przy ulicy Mirowskiej.

*Składamy serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę na rzecz pacjentów, za współpracę w zespole,
za przekazaną wiedzę i naukę wkraczających do zawodu pielęgniarcom. Dziękujemy za pełen profesjonalizm,
sumiennność i odpowiedzialność, za pracę czynioną każdego dnia, za atmosferę przyjaźni i życzliwość.
Pragniemy życzyć Pani wielu lat w zdrowiu, realizacji planów i zamierzeń, na które być może nie było wcześniej czasu.
Życzymy pomyślności w życiu osobistym i wielu powodów do uśmiechu.*

*Składają: Pielęgniarka Naczelna Szpitala, Koleżanki Pielęgniarki, Współpracownicy z oddziału
a także Przewodnicząca Barbara Płaza oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

Pani Annie Krogulec

*Pielegniarce Oddziału Neonatologii Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie przy ulicy Mirowskiej
w podziękowaniu za ponad 40 – letnią pracę w Oddziale.*

*Z powodu zakończenia pracy zawodowej i odejściem na zasłużoną emeryturę, dziękujemy za długoletnią,
sumienną i pełną poświęceń pracę, codzienny trud i życzliwość.
Życzymy radości i dobrego zdrowia na dalsze lata, samych miłych wspomnień, dużo życzliwości i ciepła wokół siebie.*

*Składają: Pielęgniarka Naczelna Szpitala, Pielęgniarka Oddziałowa, Współpracownicy z Oddziału
oraz Przewodnicząca i Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

Pani Jolancie Zając

Pielegniarce Dyspozytorni Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie.

*Składamy serdeczne podziękowania kierując wyrazy uznania i wdzięczności za lata wyjątkowej współpracy.
Życzymy by ten nowy etap Pani życia był pełen radości, dobrego zdrowia, wsparcia bliskich i życzliwości przyjaciół.*

*Składają: Dyrekcja i Współpracownicy Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie
oraz Przewodnicząca i Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

Mamy zaszczyt pogratulować Paniom pracującym w ZOZ Kłobuck z okazji przejścia na emeryturę

Pani Annie Kubickiej

Pani Jadwidze Grajcar

Pani Bożenie Paruzel

Pani Elżbiecie Droś

Pani Marioli Makles

Pani Renacie Oparczyk

Pani Dorocie Knopik

*Pragniemy złożyć serdeczne podziękowania za długoletnią pracę zawodową, sumiennność i rzetelność w wykonywaniu swoich
obowiązków. Życzymy zdrowia, satysfakcjonującego odpoczynku oraz wszelkiej pomyślności i szczęścia w życiu osobistym*

*Składają: Dyrekcja, Przewodnicząca Pielęgniarek, Koleżanki Pielęgniarki, Współpracownicy ZOZ Kłobuck
a także Przewodnicząca Barbara Płaza oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

Co z tą atmosferą w pracy?

mgr Sebastian Kukło - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, oligofrenopeda

Jednym z najważniejszych elementów pracy pielęgniarki jest umiejętna praca z ludźmi. Nie chodzi tylko o pacjenta – jako pracownicy ochrony zdrowia wchodzimy w konieczną do wykonania zadania interakcję z innymi członkami zespołu terapeutycznego – lekarzami, salowymi czy rodzinami chorych. O ile pacjenci bywają na oddziale przez relatywnie krótki czas, o tyle z współpracownikami dzielimy niekiedy długie lata naszego zawodowego życia. z perspektywy są to nierzadko lata dobre – pełne historii o „lepszych czasach”, wspólnych wyjazdach, anegdot zabawnych i wzruszających. Gorzej jednak, gdy w środowisku pracy pojawia się postać toksyczna, negatywnie nastawiona do kilku osób bądź całej grupy i pracy, wiecznie niezadowolona i narzekająca. Ot, Smerf Maruda z „jak ja nie cierpię” na ustach – nie cierpię pracować na nocnym dyżurze, nie cierpię takiego grafiku, nie cierpię takich pacjentów czy takich ludzi, jak ty. Tak, właśnie ty – osoby o złym nastawieniu wstają lewą nogą do pracy, wszystko ich drażni, wszyscy irytują, najlepiej nie mówić, nie pytać, a już na pewno nie okazywać radości, bo – jak ja nie cierpię się śmiać...

Znacie narzekaczy z autopsji? Ja znam.

Ba, pracowałem, bądź pracuję z takimi, dla których dystans i chłód jest naturalnym środowiskiem bytowania zawodowego. Każdy w grupie wyposażonej przez los w osobowość toksyczną wie, jak przykre, globalne dla grupy skutki niesie za sobą jej obecność – jak jedna zgorzkniała osoba potrafi popsuć atmosferę w pracy, radość z bycia członkiem zespołu, naznaczonego ciemną, deszczową chmurą zwyczajnej antypatii człowieka do człowieka. Coś, co nie ma znaczenia w pracy indywidualnej, nabiera znaczenia w zespole. Wystarczy, aby jedna osoba w łodzi wiosłowała na opak, by łódka ugrzęzła wcześniej czy później w trzcinach w niepokojącej aurze zbiorowej kłótni i wzajemnych pretensji. Wyskoczyć z łódki nie można – jak zatem radzić sobie z owym marudą w pracy? Wyrzucić go szybko za burtę? Zdaniem Elizabeth Harris, autorki bloga *Girlsguidetopm* (www.girlsguidetopm.com, gdzie „pm” oznacza oczywiście „project management”), może to być jedyna słuszną drogą celem ratowania zespołu.

Ale po kolei – jeśli ktoś nie spotkał osoby z toksycznym wpływem na grupę

Warto pokusić się o krótką charakterystykę takiej jednostki. Cechy wyróżniające można zdefiniować następująco (w oparciu o refleksje Steve Parr - Six Signs of Toxic Attitudes on a Team; <http://steveparr.net>):

- **trudność z przyznaniem się do winy**, a co za tym idzie – tendencje do obarczania za niepowodzenia innych współpracowników, a nawet pacjenta, oraz czynniki niezależne, w rodzaju wiecznego zmęczenia, niewyspania, obolałej głowy, znużenia, czy wypalenia zawodowego,



- **nieumiejętność wybaczenia** – noszenie urazy po kres zawodowej kariery uniemożliwia kontakt na jednym, wspólnym poziomie, podobny proces rządzi relacją z nowymi pracownikami, gdzie błąd wyklucza zaufanie i równość – także na poziomie społecznym,

- **zazdrość** – rozumiana jako konkurencyjność, upatrywanie w innych rywali, umniejszanie sukcesów, czy jawne bagatelizowanie osiągnięć, zarówno w praktyce zawodowej, jak i przygotowaniu merytorycznym do pracy – deprecjonowanie magisterium, specjalizacji, kursów,

- **silna koncentracja na sobie** – zaspokajanie swoich potrzeb przy bagatelizowaniu oczekiwań grupy, cecha ta objawiać się może w zupełnie błahych sytuacjach: konieczności zmiany stacji radiowej, uchylaniu bądź zamykaniu okna, zwolnienia miejsca przy oknie itd.; warto zaznaczyć, że wspomniany egocentryzm jest silnie zakorzeniony w potrzebie manipulacji otoczeniem,

- **krytycyzm** – tam, gdzie w pracy jest miejsce na krytykę i pochwałę, pojawia się zawsze ta pierwsza; krytyka jest codzienna, nagminna, nadmiarowa, przesłania pozytywów konkretnej osoby, bądź zadania do wykonania; negatywizm i czarnowidztwo uniemożliwia odczuwanie satysfakcji, a radość z pracy jawić się może jako pierwsze oznaki szaleństwa; krytycyzm może przejawiać się także jako jawna antypatia do konkretnego członka grupy, wyrażana publicznie, czy to gestem, czy słowem, a więc wolna od wszelkich, społecznych hamulców, które obowiązywać powinny w każdym zdrowym organizacyjnie środowisku pracy,

- **samochwalstwo** – nieumiejętność dzielenia się sukcesem, przypisywanie sobie zasług za osiągnięcia grupowe, wybiórcze obdarzanie uwagą i serdecznością osób odpowiedzialnych za ocenę pracy, a więc zwierzchników, czy lekarzy z pominięciem własnej grupy zawodowej; postawa ta oparta być może na wielu kompleksach, przy czym praca, jak sądzę, nie spełnia warunków koniecznych do pro-

wadzenia psychoterapii – nie zajmuje się diagnozą, analizą, czy przepracowaniem problemu, koncentruje się raczej na konkretnych zadaniach, których realizacja jest celem pracy samej w sobie,

– **zachowania pasywno-agresywne** – definiowane jako wieczne rozżalenie, posępnosć, prokrastynacja, spóźniałstwo, czy zamierzona, niska efektywność pracy, rozumiana również jako przerzucanie obowiązków na innych; zachowania tego rodzaju upośledzają kreatywność zespołu i uderzają w tak zwany „team spirit”, a więc ducha wspólnoty zespołu.

Postawmy pytanie – co jest ważniejsze w środowisku pracy

Kompetencje czy nastawienie? Odpowiedź, wbrew pozorom, nie jest tak prosta. O ile bowiem osoba z dobrym nastawieniem może być wyuczona pod kątem umiejętności, o tyle postać ze złym nastawieniem może zaszkodzić całej komórce społecznej, obniżając jej samoocenę, poczucie satysfakcji, czy wreszcie zaangażowanie w pracę. Tolerowanie osobowości toksycznej i przemykanie oczu na wpływ, jaki wywiera na grupę, skutkuje gorszymi wynikami oddziały i znacząco niższymi ocenami jednostkowymi pracowników pod kątem zadowolenia i poczucia wspólnoty. Zaznaczam, że czym innym jest „gorszy dzień” spowodowany brakiem snu, gorszym samopoczuciem, trudnościami w życiu prywatnym, na co dobry menadżer powinien umiejętnie przyzwolić, a czym innym permanentny, negatywny stosunek do innych zrodzony z potrzeby ducha. Taka bowiem postawa jest zwyczajnie nieprofesjonalna i szkodliwa dla grupy.

Pamiętam osoby, które spotkałem na swojej ścieżce zawodowej. Osoby, po wejściu których ustawały rozmowy, osoby zbywające śmiech lekceważącym machnięciem ręki, osoby traktujące serdeczność wobec pacjenta z podejrzliwością czy nawet odrazą. Zauważyłem coś wspólnego i niepokojąco niebezpiecznego w ich zachowaniu – zawiera się ono w uprzedmiotawianiu, a nie upodmiotawianiu człowieka. Człowiek w ich oczach staje się problemem, swoistą przeszkodą na drodze. Sytuacje humanizujące ową „przeszkodę” oceniane są przez nich negatywnie i wrogo, jak gdyby ktoś naruszał narzuconą z zewnątrz hierarchię, gdzie tylko maruder ma prawo okupować moralny, społeczny szczyt. O ile więc spotkałem jednostki toksyczne, o tyle nie doświadczyłem żadnych sytuacji naprawczych – grupa musiała ścierpieć marudę, osuwając zionący od niego chłód lub z czasem ucząc się od niej, że faktycznie nie warto, że zawsze za mało, że każdy ma dość. Czy jednak kierownictwo jest zupełnie bezradne i powinno pozwalać na swoje sabotowanie pracy całego zespołu? Bynajmniej. Pułapką jest wieczna „subiektywizacja” zachowań człowieka, uniemożliwiająca rzetelną ocenę pracownika lub tłumaczenia para-psychologiczne, szukające przyczyn negatywizmu w amatorskiej diagnozie psychoterapeutycznej. To jest coś, co nawiasem mówiąc, szczególnie mnie drażni.

Jeśli postawy toksyczne są dominujące, ratować należy grupę

Przy czym ratunek grupy opiera się na relacji z jednostką „infekującą” grupę. w tym przypadku należy:

– **odbyć rozmowę z konkretnym członkiem zespołu** – postawa w pracy jest elementem oceny pracowniczej, przy czym wpływ, jaki jednostka wywiera na grupę, jest często bagatelizowany; obowiązkiem pracownika jest szacunek względem współpracowników i dbanie o atmosferę panującą w pracy; koordynator może sporządzać notatki, oparte na obserwacjach, a przede wszystkim – umieć rozmawiać; bycie z zespołem, zarządzanym nie tylko z poziomu gabinetu, ale i środowiska pracy, jest świetną okazją do ustalenia funkcji, jakie jednostki pełnią w grupie oraz określeniu relacji pomiędzy pracownikami; myślę, że na szczególnie wsparcie zasługują jednostki „wysokoenergetyczne”, których zapal udziela się grupie – ich efektywność upośledzać mogą szczególnie postacie „niskoenergetyczne”, a więc prezentujące negatywne usposobienie; na tym etapie możliwa jest szczerza rozmowa o wzajemnych oczekiwaniach i wizji lokalnego środowiska pracy,

– **zapropionować konkretne zmiany** – kolejnym etapem jest rozmowa uściślająca problem, wymiana spostrzeżeń, w tym rozmowa dyscyplinująca, ewentualnie – szkolenie; jest to najlepszy moment do konkretyzacji własnych oczekiwań oraz zobrazowanie problemu w nieco większym kontekście – należy wskazać bezpośredni związek postawy toksycznej z jakością funkcjonowania grupy, wskazując wyraźnie na złe, jak i dobre elementy postawy człowieka,

– **usunąć pracownika z grupy** – w trosce o dobro ogółu, może to być jedyne słuszne rozwiązanie; brak działań skutkuje tak czy owak rosnącym brakiem zaufania wobec przełożonego, oskarżanego nieformalnie o opieszałość, bierność, czy nawet duchowe wsparcie udzielane osobie zakłócającej atmosferę pracy.

Odpowiedzialność za atmosferę w grupie ponosi pośrednio przełożony grupy

Jego postawa powinna zachęcać do dialogu, otwartego dzielenia się problemami, budzić poczucie ważności u pracownika, oraz troski o jego dobre samopoczucie. Z drugiej strony – to właśnie przełożony zobowiązany jest znać swoich współpracowników. Nauczyć się obserwować i wyciągać wnioski. a przede wszystkim – wykazywać postawę zaangażowaną. Przykład – jeden z pracowników stoi wciąż na uboczu, gdy reszta prowadzi rozmowy lub spożywa wspólnie posiłek. Dlaczego? Może to jeden z objawów rozwarstwiania się grupy, trudności, jakie przeżywa z asymilacją i akceptacją nowych pracowników, a może to dowód obecności postaci zakłócających, dystansujących ludzi od siebie, przekonujących innych o małości kolegów czy koleżanek

z pracy, których energia może być zagrożeniem?

Ochrona godności człowieka jest kwestią konstytucyjną i z tego pułapu definiowana być musi w kodeksie pracy. Godność ta jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem każdego człowieka. Poszanowanie godności pracownika powinno być interpretowane jako nieczynienie niczego co naruszałoby jego godność. Co za tym idzie, pracodawcy nie wolno wykorzystywać swej przewagi na rynku pracy i pomiatać pracownikami, którzy w obawie przed zwolnieniami z pracy tracą poczucie własnej wartości i godzą się na poniżające traktowanie. Pamiętajmy, że podobne zobowiązania dotyczą każdego z nas – budowanie atmosfery w pracy zawiera się w dbałości o godność i szacunek względem drugiego człowieka,

a bagatelizacja problemu niesie za sobą skutki zbiorowej odpowiedzialności za zwyczajną nieumiejętność przewodzenia grupie. Co jest zresztą przedmiotem dyskusji na zupełnie inną okazję.

Wyimek

O ile spotkałem jednostki toksyczne, o tyle nie doświadczyłem żadnych sytuacji naprawczych – grupa musiała ścierpieć marudę, osuwając zionący od niego chłód lub z czasem ucząc się od niej, że faktycznie nie warto, że zawsze za mało, że każdy ma dość. Czy jednak kierownictwo jest zupełnie bezradne i powinno pozwalać na sabotowanie pracy całego zespołu?

Jakość próbek do badań

– wspólna odpowiedzialność pielęgniarek i diagnostów

Znaczenie dobrych praktyk pobierania krwi dla badań morfologicznych.

Zachowanie dobrych praktyk pobierania krwi pozwala na wyeliminowanie większości błędów przedanalitycznych.

Na co trzeba zwrócić uwagę?

Witold Kuszewski

kierownik Zespołu Techników Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, asystent Zarządzania Jakością w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej w Wojewódzkim specjalistycznym Szpitalu im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi



Jakość w medycynie laboratoryjnej ma zasadnicze znaczenie dla celu, jakim jest kompleksowa opieka nad pacjentem, w tym na zapewnieniu pacjentowi bezpieczeństwa związanego z wierną diagnostyką stanu zdrowia.

Praktykę laboratoryjną można podzielić na trzy fazy: przedanalityczną, analityczną i postanalityczną. Chociaż wszystkie trzy fazy są równie ważne dla poprawy ogólnego zarządzania jakością i powinny być indywidualnie ukierunkowane na poprawę standardów laboratorium, faza przedanalityczna – rozpoczynająca się w momencie zlecenia badania, poprzez pobranie materiału, transport próbki i przygotowanie jej do analizy w laboratorium, jest uważana za najbardziej podatną na błędy częścią całego procesu. Zagadnienia przedanalityczne znalazły się na liście największych wyzwań, z którymi borykali się pracownicy laboratoriów w ostatnich dwóch dekadach. Lippi i współpracownicy wykazali, że błędy przedanalityczne stanowią 18,5–47% błędów laboratoryjnych. z kolei Plebani wykazał, że wartość ta waha się w granicach 62–68%.

Pobrane próbki mogą być obarczone następującymi błędami: błąd zlecenia, nieoznakowany pojemnik na próbkę, nieprawidłowa probówka (zły wybór probówki), nieprawidłowa ilość pobranego materiału, próbka zhemolizowana, skrzep w probówkach z antykoagulantem, próbka rozcieńczona płynami infuzyjnymi, niewłaściwy transport próbki, opóźnienie w transporcie próbki, nieprawidłowy proces wirowania próbki.

To obrazuje, jak znaczny i pozytywny wpływ na jakość fazy przedanalizycznej może mieć personel pobierający materiał do badań, gdyż zachowanie dobrych praktyk pobierania krwi pozwala na wyeliminowanie większości błędów przedanalizacyjnych.

Najpowszechniejsze badania

Do najpowszechniejszych badań laboratoryjnych pobieranych do probówki morfologicznej należą:

Morfologia krwi, w której oznaczamy następujące parametry:

RBC – krwinki czerwone (erytrocyty)

HGB – hemoglobina

HCT – hematokryt

PLT – płytki krwi (trombocyty)

WBC – krwinki białe (leukocyty)

oraz rozdział krwinek białych na: NE - neutrofile, LY - limfocyty, MO - monocyty, EO - eozynofile, BA – bazofile, oczywiście na wyniku morfologii krwi jest jeszcze wiele innych parametrów, które również są bardzo ważne ale nie są one tematem tej pracy.

Subpopulacja limfocytów CD4/CD8 – najprościej mówiąc, jest to stosunek komórek pomocniczych T do cytotoksycznych komórek T oznaczana u pacjentów nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS oraz u pacjentów z niedoborami odporności.

Hemoglobina glikowana powstaje wskutek glikacji globiny, która jest podstawowym składnikiem budowy hemoglobiny. Istnieją różne frakcje hemoglobiny glikowanej, jednak wyłącznie frakcja HbA1C znalazła zastosowanie w diagnostyce cukrzycy.

Amoniak – badanie pomocne w diagnozie niewydolności wątroby lub encefalopatii wątrobowej, do oznaczenia używa się osocza wersenianowego.

Wybór probówki

Pierwszym krokiem jest wybór właściwej probówki. Personel pielęgniarski, we współpracy z laboratorium, ustala optymalne rozwiązanie. Norma PN-EN ISO

6710:2018-01 „Pojemniki jednorazowego użytku do pobierania od ludzi próbek krwi żyłnej” rekomenduje probówki z korkiem fioletowym. Dostępne są rozwiązania (kolory) alternatywne. Antykoagulantem (badania morfologiczne wykonujemy w krwi pełnej) jest wersenian dwu- lub trójpotasowy (odpowiednio K2EDTA i K3EDTA). Norma 6710 wskazuje na wersenian dwu lub trójpotasowy, nie faworyzując żadnego z nich. Jednakże Międzynarodowy Komitet ds. Standaryzacji w Hematologii zaleca K2EDTA do badań morfologicznych. K3EDTA okazał się najmniej odpowiednią solą EDTA stosowaną w procesie antykoagulacji, ponieważ powoduje największe obkurczanie się czerwonych krwinek z jednoczesnym wzrostem stężenia EDTA oraz największe zmiany wartości średniej objętości krwinek czerwonych (MCV). Dodatkowo K3EDTA jest na ogół dodawany do probówek w formie cieczy, co powoduje, że wartości bezpośrednio mierzonych parametrów są o 1–2% niższe niż wartości we krwi krążącej z powodu rozcieńczenia próbki. Zjawisko to opisuje również Guder podając, że chociaż wszystkie sole EDTA wywołują zmniejszanie objętości krwinek, to z powodu niższego pH soli dwupotasowej, komórki zwiększają swoją objętość i w ten sposób następuje kompensacja wywołanego osmotycznie kurczenia się krwinek.

Pozycja pacjenta

Kolejnym czynnikiem, jaki warto rozważyć jest pozycja pacjenta w trakcie pobierania krwi. Pozycja pacjenta w trakcie pobrania krwi może wpływać na parametry morfologii. Zaleceniem EFLM jest, aby pacjenci odpoczywali przez piętnaście minut w pozycji siedzącej przed flebotomią. Autorzy opisali zmniejszenie Hb, Hct, WBC i liczby płytek krwi o 10–15% po tym, jak pacjent leżał przez dwie godziny, w porównaniu do próbki pobranej od pacjenta bez odpoczynku.

Kolejność pobrań

Kolejnym niezwykle ważnym i zależnym od personelu pobierającego materiał krokiem jest zachowanie właściwej kolejności pobrań. Europejska Federacja medycyny Laboratoryjnej (EFLM) i CLSI zalecają, aby próbkę na badania koagulologiczne pobrać po probówkach biochemicznych. Celem zachowania właściwej kolejności pobrań jest uniknięcie konatminacji próbek: pobranie morfologii przed biochemią może spowodować kontaminację próbki biochemicznej wersenianem potasu i generować fałszywie podwyższony poziom potasu w badaniu biochemicznym.

Postępowanie ze stażą

Pamiętać należy o prawidłowym postępowaniu ze stażą. Stażę należy założyć około 7,5 cm powyżej planowanego miejsca wkłucia, w sposób powstrzymujący przepływ krwi żyłnej, lecz nie tętniczej. EFLM [7] i CLSI [9] rekomendują, aby osoba pobierająca krew skróciła



czas jej zastosowania do poniżej 1 minuty. Staza powoduje czasową okluzję żył i zastój krwi. Zbyt długi czas utrzymania stazy (powyżej 1 minuty) powoduje istotne zmiany w składzie krwi, z uwagi na przechodzenie wody i małych cząsteczek, takich jak jony, z łożyska naczyniowego do przestrzeni pozanaczyniowej. Duże cząsteczki, takie jak lipoproteiny, białka oraz substancje związane z białkami, komórki i czynniki krzepnięcia pozostają w naczyniu, dlatego też stopniowo wzrasta ich stężenie. Przed upływem 1 minuty od założenia stazy większość z tych zmian nie ma istotnego znaczenia, jednak później mogą się stać istotne kliniczne. Dodatkowo warto rozważyć używanie staz jednorazowych w celu ograniczenia ryzyka zakażenia i wzajemnej kontaminacji pomiędzy pacjentem i pracownikiem ochrony zdrowia. Dowiedziono, że stazy wielokrotnego użytku mogą być skolonizowane przez drobnoustroje wielolekooporne i tym samym mogą być źródłem licznych patogenów dla hospitalizowanych pacjentów, np. opornymi na metycylinę bakteriami *Staphylococcus aureus* (MRSA), co stanowi istotne ryzyko dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia.

Wypełnienie próbki

Dodatkowo przy wyborze próbki należy zastanowić się nad jej optymalnym wypełnieniem, aby zapewnić odpowiedni stosunek antykoagulantu do pobranej krwi – objętość pobranej krwi powinna zapewniać stałe stężenie antykoagulantu (od 1,2 do 2,0 mg/ml krwi). Probówki próżniowe, o wystandaryzowanej próżni pozwalają na pobranie właściwej ilości materiału, gdyż napływ krwi jest automatyczny i niezależny od użytkownika. Niedopełnienie próbki powoduje kurczenie się krwinek czerwonych, co wpływa na hematokryt, MCV i MCHC; może również przyczynić się do zmian w morfologii krwinek białych i czerwonych. w przypadku pobrania zbyt dużej objętości krwi, w próbce będzie zbyt mało EDTA i może dojść do wykrzepiania. Wg Kościelniak i wsp. wypełnienie krwią mikroprobówek w większej objętości niż zaleca powoduje obniżenie stężenia hemoglobiny, hematokrytu, liczby czerwonych krwinek i średniej objętości erytrocytów oraz wzrost liczby płytek krwi w stosunku do wartości mierzonych w mikroprobówce wypełnionej krwią zgodnie z zaleceniami.

Wymieszanie próbek

Do dobrych praktyk należy również właściwe wymieszanie próbek, co pozwala na rozproszenie EDTA w próbce. Probówki z EDTA należy wymieszać przez 8–10 odwróceń bezpośrednio po pobraniu. Następnie należy je wymieszać 20 razy przed analizą. Jeśli próbka do badania będzie niedostatecznie wymieszana, to podczas aspiracji z dna próbki uzyskany będzie wysoki wynik RBC z niskim PLT, co klinicznie jest nieprawdopodobne. w przypadku aspiracji supernatan-

tu sytuacja będzie odwrócona (wysoka liczba PLT i niska RBC). Niewłaściwe mieszanie lub jego brak może dodatkowo prowadzić do powstania skrzepu w próbce – wówczas taka próbka podlega odrzuceniu w laboratorium i należy ją pobrać ponownie.

Zachowanie stabilności próbki

Celem fazy przedanalizy jest również zachowanie stabilności próbki. CLSI rekomenduje, aby oznaczenie wykonać tak szybko, jak to możliwe – próbki po pobraniu powinny trafić do laboratorium jak najszybciej, gdyż stabilność oznaczanych parametrów spada z czasem, np. stężenie amoniaku w osoczu należy wykonać w ciągu 20–30 minut od pobrania krwi lub natychmiast zamrozić otrzymane osocze.

Jakość próbek to wspólna odpowiedzialność personelu pielęgniarstwa i diagnostów laboratoryjnych. Nawet najlepsze laboratorium nie naprawi błędu przedlaboratoryjnego! Decyzje kliniczne podejmowane są w oparciu o wynik badania laboratoryjnego, zatem zła jakość próbki będzie rzutować na jakość opieki nad pacjentem oraz na pracę całego personelu. Może to skutkować koniecznością ponownego pobrania, co wiąże się z kolejnym stresem dla pacjenta, dodatkową pracą personelu, podniesieniem kosztów diagnostyki i opieki nad pacjentem – zatem współpraca i dobra atmosfera na linii laboratorium – oddział jest konieczna i pozwala budować profesjonalny wizerunek obu grup zawodowych w oczach środowiska medycznego, ale przede wszystkim u pacjentów.

Badania serologiczne

Warto też wspomnieć o badaniach serologicznych, np. oznaczenie grupy krwi lub wykonanie próby zgodności przed przetoczeniem krwi lub podaniu preparatów krwi (np. osocze, płytki krwi).

W Laboratoriach Immunologii Transfuzjologicznej, w których pracują analizatory do wykonywania wymienionych badań krew dostarczona do ich oznaczenia musi być pobrana na EDTA (wersenian). Niektórzy producenci mają specjalne próbki do badań serologicznych i takich należy używać, ale w przypadku ich braku zawsze możemy pobrać krew w próbkę na morfologię. Muszę tutaj dodać, że przy tych badaniach najczęściej powstaje błędów przedlaboratoryjnych, które są związane nie z samym pobraniem krwi, ale z tzw. „papierologią”, np. niewyraźnie lub błędnie opisana próbka, pobranie z jednego wkłucia przez tę samą osobę próbki na 1 i 2 na oznaczenie grupy krwi, błędy w zleceniach, np. inna godzina pobrania na zleceniu inna na próbce. w przypadku badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej każde laboratorium musiało napisać bardzo szczegółowe procedury zgodne z poleceniami instytucji nadzorujących jak Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie czy Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, które przy każdej kontroli bardzo wnikliwie sprawdzają czy w danej placówce nie dochodzi do niezgodności z ich zapisami.

Zakłucia. Zgłaszasz czy ryzykujesz?

KAMPANIA EDUKACYJNA NRPIP I BD, PARTNERA STRATEGICZNEGO PROJEKTU

Czy trudne pobranie może być bezpieczne?

Pobieranie próbek krwi to rutynowa procedura, czy zatem pielęgniarce, położne potrzebują w tym zakresie wsparcia? Odpowiedź jest oczywista, choć czasem o wyborze urządzeń do flebotomii decydują... koszty.

Trudny dostęp do żył pacjenta (difficult venous access, DVA) to dla personelu pielęgniarckiego codzienne wyzwanie, co nie zmienia faktu, że może być przyczyną stresu i dodatkowej pracy, może wydłużać czas diagnostyki i – co równie ważne – frustrować chorego, zmniejszając jego zaufanie do personelu pielęgniarckiego.

Źródłem trudności są – najczęściej – warunki kliniczne, fizyczne i emocjonalne. Niewiele jest informacji na temat częstotliwości DVA u dorosłych i dzieci, na podstawie ograniczonych danych szacuje się, że trudność ta dotyczy co najmniej 8% dorosłych i 14% dzieci [1].

DVA dotyczy różnych warunków klinicznych, w tym specyficznych oddziałów szpitalnych: np. ratunkowego, pediatrycznego, geriatrycznego, onkologicznego, gabinetów pobrań, zakładów opieki długoterminowej, hospicjum i opieki domowej oraz różnej kondycji samego pacjenta, jak choćby chorób neurologicznych, osłabienia napięcia mięśniowego, utraty elastyczności skóry, otyłości, skóry z objawami infekcji, atopowego zapalenia skóry czy jej zasinienia lub obrzęku [2].

Choć nakłucie żył jest powszechną procedurą medyczną, to dla wielu pacjentów jest ono źródłem stresu i niepokoju. Nakłucie żyły i wkłucia dożylnie opisano jako dwa najczęstsze źródła bólu i lęku u hospitalizowanych dzieci [3]. Również wielu dorosłych obawia się pobierania krwi. Dahlquist i in. odkrył, że lęk podczas nakłuwania żyły pogarsza współpracę między osobą pobierającą materiał a pacjentem i skutkuje wielokrotnymi próbami powtórzenia zabiegu [4]. u wielu pacjentów zarówno oczekiwanie na zabieg, jak i spodziewany dyskomfort związany z wprowadzeniem igły powoduje wzrost poziomu lęku i w konsekwencji może wpływać na poprawność wykonywanych procedur i dalsze leczenie [3].

Aby zwiększyć komfort wkłucia, zarówno pacjenta jak i dla personelu, należałoby rozważyć kilka kwestii:



wizualizację wkłucia, rozmiar i ostrość igły oraz eliminację ryzyka ekspozycji zawodowej, biorąc pod uwagę zarówno igły motylkowe, jak i tzw. igły proste.

Igły motylkowe – kompromis między komfortem, bezpieczeństwem a jakością próbki

Usprawnić trudne pobranie niewątpliwie mogą bezpieczne igły motylkowe, które w każdym przypadku pozwalają flebotomiście na wizualizację wkłucia (w wężyku po skutecznym wkłuciu pojawia się krew) i jednocześnie pozwalają na polepszenie komfortu pacjenta oraz na pobranie próbki o wysokiej jakości. Dodatkowo – w sytuacji pobierania krwi na posiew i badania analityczne, igły motylkowe umożliwiają pobranie materiału z jednego wkłucia, redukując tym samym ilość procedur związanych z nakłuwaniem żył trudnych i delikatnych.

W przypadku pobierania krwi rozmiary igły zwykle wynosi od 19 do 23G. Wskaźnik ten jest głównym czynnikiem wpływającym na poziom bólu odczuwanego przez pacjenta. Wykazano, że igły do pobierania krwi o mniejszych średnicach zewnętrznych powodują mniejszy ból podczas penetracji skóry niż igły o większych średnicach zewnętrznych [3,5]. Jednak flebotomiści często rezygnują z używania igieł o mniejszych rozmiarach, chociaż może to umożliwić dostęp do żyły pacjenta. Wynika to z faktu, że igła o mniejszym rozmiarze może wydłużyć czas napełniania się probówek i zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia hemolizy, gdy krew przepływa przez wąską kaniulę. Nawet niewielki stopień hemolizy może wpływać na wyniki testów laboratoryjnych (np. dehydrogenazy mleczanowej, kinazy kreatynowej, potasu, bilirubiny) poprzez fałszywe podwyższenie tych poziomów i w konsekwencji niedokładnie odzwierciedlać stan kliniczny pacjenta. w zależności od stopnia

hemolizy próbka może zostać odrzucona i wymagać ponownego pobrania [3].

Istnieje szereg publikacji wskazujących, że użycie bezpiecznych igieł motylkowych ultracienkościennych BD Vacutainer® UltraTouch™ Push Button (o zwiększonej średnicy wewnętrznej przy jednoczesnym zachowaniu średnicy zewnętrznej kaniuli, ultracienkościennosc zdefiniowana przez normę ISO96269), które pozwalają na szybkie i niewpływające na jakość próbki, pobranie krwi [3, 5, 6]. w badaniu Mouser i in. wykazano, że ultracienkościenna igła motylkowa w rozmiarze 25G pozwala na zredukowanie bólu u pacjenta, umożliwiając szybkie pobranie krwi, co jednocześnie nie wpływa na jakość próbki³. Redukcja bólu związana była z faktem zastosowania w igle unikalnej technologii ścicia kaniuli⁷, co w swoim badaniu potwierdził również Padoan i in., dowodząc zasadności użycia motylkowych igieł ultracienkościennych u pacjentów pediatrycznych w warunkach klinicznych, umożliwiając tym samym udaną flebotomię, poprawiając komfort pielęgniarów i redukując ból pacjenta, a tym samym poprawiając ogólne doświadczenie żyłnej punkcji u dzieci, zazwyczaj wykazujących DVA. Jednocześnie jakość próbki została zapewniona pomimo obniżenia rozmiaru igły, co wykazano zredukowaną liczbą hemoliz [7].

Jednocześnie należy pamiętać o bezpieczeństwie osoby pobierającej materiał do badań – pacjent trudny, wystraszony, ruszający się gwałtownie może sprawić, że ryzyko ekspozycji zawodowej wzrośnie. Należy zatem zachować kompromis między tym, co dobre dla pacjenta a tym, co dobre dla personelu medycznego. Jak wykazano w badaniu Frost i Sullivan, technologia PushButton pozwoliła na obniżenie ilości zakłuc o 50% [8]. z kolei Hotaling podaje, iż dzięki użyciu igieł BD Vacutainer® UltraTouch™ Push Button, zredukowano zakłucia aż o 88% [9–11]. Zaletą tego rodzaju igieł jest to, że igłę można wycofać z naczynia za pomocą prostego przycisku, używając tylko jednej ręki, dzięki czemu flebotomista nie ma w ogóle kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym.

Bezpieczne igły z wizualizacją wkłucia

W przypadku używania igieł tzw. prostych możliwe jest zastosowanie igieł ze wskaźnikiem przepływu krwi i wizualizacji wkłucia. Wskaźnik ten może być pomocny szczególnie dla niedoświadczonych personelu, w przypadku pobrań u dzieci lub u osób z „trudnymi” żyłami [10]. Wyrażny, położony u nasady igły wskaźnik, niezasłonięty przez uchwyt, pozwala na ocenę skuteczności wkłucia przez osobę pobierającą, usprawniając znacznie procedurę pobierania materiału. Igła do pobierania krwi BD Vacutainer® Eclipse Signal umożliwia natychmiastowe potwierdzenie dostępu dożylnego, na co wskazuje obecność krwi w komorze wizualizacyjnej.

Innymi kluczowymi cechami, które sprawiają, że pobieranie krwi żyłnej jest bezpieczne są osłonka przeciwzakłuciowa położona na jednej linii z ostrzem oraz system redukcji kropel krwi, gdy igła jest usuwana z żyły. Pełna integracja uchwytu i igły zmniejsza ryzyko zranienia ostrymi narzędziami przez użytkownika i poprawia wydajność pracy poprzez zmniejszenie liczby kroków w procesie pobierania krwi bez uszczerbku dla opieki nad pacjentem.

Koszty, jakość czy bezpieczeństwo?

Chociaż pobieranie próbek krwi jest rutynową procedurą wykonywaną przez pielęgniarki, błędne jest zakładanie, że nie jest potrzebne wsparcie w tej dziedzinie. Wybór urządzenia do pobierania krwi jest procesem bardziej skomplikowanym niż zakładamy. Należy wypracować kompromis między bezpieczeństwem personelu, stanem naczyń pacjenta i jego komfortem oraz jakością próbki. Chociaż liderzy opieki szpitalnej mogą chcieć, aby przy wyborze urządzeń do flebotomii decydujące znaczenie miały koszty, należy rozważyć taki dobór urządzeń, aby zredukować ponowne pobrania związane ze złą jakością próbki oraz koszty wynikające z procedur poekspozycyjnych.



❧ Kondolencje ❧

*„Życie i śmierć, zawsze razem,
tak blisko jak dzień i noc.
Lecz nie wiesz, kiedy ta druga,
pokarze Ci swą moc...”*

*Z wielkim żalem zawiadamiamy, iż odeszła od
nas koleżanka pielęgniarka pracująca w Pracowni
Endoskopii a następnie w Oddziale Chorób Wewnętrznych
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie
przy ulicy PCK*

Pani Elżbieta Darnowska

*Wyrazy ogromnego współczucia najbliższej rodzinie składają koleżanki
pielęgniarki z Oddziału Wewnętrznego, współpracownicy szpitala
oraz Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

*„Człowiek odchodzi, lecz miłość zostaje,
Mimo wielkiej rozpaczyny pozwala żyć dalej”*

Pani Małgorzacie Kuliś

*Pielęgniarcie Opieki Długoterminowej Centrum Medycznego
i - MED w Częstochowie przy ulicy Kopernika*

wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia z powodu śmierci

Mamy

*składają Dyrekcja Centrum, koleżanki i koledzy
z Centrum i – MED
oraz Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.*

*„Nie odchodzi się tak naprawdę i zupełnie,
bo mimo wszystko pozostaje się w czyjejś pamięci i czyimś
czekaniu”.*

Pani Justynie Kmiec

*Położnej z oddziału Neonatologii i Położnictwa Miejskiego
Szpitala Zespolonego przy ulicy Mickiewicza*

*wyrazy szczerego współczucia oraz siły w żałobie z powodu
śmierci*

Taty

*składają; Pielęgniarka Naczelna,
koleżanki pielęgniarki i położne z oddziału Neonatologii
oraz Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

*„Śmierć jest spoczynkiem podróżnego...
Jest kresem mokołu wszelkiego...”*

Umberto Eco

Pani Janinie Warzycha

*Pielęgniarcie z NZOZ Centrum Profilaktyki i Lecznictwa
„NOVO - MED” w Kłobucku*

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Męża

*składają; koleżanki pielęgniarki i położne
NZOZ – u „NOVO – MED.” w Kłobucku
oraz Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.*

BÓL W KŁATCE PIERSIOWEJ

JAKO PRZYCZYNA ZGŁASZANIA SIĘ DO SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

W przeprowadzonym badaniu, podjęto próbę charakterystyki grupy pacjentów zgłaszających się do SOR-u z powodu występowania dolegliwości bólowych w obrębie klatki piersiowej. Jednym z kryteriów oceny stanu pacjenta jest określenie natężenia bólu. w SOR, w którym prowadzono badanie, oceny natężenia bólu dokonuje się na podstawie skali NRS. Jest to skala 10 punktowa, gdzie 0 oznacza brak bólu, wartość 10, to ból ekstremalny[3]. Wartość natężenia bólu według tej skali, u pacjentów stanowiących grupę badawczą, najczęściej wynosiła 5 (16,06%) i 8 (16,97%) punktów. Potwierdziło to założoną tezę, że najczęściej pacjenci wskazują na natężenie bólu w granicach 5-8 punktów. Aż n=134 osoby zgłosiły natężenie bólu w tym właśnie przedziale punktowym.

Przyjęto, że mężczyźni częściej zgłaszają się do SOR-u z powodu występowania bólu w klatce piersiowej. Przeprowadzone badanie własne potwierdziło to założenie, ponieważ na 218 osób stanowiących grupę badawczą, większość (n=142) stanowili mężczyźni.

Omawiane badanie przeprowadzono w piętnastu grupach wiekowych: najmłodsza grupa to przedział 18-22 lata, a najstarsza 88-92 lata. Liczebność każdej z grup wiekowych nie jest wielka i waha się w przedziale od 3 do 22 osób. Najbardziej licznie reprezentowane były grupy: 63-67 – 22 osoby, oraz 73-77 – 20 osób. Nieco mniej osób (n=19) było w trzech grupach: 38-42, 53-57 oraz 83-87 lat. Najmniej licznymi grupami były: grupy skrajne 88-92 lata (n=3) badanych oraz 18-22 lata (n=6) badanych. Średnia wieku znajduje się w przedziale 53-57 lat, a mediana w przedziale 58-62 lata. Odchylenie standardowe wyniosło 3,86 roku, wartość minimalna to 18 lat, a maksymalna 92 lata. z przeprowadzonych badań można wywnioskować, że faktycznie wiek jest czynnikiem różnicującym częstotliwość zgłoszeń. Ból w klatce piersiowej jest częstym objawem schorzeń układu krążenia, a te najczęściej występują u osób starszych, co zostało potwierdzone w badaniach własnych. Do podobnych wniosków doszli Hałas K. oraz Kaźmierczak-Dziuk A. w artykule Postępowanie diagnostyczne u chorych z bólem w klatce piersiowej, gdzie w badanej grupie dolegliwości bólowe w obrębie klatki piersiowej, najczęściej zgłaszały osoby powyżej 65 roku życia[1]. w innych badaniach można również zauważyć podobne założenia, ponieważ największy odsetek zgłaszanych bólów w klatce piersiowej mieścił się w przedziale wiekowym od 65-74 lata[2].

Według przeprowadzonych badań, częściej do występowania dolegliwości bólowych w klatce piersiowej dochodziło w ciągu dnia, co może być spowodowane większą aktywnością fizyczną, czy też działaniem czynników stresogennych. w artykule Stabilna choroba wieńcowa – epidemiologia, diagnostyka, wybór postępowania autor twierdzi, że najczęściej ból w klatce piersiowej wywołuje wysiłek fizyczny, stres, ale również zimne powietrze, obfite posiłki, a także wzrost ciśnienia tętniczego[2]. w innych badaniach autorzy tak samo wykazują, że bardzo często ból w klatce piersiowej

poprzedza duży wysiłek fizyczny albo sytuacja stresogenna. Oprócz tego zwraca uwagę na fakt, że gorączka, anemia i nadczynność tarczycy, również mogą prowadzić do podobnych dolegliwości[4].

Analizując dane z Głównego Urzędu Statystycznego można z całą świadomością powiedzieć, że choroby układu sercowo-naczyniowego, które wiążą się z występowaniem bólu w klatce piersiowej, są zaliczane do najczęstszej przyczyny zgonów osób poniżej 75 r.ż.[11] w badaniu własnym stwierdzono tylko jeden przypadek wystąpienia NZK. Zgodnie z Raportem: „Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL 2009-2012”, można wywnioskować, że umieralność osób poniżej 65 roku życia w Polsce, od dwóch dekad jest bardzo wysoka i ciągle rośnie. Do takiej sytuacji dochodzi pomimo poprawy sytuacji epidemiologicznej oraz dużego rozwoju medycyny, w tym telemedycyny. Pomimo to, bardzo mało jest dostępnych badań związanych z bólem w klatce piersiowej oraz jego przyczyn[5].

Rozwój telemedycyny przyczynił się do skrócenia czasu przyjęcia chorego do pracowni hemodynamiki w przypadku wystąpienia zawału mięśnia sercowego STEMI, dzięki zastosowaniu teletransmisji zapisu EKG, która jest wykonywana z miejsca wezwania ZRM lub z ambulansu, podczas transportu chorego do szpitala[6]. z tego powodu, w grupie badawczej nie znalazły się osoby, które choć występował u nich ból w klatce piersiowej, zostały przyjęte do pracowni hemodynamiki z pominięciem SOR.

Podstawowymi czynnikami wpływającymi na występowanie bólu w klatce piersiowej i tym samym stanowiące najczęstszą przyczynę zgonów, są choroby serca. Dolegliwości te nasilają się również w przebiegu sytuacji stresogennych, które są wszechobecne praktycznie w każdej strefie naszego życia. Współcześnie obserwuje się „gonitwę” za lepszym życiem, niezdrowe odżywianie się, wszechobecne używki oraz siedzący tryb życia, które sprzyjają rozwojowi chorób cywilizacyjnych oraz chorób układu sercowo-naczyniowego. Każdy z tych czynników ma bezpośredni wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia i tym samym zwiększa ryzyko wystąpienia bólu w klatce piersiowej[2]. w badanej grupie chorych, większość stanowiły osoby starsze, ale niewiele mniej było osób do 60 roku życia, czyli w wieku produkcyjnym.

W artykule „Pozasercowe bóle w klatce piersiowej” poruszono problematykę diagnostyki dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, które mają pochodzenie poza kardiologiczne. Według autorów, ból ten zazwyczaj nie pojawia się bezpośrednio podczas badania, a pacjent odczuwa dolegliwości przed przybyciem na szpitalny oddział ratunkowy. Autorzy zwrócili uwagę na fakt zgłaszania się pacjentów do SOR ze skierowaniem, w którym wskazuje się na występowanie bólu w klatce piersiowej. Ponieważ ból ten ustępuje najczęściej przed dotarciem na SOR, najprawdopodobniej związany jest z obecnością refluksu żołądkowego, co też po wstępnej diagnostyce

ce, w większości badanych przypadków się potwierdziło[7]. w badaniu własnym brak jest informacji na temat częstotliwości występowania refluksu w grupie badawczej, jednak wysoki odsetek odesłania pacjenta do domu, po wykonaniu wstępnej diagnostyki, może nasuwać wniosek, że wśród nich były również osoby, u których stwierdzono tę patologię. z dostępnych danych niestety nie można było uzyskać takich informacji, jak dokładne określenie jednostki chorobowej, z którą pacjent opuścił Szpitalny Oddział Ratunkowy, ponieważ w większości przypadków, zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób ICD-10, wpisywany w rozpoznaniu był kod R07 – ból w klatce piersiowej, co w dużej mierze utrudniało różnicowanie poszczególnych jednostek chorobowych.

Nurkowski Ł, Zbroch E., Snarska K. w swych badaniach dowiedli, że częściej z powodu bólów w klatce piersiowej zgłaszają się po pomoc medyczną kobiety. w badaniu własnym uzyskano odmienne wyniki. Według autorów, w grupie pacjentów objętych badaniem, na szpitalny oddział ratunkowy w przyjętym okresie badawczym zgłosiło się 64% kobiet. w badaniu własnym, przewagę stanowili mężczyźni (65,14%). Podział grupy badawczej ze względu na wiek nieznacznie różnił się w obu badaniach. Według autorów, najliczniejszą grupą przyjętą na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Białymstoku, były osoby z przedziału wiekowego 81-90 lat (45%). Na drugim pod względem liczebności miejscu był przedział wiekowy 71-80 lat (29%)[8]. Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Częstochowie, w przyjętym okresie badawczym, najliczniejszą grupą byli chorzy od 63-67 roku życia, co stanowiło 10% wszystkich pacjentów. Kolejnymi grupami były osoby w wieku 73-77 lat (9%), 38-42 lat (8%) oraz 83-87 lat (8%). Najmniej liczną grupą byli pacjenci w przedziale wiekowym 88-92 lata, co nie pokrywa się z badaniem wymienionych autorów[8].

W badanej grupie chorych, najczęściej pacjenci po badaniach wstępnych i wdrożonym leczeniu na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, byli wypisywani do domu, z zaleceniami zgłoszenia się do podstawowej opieki zdrowotnej, w celu przeprowadzenia dalszej diagnostyki, o ile dolegliwości bólowe się powtórzą (77,52%). w badaniu Nurowski Ł., Zbroch E., Snarska K. odsetek tych pacjentów był zdecydowanie niższy i wyniósł 45,66%.

Tak jak zostało wcześniej wspomniane, w dostępnej literaturze naukowej, brak jest publikacji związanych z problematyką poruszaną w badaniu własnym. Ból w klatce piersiowej jest jednym z najczęstszych objawów zgłaszanych przez pacjentów, którzy zgłaszają się do szpitalnego oddziału ratunkowego. Kampanie społeczne odnoszące się do profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego oraz do ich powikłań sugerują, by nie bagatelizować występowania bólu w klatce piersiowej, ponieważ może to być objaw schorzeń zagrażających życiu takich, jak: zawał mięśnia sercowego, zatorowość płucna, tętniak rozwarstwiający aorty[1]. Nie dziwi zatem fakt wysokiego odsetka zgłaszających się do SOR-u osób, u których występuje ból w klatce piersiowej.

Poruszana w badaniu własnym problematyka oraz wyniki badań wskazują, że należy zwiększyć nakłady informacyjne wśród społeczeństwa, odnoszące się do zakresu działania szpitalnych oddziałów ratunkowych. Wysoki odsetek pacjen-

tów, którzy zostali odesłani po wstępnej diagnostyce do domu wskazuje, że mogli oni zostać zaopatrzeni w pierwszej kolejności w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wydaje się, że na taki wynik mogła mieć sytuacja pandemiczna w kraju, która spowodowała znaczne utrudnienia w korzystaniu z tej podstawowej formy kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Nieuświadomieni pacjenci, często korzystają z pomocy medycznej w ramach SOR, gdzie procedury wstępnej diagnostyki i konsultacji lekarskiej trwają kilka godzin, blokując tym samym lub znacznie ograniczając możliwość udzielenia pomocy osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia.

Opisywana wyżej sytuacja może mieć również wpływ na wstępną segregację pacjentów w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, gdzie większość pacjentów (n=178) zostało zakwalifikowanych jako kolor zielony, czyli pomoc odroczone do 4 godzin oczekiwania. Pomimo faktu, iż ból w klatce piersiowej powinien być traktowany jako bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia, dzieje się tak, ponieważ pacjenci nie potrafiący znaleźć pomocy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej zgłaszają się do szpitala z bólami, które trwają od kilku dni, miesięcy, a czasami nawet i lat. Każdy z nich ma nadzieję na jakąkolwiek pomoc, jednakże często są przypadki o wyższym stopniu referencyjności, dlatego też zostaje im nadany na triag'u kolor odraczający ich przyjęcie.

Punktem wartym rozpatrzenia jest fakt, że zespoły ratownictwa medycznego bardzo rzadko stosowały leczenie przeciwbólowe (n=13). Dotyczyło to zarówno zespołów podstawowych jak i specjalistycznych. w 2016 roku, w życie weszła Ustawa z dnia 25.09.2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.04.2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, która zwiększyła możliwości leczenia bólu z 3 do 7 leków[8]. Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia wprowadziło dokumenty takie, jak: Dobre praktyki leczenia bólu u dorosłych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego i lotniczych zespołach ratownictwa medycznego oraz Dobre praktyki leczenia bólu u dorosłych w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego, w których dokładnie rozpisane jest, jak w zależności od skali natężenia bólu NRS powinien zareagować zespół medyczny, będący na miejscu zdarzenia. Podobnie rozpisane jest leczenie bólu u dzieci. Na rycinie 3 oraz 4 można zapoznać się, w zależności od lokalizacji bólu, jakich leków powinien użyć zespół. w zespołach specjalistycznych oraz lotniczym pogotowiu ratunkowym, jeśli pacjent zgłasza ból w obrębie klatki piersiowej w stopniu od 1-4, powinien otrzymać 2,5g Metamizolu. Gdy ból jest między 5-7, wówczas powinno podać się Morfinę w dawce 0,1-0,2mg/kg i/lub 2,5g Metamizolu. Te same postępowanie należy wdrożyć w momencie, gdy pacjent zgłasza ból o natężeniu większym, niż 8 w skali NRS. Jeśli chodzi o zespoły podstawowe ratownictwa medycznego, procedury postępowania są identyczne. Również medycy powinni zastosować Metamizol w dawce 2,5g oraz Morfinę dawkowaną od 0,1-0,2mg/kg[9].

Pomimo dokładnych wytycznych dotyczących leczenia bólu, niestety zespoły ratownictwa medycznego nie podejmują działań mających na celu jego uśmierzanie.

Rycina 1. Dobre praktyki leczenia bólu u dorosłych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego i lotniczych zespołach ratownictwa medycznego

NATEŻENIE BÓLU (NRS)	BÓL O ETIOLOGII NIEURAZOWEJ			BÓL O ETIOLOGII URAZOWEJ
	ból głowy	ból w obrębie klatki piersiowej	ból w obrębie jamy brzusznej	urazy, oparzenia
ból łagodny 1 – 4 pkt	ibuprofen 800 mg p.o. i/lub paracetamol 1000 mg p.o.	metamizol 2,5 g i.v./i.m.	metamizol 2,5 g i.v./i.m. + drotaweryna 80 mg i.v./i.m. ⁽³⁾	fentanyl 1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(5), (6)} lub morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2), (4)}
	paracetamol 1000 mg p.o. ⁽¹⁾			lub ketamina 0,25-0,5 mg/kg m.c. i.v./i.o.
ból umiarkowany 5 – 7 pkt	ibuprofen 800 mg p.o. i/lub metamizol 2,5 g i.v. lub ketoprofen 100 mg i.v. ⁽⁸⁾ / deksketoprofen 50 mg i.v.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽²⁾ i/lub metamizol 2,5 g i.v.	metamizol 2,5 g i.v. + drotaweryna 80 mg i.v. ⁽³⁾	lub ketamina 0,25-0,5 mg/kg m.c. i.v./i.o. + propofol 0,5 mg/kg m.c. i.v. lub
	fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽¹⁾			metoksyluran – wziewnie + postępowanie niefarmakologiczne ⁽⁷⁾
ból silny/ ekstremalny 8 – 10 pkt	fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽²⁾ i/lub metamizol 2,5 g i.v.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2), (4)} lub fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o.	

(1) W przypadku podejrzenia cech krwawienia do OUN lub występowania przeciwwskazań do NLPZ i/lub metamizolu.

(2) W przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawkę można powtarzać co 5 minut do uzyskania istotnej redukcji bólu, wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości.

(3) Drotaweryna tylko w przypadku występowania stanów spastycznych mięśniówki gładkiej przewodu pokarmowego, dróg moczowych.

(4) Przy braku przeciwwskazań.

(5) W przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawkę można powtarzać co 15 minut do uzyskania istotnej redukcji bólu, wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości.

(6) Zaleca się zachowanie ostrożności w urazach obejmujących klatkę piersiową.

(7) Postępowanie niefarmakologiczne: sterylne opatrunki hydrożelowe, elewacja kończyny, stabilizacja kończyny w osi itd.

(8) Ketoprofen - uzupełnić do 100 ml 0,9% roztworem chlorku sodu i podawać w ciągu ½ do 1 godzin.

Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-leczenia-bolu> z dnia 31.05.2021

Rycina 2. Dobre praktyki leczenia bólu u dorosłych w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego

NATEŻENIE BÓLU (NRS)	BÓL O ETIOLOGII NIEURAZOWEJ			BÓL O ETIOLOGII URAZOWEJ
	ból głowy	ból w obrębie klatki piersiowej	ból w obrębie jamy brzusznej	urazy, oparzenia
ból łagodny 1 – 4 pkt	ibuprofen 800 mg p.o. i/lub paracetamol 1000 mg p.o.	metamizol 2,5 g i.v./i.m.	metamizol 2,5 g i.v./i.m. + drotaweryna 80mg i.v./i.m. ⁽³⁾	fentanyl 1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(5),(6)} lub morfina 0,1-0,2mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2),(4)} + postępowanie niefarmakologiczne ⁽⁷⁾
	paracetamol 1000 mg p.o. ⁽¹⁾			
ból umiarkowany 5 – 7 pkt	ibuprofen 800 mg p.o. i/lub metamizol 2,5 g i.v. lub ketoprofen 100 mg i.v. ⁽⁸⁾	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽²⁾ i/lub metamizol 2,5 g i.v.	metamizol 2,5 g i.v. + drotaweryna 80mg i.v. ⁽³⁾	
	fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽¹⁾			
ból silny/ ekstremalny 8 – 10 pkt	fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ⁽²⁾ i/lub metamizol 2,5 g i.v.	morfina 0,1-0,2 mg/kg m.c. i.v./i.o. ^{(2),(4)} lub fentanyl 0,5-1,0 µg/kg m.c. i.v./i.o.	

(1) W przypadku podejrzenia cech krwawienia do OUN lub występowania przeciwwskazań do NLPZ i/lub metamizolu.

(2) W przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawkę można powtarzać co 5 minut do uzyskania istotnej redukcji bólu, wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości.

(3) Drotaweryna tylko w przypadku występowania stanów spastycznych mięśniówki gładkiej przewodu pokarmowego, dróg moczowych.

(4) Przy braku przeciwwskazań.

(5) W przypadku nieskutecznej kontroli bólu dawkę można powtarzać co 15 minut do uzyskania istotnej redukcji bólu, wystąpienia sedacji lub jakościowych zaburzeń świadomości.

(6) Zaleca się zachowanie ostrożności w urazach obejmujących klatkę piersiową.

(7) Postępowanie niefarmakologiczne: sterylne opatrunki hydrożelowe, elewacja kończyny, stabilizacja kończyny w osi itd.

(8) Ketoprofen - uzupełnić do 100 ml 0,9% roztworem chlorku sodu i podawać w ciągu ½ do 1 godzin.

Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-leczenia-bolu> z dnia 31.05.2021

Niestety, do podobnej sytuacji dochodzi na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, gdzie również nie zawsze stosowane jest leczenie przeciwbólowe. w badanej grupie tylko n=60 osób otrzymało leki uśmierzające ból. w analizowanej dokumentacji nie ma informacji co do faktu, czy pacjent odmówił podania leków przeciwbólowych, co również może być przyczyną tak niewielkiego odsetka przypadków, w których ból był leczony.

Rafał Głąb - Mgr Pielęgniarstwa

Informacje

WAŻNE! JAK ZAREJESTROWAĆ PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ ONLINE?

W przypadku wykonywania zawodu w formie indywidualnej praktyki w ramach prowadzonej działalności gospodarczej pielęgniarka, położna zobowiązana jest uzyskać wpis do rejestru praktyk zawodowych, prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki zawodowej, okręgową izbę pielęgniarek i położnych.

UWAGA ! Jeśli praktyka odbywa się na terenie kilku okręgowych izb, należy uzyskać wpis w każdej z nich.

Wniosek o wpis do rejestru, przesyła się wyłącznie drogą elektroniczną, za pośrednictwem rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą <https://rpwdl.csioz.gov.pl>, z wykorzystaniem podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego.

ABY ZŁOŻYĆ WNIOSEK NALEŻY:

1. Uzyskać tzw. Profil zaufany, konieczny do podpisania wniosku (epuap.gov.pl).
2. Zalogować się na swoje konto w systemie rpwdl (lub założyć konto jeśli go nie posiadamy).
3. Wypełnić wniosek o wpisanie lub wpisanie zmian w swojej księdze rejestrowej.
4. W przypadku braku możliwości złożenia wniosku o wpis zmian – uzyskać uprawnienia do swojej księgi rejestrowej.
5. Podpisać wniosek profilem zaufanym.
6. Wysłać wniosek.
7. Dokonać opłaty na konto ogólne OIPiP z dopiskiem „opłata za wpis lub zmianę wpisu” (informacja o opłatach poniżej).

Opłaty za wpis i zmianę wpisu w rejestrze praktyk zawodowych w 2021 r.:

Zgodnie z art. 105 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, opłata za wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynosi 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za

ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego, natomiast wniosek o zmianę wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości ww. opłaty w 2021 opłaty:

- za wniosek o wpis do rejestru praktyk zawodowych - 109 zł (sto dziewięć zł),
- za wniosek o zmianę wpisu - 54,50 zł (pięćdziesiąt cztery zł. 50/100).

Wpłat prosimy dokonywać na konto ogólne OIPiP:

MILLENIUM BANK

82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

(z dopiskiem opłata za wpis lub zmianę wpisu rpwdl)

W przypadku pytań prosimy o kontakt telefoniczny:
503-008-946, 34-324-51-12,

kontakt e-mailowy – sekretariat@oipip.czest.pl

AKTUALIZACJA DANYCH!

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj. zmiany nazwiska, zmiany adresu zamieszkania, zmiany miejsca pracy, ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); informacji o przejściu na rentę, świadczenie emerytalne, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 1 ust. 2 pkt. 5.

Aktualizacji dokonuje się poprzez wypełnienie i czytelne podpisanie „Arkusza zgłoszeniowego / aktualizacyjnego danych osobowych w Rejestrze Pielęgniarek i Rejestrze Położnych prowadzonym przez ORPiP”, a następnie przekazanie wypełnionego i podpisanego arkusza (osobiście lub listownie) do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa (Dział Prawa Wykonywania Zawodu – pokój nr 405 lub sekretariat – pokój nr 410).

Plan szkoleń na II półrocze 2021 r. organizowanych przez OIPIP w Częstochowie

Nazwa szkolenia	Planowana data rozpoczęcia	Liczba uczest.	Wymagane dodatkowe kursy specjalistyczne do zakończenia specjalizacji
SPECJALISTYCZNE			
Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa	Październik 2021 lub po zebraniu grupy	15	
Wywiad i badanie fizykalne	Październik 2021 lub po zebraniu grupy	15	
KWALIFIKACYJNE			
Rodzinne dla pielęgniarek	Listopad 2021 lub po zebraniu grupy	20	
Anestezjologiczne i intensywnej opieki	Listopad 2021 lub po zebraniu grupy	20	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
SPECJALIZACJE			
„Pielęgniarstwo internistyczne” dla pielęgniarek	Listopad 2021 lub po zebraniu grupy	25	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
„Pielęgniarstwo chirurgiczne” dla pielęgniarek	Listopad 2021 lub po zebraniu grupy	25	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
DOKSZTAŁCAJĄCE			
Długoterminowe porty naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych	05.10.2021	20	
KTG płodu	Po zebraniu grupy	20	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	Po zebraniu grupy	20	

Osoby zainteresowane udziałem w kursach powinny spełniać poniższe kryteria:

Do kursów kwalifikacyjnych:

- posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
- posiadać udokumentowane 6 miesięcy pracy w zawodzie.
- złożyć wniosek na kurs w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych - SMK.
- posiadać ukończone wymagane kursy specjalistyczne.

Do kursów specjalistycznych:

- zgłoszenie w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – SMK

Kontakt z Ośrodkiem Szkoleniowym: Tel. 519 -862-186 lub 34 324-12-51 wew. 407

Informujemy, iż uruchomienie szkolenia zgodnie z terminem zamieszczonym w systemie SMK jest uzależnione od ilości osób zapisanych na dany kurs.

Liczba osób zainteresowanych jest weryfikowana poprzez ilość wniosków na dane szkolenie złożonych w systemie SMK oraz osobiste potwierdzenie udziału w kursie.



BiRaKo
Producent Druków Medycznych

PROFESJONALNE NISZCZENIE DOKUMENTÓW

✓ medycznych ✓ handlowych ✓ księgowych itp.

www.niszcزدok.pl

Zapraszamy do kontaktu: **725 272 209**

ul. Kościuszki 13 lok. 28, 42-200 Częstochowa, tel. 34 365 16 86, fax: 34 374 03 94, e-mail: birako@o2.pl