

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



**Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy
im. dr Władysława Biegańskiego**
za wybitną i znaczącą działalnością
w ochronie zdrowia i pracę na rzecz pacjenta
19 październik 2012 rok.

Listopad 2012r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

**Szkolenie dla pielęgniarek i położnych
„Nowoczesne metody diagnostyki i leczenia niepłodności”
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
dnia 8 listopada 2012 roku**



W NUMERZE:

Nagrody Prezydenta	1
Nagrody Prezydenta	2
Uchwały	2
Kalendarium	2
Naczelna Izba	3
Rozporządzenie Ministra Zdrowia	7
Prawo	8
Konferencje	10
Rekomendacje	12
Prace	15
Informacje	23

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

Adres Redakcji:

UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czyst.pl

sekretariat@oipip.czyst.pl
www.oipip.czyst.pl

MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.

Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im. dr Władysława Biegańskiego

za wybitną i znaczącą
działalnością w ochronie zdrowia
i pracę na rzecz pacjenta.

W tym roku do nagrody zgłoszonych zostało 23 kandydatów, wśród których znalazło się dziesięciu lekarzy medycyny, dwóch magistrów farmacji, siedem pielęgniarek, położna, technik medyczny, fizjoterapeuta oraz przedstawiciel organizacji pozarządowej. **11 osób** otrzymało nagrody.

Nagrodę I Stopnia otrzymała **Halina Synakiewicz** - magister pedagogiki, pielęgniarka. Z częstochowską służbą zdrowia związana od 1985 roku, kolejno na stanowiskach pielęgniarki odcinkowej, oddziałowej oraz przełożonej pielęgniarek. Od 2007 roku pełni funkcję Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Wiceprzewodniczącej Komisji Kształcenia przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych oraz Wiceprzewodniczącej Koła Terenowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Nagrody II Stopnia odebrała **Grażyna Adamkiewicz i Zbigniew Strzelczak**.

1. Grażyna Adamkiewicz - doktor nauk medycznych, specjalista z zakresu ginekologii i położnictwa. Od 1982r. pracuje w częstochowskich placówkach służby zdrowia: Miejski Szpital im. Dr Wł. Biegańskiego, Przychodnia Lekarska przy ul. Powstańców Śl. Przez 5 lat pełniła funkcję Dyrektora Przychodni Lekarskiej Combi-Med przy ul. Dekabrystów, której aktualnie jest Prezesem.

2. Zbigniew Strzelczak - doktor nauk medycznych, Nagroda II Stopnia. Specjalista z zakresu ginekologii i położnictwa. Od 1992 r. zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. W latach 2007-2011 pełnił kolejno funkcję Dyrektora Szpitala a następnie Z-cy Ordynatora ww. Oddziału.

Nagrody III Stopnia otrzymali **Piotr Konieczny, Beata Miękina i Janusz Bitner**.

1. Piotr Konieczny - doktor nauk medycznych, specjalista w zakresie neurologii. Od 1989 roku zatrudniony w Miejskim Szpitalu Zespolonym przy ul. Mirowskiej. Od 11 lat pełni funkcję Ordynatora Oddziału Neurologicznego i Udarowego w ww. Szpitalu.

2. Beata Miękina - technik medyczny, Nagroda III Stopnia. Od 1987 roku zatrudniona w Przychodni Lekarskiej „Południe”



przy ul. Mireckiego, w której przez 14 lat pracowała jako starszy technik analityki w Laboratorium Analiz Lekarskich a od 2002 roku jest członkiem Zespołu Promocji Zdrowia.

3. Janusz Bitner - magister farmacji, Nagroda III Stopnia. Od 1975 roku związany z częstochowską służbą zdrowia. Czynny działacz na rzecz samorządu aptekarskiego. Były Prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Obecnie pełni funkcję Wiceprezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej w Częstochowie.

Wyróżnieniami uhonorowano **Annę Mroczek-Bielobradek, Barbarę Wójcik, Małgorzatę Rosę, Barbarę Płazę i Zofię Mermer**.

1. Anna Mroczek-Bielobradek - lekarz medycyny, specjalista z zakresu pediatrii. Do 2010 roku związana z częstochowską służbą zdrowia, kolejno jako Zastępca Ordynatora Oddziału Pediatrii Szpitala im. dr T. Chałubińskiego, lekarz Poradni Dziecięcej Przychodni Lekarskiej przy ul. Kopernika, Przychodni Ars Medica oraz lekarz w Domowym Hospicjum Dziecięcym. Były Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Częstochowie.

2. Barbara Wójcik - magister farmacji, wyróżnienie. Wieloletni pracownik częstochowskich aptek oraz PZF Cefarm. Aktywny działacz na rzecz Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Były członek 3 kadencji, Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Częstochowie.

3. Małgorzata Rosa - położna dyplomowana, wyróżnienie. W częstochowskich placówkach służby zdrowia pracuje od 1987r. Aktualnie jako położna środowiskowo-rodzinna w Przychodni Lekarskiej przy ul. Księżycowej.

4. Barbara Płaza - magister pielęgniarstwa, wyróżnienie. W 1990 r. podjęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym jako pielęgniarka odcinkowa następnie pielęgniarka koordynująca Oddziału Urologii. Od 2007 roku pełni funkcję Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

5. Zofia Mermer - pielęgniarka dyplomowana, wyróżnienie. Od 1978 r. pracuje w Szpitalu im. Wł. Biegańskiego (obecnie Miejskim Szpitalu Zespolonym), kolejno na stanowisku pielęgniarki Oddziału Chirurgii Ogólnej, pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć. Od 2009 r. pełni funkcję pielęgniarki koordynującej Szpitala.

Typując kandydatów brano pod uwagę całokształt pracy zawodowej, znaczący wkład w rozwój częstochowskiej służby zdrowia, wyróżniający się profesjonalizm, zaangażowanie i poświęcenie się w pracy na rzecz pacjenta, nienaganną postawę etyczno-moralną, dużą aktywność społeczną, rzetelność w wykonywaniu obowiązków, życzliwość oraz nienaganny stosunek do pacjentów i współpracowników. ■





Władysław Biegański (ur. 28 kwietnia 1857 w Grabowie nad Prosną, zm. 29 stycznia 1917 w Częstochowie) – polski lekarz internista, doktor medycyny, logik, filozof, działacz społeczny. Zajmował się niemal wszystkimi dziedzinami medycyny, szczególnie chorobami zakaźnymi, diagnostyką chorób i logiką w medycynie.

W latach 1870–1875 uczył się w gimnazjum w Piotrkowie Trybunalskim (obecne I Liceum Ogólnokształcące im. Bolesława Chrobrego), w tym czasie mie-

szkał w pobliskim Janowie. Zaraz po ukończeniu gimnazjum podjął studia medyczne na Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim, które ukończył w 1880 roku. Na piątym roku studiów napisał pracę na konkurs zorganizowany przez Wydział Filozofii pt. Porównanie nauki o ideach Locka i Leibniza, którą wyróżniono.

Po praktykach – głównie położniczych – w Berlinie i Pradze, w 1883, osiadł na stałe w Częstochowie, gdzie otworzył praktykę prywatną. Został lekarzem szpitalnym i miejskim, w latach 1884–1910 był oddziałowym lekarzem na kolei warszawsko-wiedeńskiej, a w latach 1887–1905 pełnił funkcję lekarza fabrycznego (w fabrykach "Motte" i "Częstochowianka"). Sprawował urząd dyrektora szpitala miejskiego (do 1907 roku), który zreorganizował i przekształcił w liczący się ośrodek leczniczo-naukowy regionu. W latach 1901–1917 pełnił funkcję prezesa w Towarzystwie Lekarskim Częstochowskim (którego był współzałożycielem). Był ponadto twórcą i prezesem Towarzystwa Dobroczynności dla Chrześcijan (1899–1901) oraz inicjatorem (1906) i pierwszym prezesem Oddziału Częstochowskiego Polskiego Towarzystwa Krajoznawczego, a także popularyzatorem zagadnień higieny (w 1901 założył Towarzystwo Higieniczne). Swoim działaniem zapoczątkował utworzenie Biblioteki Miejskiej (noszącej obecnie jego imię). W Częstochowie prowadził pracę naukową, z dala od polskich ośrodków akademickich, co spowodowało, że nazywano go "profesorem bez katedry".

Zajmował się także filozofią medycyny i należał do polskiej szkoły filozofii medycyny.

Napisał kilka podręczników: m.in. Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych (1891), Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych (1900–1901), Zagadnienia ogólne z teorii nauk lekarskich (1897), Logika medycyny (1894, uzupełniona w 1908 i wydana jako Logika medycyny, czyli zasady ogólnej



metodologii nauk lekarskich, w 1909 wydana w Niemczech). Publikował w "Przeglądzie Lekarskim", "Nowinach" i "Medycynie". Jako filozof poświęcił się teorii poznania i genezie moralności. Swoje poglądy określał mianem przewidyźmu. Jego największe dzieła filozoficzne to: Zasady logiki ogólnej (1903), Teoria logiki (1912), Traktat o poznaniu i prawdzie (1910), Teoria poznania ze stanowiska zasady celowości (1914–1915), Przewidyźm i pragmatyzm, Podręcznik logiki dla szkół średnich i samouków (1906), Etyka ogólna (pośmiertnie, 1918). Zmarł na dławicę piersiową pochowany na częstochowskim cmentarzu Kule. ■



Uchwały

Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 24 października 2012 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 700.00 zł dla jednej położnej za studia magisterskie na kierunku położnictwo,
 - 1,400.00 zł dla dwóch pielęgniarek za studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo.
- Nie przyznano refundacji kosztów kształcenia dla dwóch pielęgniarek z powodu niezgodności z regulaminem.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki i jedną położną.
- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla jednej pielęgniarki w kwocie 2,000.00 zł.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu siedmiu pielęgniarkom i jednej położnej wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.
- Skierowano na warsztaty dotyczące Depresji Poporodowej u Młodych Matek dwadzieścia siedem położnych. ■



Kalendarium - LISTOPAD 2012 roku

7.11.2012r. Na zaproszenie Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego Położne OIPIP w Częstochowie uczestniczyły w warsztatach dotyczących Depresji Poporodowej u Młodych Matek, które odbyło się w Katowicach.

8.11.2012r. OIPIP w Częstochowie wspólnie z Kliniką Salve Medica z Łodzi zorganizowała dla pielęgniarek i położnych bezpłatne szkolenie o tematyce: „Nowoczesne metody diagnostyki i leczenia niepłodności”.

12.11.2012r. W NZOZ Lubliniec odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie.



12.11.2012r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w uroczystości XXI-lecia Oddziału Noworodków i Wcześnieaków oraz Oddziału Położnictwa i Ginekologii po hasłem „ZDROWA MATKA - ZDROWE DZIECKO”.

13.11.2012r. OIPIP w Częstochowie wspólnie z Medical Prestige Club, Komendą Miejską Policji zorganizowała dla pielęgniarek i położnych bezpłatne szkolenie o tematyce „Przeciwdziałanie agresji w służbie zdrowia”.

19.11.2012r. Przewodnicząca ORPiP oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępca na zaproszenie przewodniczącej ORPiP w Opolu uczestniczyły w konferencji szkoleniowej dotyczącej problematyki prawnej i organizacyjnej związanej z odpowiedzialnością za udzielanie świadczeń zdrowotnych.

20.11.2012r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji rozpatrzyli 7 wniosków.

21.11.2012r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

26.11.2012r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu w NIPIP. Celem spotkania było omówienie i podsumowanie problemów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne, jak również wspólne ustalenie kierunków rozwiązania ww problemów.

26-27.11.2012r. OIPIP w Częstochowie wspólnie z Stowarzyszeniem na Rzecz Opieki Długoterminowej i Pomocy Społecznej „Dom Pod Słońcem”, Fundacji TZMO Razem Zmieniamy Świat oraz Europejskiego Centrum Opieki Długoterminowej Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych SA przeprowadziła kurs doszkalcający z zakresu „Leczenie ran przewlekłych”.

29.11.2012r. W siedzibie OIPIP odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Leczenie ran” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie. ■

Naczelna Izba



MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 2012.08.31

Pani
Teresa Hernik
Dyrektor Biura Pełnomocnika Rządu
do Spraw Osób Niepełnosprawnych

W związku z pismem z dnia 31 lipca 2012 r. (znak: BON-I-52311-201-2-PM/12) w sprawie udzielenia wyjaśnień, czy zakład pracy chronionej może zatrudniać pielęgniarkę na podstawie umowy o pracę, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z art. 1c) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174. poz. 1039 z późn. zm.), pielęgniarka i położna może wykonywać zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę,
- 2) w ramach stosunku służbowego,

3) na podstawie umowy cywilnoprawnej.

4) w ramach wolontariatu,

5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2012 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112. poz. 654 z późn. zm.).

W świetle art 5 ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, pielęgniarka może także wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 tej ustawy. Działalności lecznicza pielęgniarki może być wykonywana w następujących formach:

- a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,
- b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

Należy podkreślić, że pracodawca, w sytuacji ubiegania się o uzyskanie statusu pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej, zgodnie z art. 28 ust 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1907 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127. poz. 721) ma obowiązek zapewnić m.in. doraźną i specjalistyczną opiekę medyczną oraz. poradnictwo i usługi rehabilitacyjne. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 maja 2011 r. w sprawie doraźnej opieki medycznej w zakładkach opieki zdrowotnej, pracodawcy zakładów pracy chronionej mają swobodę w zakresie sposobu realizacji obowiązku zapewnienia opieki medycznej i usług rehabilitacyjnych. Ustawodawca w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych położył nacisk na faktyczne zapewnienie tej opieki dając pracodawcy możliwość ustalenia takiej formy realizacji obowiązku zapewnienia doraźnej opieki medycznej, która byłaby adekwatna do specyficznych potrzeb zakładu pracy. W ww. ustawie nie sprecyzowano, kto może zapewnić doraźną opiekę medyczną.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia, zapewnienie doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej obejmuje m. in. pomoc w nagłych urazach i wypadkach, a przede wszystkim na miejscu zdarzenia do czasu przybycia lekarza. Pomoc taka. zwłaszcza w zakładzie pracy chronionej powinna być świadczona wyłącznie przez wykwalifikowany personel medyczny, tj. lekarza lub pielęgniarkę. Jak wskazano powyżej, stosunek prawny leżący u podstaw zapewnienia przez zakład pracy chronionej doraźnej pomocy medycznej nie jest aż tak istotny, ponieważ kluczową kwestią jest realna możliwość udzielenia szybkiej i skutecznej pomocy poszkodowanemu pracownikowi.

W związku z powyższym, pielęgniarka może być zatrudniona w zakładzie opieki chronionej zarówno w ramach umowy o pracę, jak i na podstawie umowy cywilnoprawnej. ■

z poważaniem
Z-ca Dyrektora Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

**STANOWISKO MINISTERSTWA
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ**

Z 9 MAJA 2011 R.

W SPRAWIE DORAŻNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ
W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zgodnie z art. 28 ust. 1 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 14. poz. 92 ze zm.), pracodawca prowadzący działalność gospodarczą przez okres co najmniej 12 miesięcy, zatrudniający nie mniej niż 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o których mowa w pkt 1. przez okres co najmniej 6 miesięcy, uzyskuje status pracodawcy prowadzącego zakład pracy chronionej, jeżeli jest zapewniona doraźna i specjalistyczna opieka medyczna, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne.

Należy podkreślić, że zakłady pracy chronionej (ZPCH) mają swobodę w zakresie sposobu realizacji obowiązku dotyczącego zapewnienia opieki medycznej i usług rehabilitacyjnych, toteż istnieją pomiędzy nimi różnice w tym zakresie. Niektóre ZPCH zawierają umowy z zakładami opieki zdrowotnej na świadczenie usług w zakresie doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej. Inne posiadają własne przychodnie (działające jako niepubliczne zoż), które świadczą usługi dla pracowników, jak i klientów zewnętrznych.

Ustawodawca położył nacisk na faktyczne zapewnienie tej opieki i dając pracodawcy możliwość ustalenia takiej formy realizacji obowiązku zapewnienia doraźnej opieki medycznej, która byłaby adekwatna do specyficznych potrzeb zakładu pracy.

W ustawie o rehabilitacji (...) nie sprecyzowano, kto może zapewnić doraźną opiekę medyczną. Obecnie, przedstawiając prowadzącym ZPCH wyjaśnienia dotyczące zapewnienia doraźnej opieki medycznej. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej powołuje się na stanowisko Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z którym przez zapewnienie doraźnej opieki medycznej należy rozumieć. (...) udzielenie doraźnej opieki medycznej, które obejmuje m.in. pomoc w nagłych urazach i wypadkach przede wszystkim na miejscu zdarzenia do czasu przybycia lekarza".

W ocenie Ministerstwa Zdrowia pomoc taka, zwłaszcza w zakładzie pracy chronionej powinna być świadczona wyłącznie przez wykwalifikowany personel medyczny, tj. lekarza lub pielęgniarkę. Dlatego, rozpatrując sprawę z punktu widzenia kompetencji do udzielania doraźnej opieki medycznej, lekarz medycyny pracy może sprawować doraźną opiekę nad pracownikami zakładu pracy chronionej, posiada bowiem dyplom lekarza. Jak wskazano wyżej stosunek prawny leżący u podstaw zapewnienia przez ZPCH doraźnej pomocy medycznej nie jest aż tak istotny - kluczową kwestią jest realna możliwość udzielenia szybkiej i skutecznej pomocy poszkodowanemu pracownikowi.

W świetle art. 12 ust. 1 w zw. z art. 2 ust. 1 i 2 pkt 1 ustawy z 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2004 r. Nr 125. poz. 1317 ze zm.) nie jest dopuszczalne zawarcie umowy o pracę pomiędzy zakładem pracy chronionej a lekarzem medycyny pracy. Stosownie do art. 2 ust. 1 i 2 ustawy o służbie medycyny pracy zadania służby medycyny pracy wykonują m.in. lekarze, w ramach jednostek organizacyjnych służby medycyny tj.:

- zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i utrzymywanych w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi,

- jednostek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej wydzielonych w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.
- lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, lub wykonujący zawód w formie grupowej praktyki lekarskiej.

Należy podkreślić, iż z ww. jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy pracodawca prowadzący ZPCH nie może zawrzeć umowy o pracę, gdyż te jednostki nie mogą być pracownikami (mogą być nimi wyłącznie osoby fizyczne). Stałoby to w sprzeczności z art. 22 § w zw. z art. 2 ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jedn. Dz.U. z 1998 r. nr 21. poz. 94 ze zm.). Nawet lekarz medycyny pracy wykonujący indywidualną praktykę lekarską, nie może być pracownikiem, bowiem, stosownie do art. 49a pkt 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.) prowadzenie indywidualnej praktyki lekarskiej, jest regulowaną działalnością gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. nr 155. poz. 1095 ze zm.).

Ponadto wynikająca z istoty stosunku pracy (art. 22 ust. 1 Kodeksu pracy) podległość pracownika kolidowałaby z określoną w art. 3 ustawy o służbie medycyny pracy niezależnością osób realizujących zadania służby medycyny pracy przy wykonywaniu czynności zawodowych m.in. od pracodawców. ■

Rzeczpospolita. Prawo i Praktyka z 13.05.2011 r.

**Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych**

Warszawa, 19 października 2012 r.

Pani
Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor

W związku ze stanowiskiem Biura Pełnomocnika Rządu ds. osób niepełnosprawnych w sprawie możliwości zatrudniania na umowę o pracę pielęgniarki w zakładzie pracy chronionej w ramach zapewnienia doraźnej opieki medycznej (stanowisko przekazuję w załączeniu), powołującym się na pismo w powyższej sprawie z Departamentu Pielęgniarek i Położnych z dnia 31 sierpnia 2012 r. (znak: MZ-PP-079-8165-1/RJ/12) zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie NRPI w/w. pisma Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Zapoznanie się z opinią Departamentu Pielęgniarek i Położnych umożliwi wypracowanie jednolitego stanowiska w sprawie możliwości zatrudniania pielęgniarki na umowę o pracę w zakładzie pracy chronionej. Prośba powyższa wynika także ze zgłaszanych przez pielęgniarki wątpliwości prawnych w powyższej sprawie. ■

z poważaniem
Grażyna Rogala - Pawelczyk
Prezes NRPI P

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa. 05.11.2012

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes NRPIP

Szanowna Pani Prezes

W związku z pismem z dnia 19 października 2012 r. (znak: NIPIP-NRPIP-DM.0025.275.2012) w sprawie udostępnienia Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych pisma Departamentu Pielęgniarek i Położnych z dnia 31 sierpnia 2012 r. skierowanego do Dyrektora Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych dotyczącego udzielenia wyjaśnień, czy zakład pracy chronionej może zatrudniać pielęgniarkę na podstawie umowy o pracę, w załączeniu przesyłam kopię odpowiedzi udzielonej w przedmiotowej sprawie, jak również stanowisko Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 maja 2011 r. w sprawie doraźnej opieki medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. ■

z poważaniem
Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska**Stanowisko w sprawie zatrudnienia
pielęgniarki w zakładzie pracy
chronionej**

24-09-2012

**STANOWISKO BIURA PEŁNOMOCNIKA RZĄDU DO
SPRAW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W SPRAWIE
MOŻLIWOŚCI ZATRUDNIANIA NA UMOWĘ O PRACĘ
PIELĘGNIARKI W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ
W RAMACH ZAPEWNIENIA DORAŻNEJ OPIEKI MEDY-
CZNEJ**

W art. 28 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 ze zm.) nałożono na pracodawców posiadających status zakładu pracy chronionej, obowiązek zapewnienia doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych.

W powołanym przepisie nie określono, w jaki sposób ma być zapewniona doraźna opieka medyczna, kładąc nacisk na taktyczne zapewnienie tej opieki i dając pracodawcy możliwość ustalenia takiej formy realizacji obowiązku zapewnienia doraźnej opieki medycznej, która byłaby adekwatna do specyficznych potrzeb zakładu pracy.

Dopuszczalne jest zatem zatrudnienie pielęgniarki w zakładzie pracy chronionej w ramach zapewnienia doraźnej opieki medycznej. Z punktu widzenia realizacji obowiązku określonego w art. 28 ust. 1 pkt 3 ustawy o rehabilitacji (...) nie jest

istotne, na jakiej podstawie prawnej świadczy pracę pielęgniarka w zakładzie pracy chronionej czy będzie to umowa o pracę, czy też w ramach działalności gospodarczej po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 5 i 102 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112. poz. 654 ze zm.).

Należy przy tym zauważyć, że stosownie do art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174. poz. 1039 ze zm.) pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:

- 1) w ramach umowy o pracę;
- 2) w ramach stosunku służbowego;
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 4) w ramach wolontariatu;
- 5) 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W związku z powyższym, nieprowadzenie działalności gospodarczej w przedmiocie działalności leczniczej i niewpisanie się do rejestru, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej, nie wyłącza możliwości bycia zatrudnionym na umowę o pracę w zakładzie pracy chronionej.

Stanowisko Biura zostało potwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych pismem z dnia 31 sierpnia 2012 (znak: MZ-PP-079-8165-1 RJ 12). ■

**Naczelna Rada Pielęgniarek
i Położnych**

Warszawa. 14 września 2012 r.

Pani
Beata Cholewka
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek
i Położnych u Ministerstwie Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor

W związku z licznymi zapytaniami pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii dotyczącymi rozumienia pojęcia „praca personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru” zawartego w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237. poz. 165 ze zm.) zwracam się z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska, czy praca pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii, które nie pracują na bloku operacyjnym może być uznana za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu powyższej ustawy. ■

z poważaniem
Joanna Walewander
Sekretarz NRPIP

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, dnia 2012.11.05
Departament Pielęgniarek i Położnych

Pani
Dr n. med.
Grażyna Rogala-Pawelczyk

Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

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

Departament wskazuje, że zgodnie z ustawą z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237. poz. 1656. z późn. zm.). która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2009 r. do prac w szczególnym charakterze zaliczone zostały, wymienione w pkt 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

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

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

Ponadto, zgodnie z art. 3 ust. 5 omawianej ustawy, warunkiem zaliczenia wykonywania w/w. prac do okresu, od którego zależy uzyskanie prawa do emerytury pomostowej jest wykonywanie tych prac w pełnym wymiarze czasu pracy, co znajduje potwierdzenie w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 września 2011 r. sygn. akt IOSK421 II (LEX nr 996963).

Należy również mieć na względzie wyrok Sadu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 r. sygn. akt II UK 164/11 (LEX nr 1171289), który w pkt 1 stanowi, iż „Wykaz prac określonych

w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy z 2008 r. o emeryturach pomostowych jest zamknięty i nie podlega uzupełnieniu, co oznacza, że cech pracy „o szczególnym charakterze” lub „w szczególnych warunkach” nie mogą posiadać inne prace, choćby sposób ich wykonywania i ich jakość mogła obniżyć się z wiekiem”.

Odnosząc się bezpośrednio do treści Państwa pisma. Departament zwraca także uwagę na zamieszczony na stronach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

www.emeryturypomostowe.gov.pl

obszerny poradnik do ustawy o emeryturach pomostowych: Zasady kwalifikacji prac w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze. przeznaczony dla pracodawców i osób odpowiedzialnych za sporządzanie wykazu stanowisk prac wykonywanych w szczególnych warunkach i o szczególnym charakterze oraz ewidencji osób zatrudnionych na tych stanowiskach (str. 64-65). Wynika z niego, że przepisy o emeryturach pomostowych obejmują taki personel medyczny zespołów operacyjnych dyscyplin zabiegowych jak: lekarze dyscyplin zabiegowych, anestezjolog, pielęgniarki operacyjne (m.in. instrumentariuszki, pielęgniarki anestezjologiczne, pielęgniarki perfuzjonistki). wchodzący w skład zespołów operacyjnych działających w ramach ostrego dyżuru.

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

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

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

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

Kontrola prawidłowości zakwalifikowania określonej pracy jako wykonywanej w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze przebiega w trybie art. 41 ust. 6 ustawy o emeryturach pomostowych. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku nieumieszczenia przez płatnika składek danego pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub pracę o szczególnym charakterze, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej



Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga ta zostanie uwzględniona, to wówczas właściwe organy Państwowej Inspekcji Pracy są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących taką pracę (pkt 2 wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 1 lutego 2011 r. syng. akt II SA/Rz 1107/10). Od decyzji inspektora pracy, zarówno pracownikowi jak i płatnikowi składek, przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, którego z kolei decyzja będzie mogła być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

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

z poważaniem
Dyrektor departamentu
Pielęgniarek i Położnych
Beata Cholewka

Rozporządzenie Ministra Zdrowia



ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 20 sierpnia 2012 r.

w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych

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

§ 1.

Rozporządzenie określa szczegółowe wymagania w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych w szkołach pielęgniarskich i szkołach położnych, o których mowa w art. 52 ust. 1 i art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanych dalej „uczelnią”, dotyczące:

- 1) sposobu realizacji programu kształcenia;
- 2) kadry prowadzącej kształcenie;
- 3) bazy dydaktycznej, w tym służącej kształceniu klinicznemu;
- 4) posiadania wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia.

§ 2.

Uczelnia spełnia następujące wymagania dotyczące sposobu realizacji programu kształcenia:

- 1) proces kształcenia jest ukierunkowany na uzyskanie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych niezbędnych do wykonywania zawodu odpowiednio pielęgniarki lub położnej;

- 2) proces kształcenia sprzyja rozwijaniu umiejętności samo-kształcenia;
- 3) program kształcenia umożliwia pogłębienie wiedzy przydatnej do wykonywania zawodu odpowiednio pielęgniarki lub położnej, w szczególności przez organizację zajęć fakultatywnych i wykładów monograficznych.

§ 3.

Uczelnia spełnia następujące wymagania dotyczące kadry prowadzącej kształcenie:

- 1) uczelnia dysponuje kadrami zapewniającą poziom kształcenia określony w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 3 pkt 1, 2 i 5 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572 i poz. 742);
- 2) nauczanie przedmiotów z pielęgniarstwa i położnictwa oraz praktyki zawodowej prowadzą nauczyciele akademicy, posiadający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz minimum roczną praktykę zawodową, zgodną z nauczaniem przedmiotem;
- 3) nauczyciele prowadzący zajęcia teoretyczne współpracują z nauczycielami prowadzącymi zajęcia praktyczne w zakresie kształtowania praktycznych umiejętności studentów;
- 4) uczelnia stwarza nauczycielom akademickim możliwość stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez kształcenie kierunkowe odpowiednio w zakresie pielęgniarstwa, położnictwa lub nauk medycznych;
- 5) uczelnia stwarza nauczycielom akademickim warunki do łączenia pracy dydaktycznej z prowadzeniem badań naukowych.

§ 4.

Uczelnia spełnia następujące wymagania dotyczące bazy dydaktycznej:

- 1) uczelnia zapewnia strukturę organizacyjną umożliwiającą sprawną realizację procesu dydaktycznego;
- 2) uczelnia posiada bazę materialną i dydaktyczną o strukturze dostosowanej do liczby studentów, w tym:
 - a) sale wykładowe,
 - b) sale ćwiczeń,
 - c) pracownie specjalistyczne, w tym anatomii, fizjologii i biochemii,
 - d) pracownie umiejętności pielęgniarskich,
 - e) pracownie umiejętności położniczych,
 - f) pracownie informatyczne,
 - g) pracownie nauki języków obcych,
 - h) bibliotekę i czytelnię wyposażone w aktualne piśmiennictwo w zakresie nauczanych dyscyplin, z dostępem do Internetu;
- 3) uczelnia zapewnia odpowiednio do liczby studentów:
 - a) zaplecze do realizacji ćwiczeń praktycznej nauki zawodu i zajęć praktycznych,
 - b) dostęp do obiektów sportowych, a zwłaszcza do sali gimnastycznej,
 - c) bazę socjalną;
- 4) przy doborze podmiotów wykonujących działalność leczniczą uczelnia kieruje się możliwością osiągnięcia zamierzonych celów dydaktycznych oraz zapewnienia wysokiej jakości zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, uwzględniając w szczególności:
 - a) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - b) liczbę i kwalifikacje kadry pielęgniarskiej i położniczej,
 - c) urządzenie i wyposażenie podmiotu,
 - d) wyposażenie stanowisk pracy w sprzęt i materiały medyczne, niezbędne do kształtowania umiejętności



praktycznych oraz ochrony przed zakażeniem, urazem i wypadkiem,

- e) prowadzenie działalności naukowo-badawczej,
 - f) wdrażane przez podmiot programu zapewnienia jakości,
 - g) organizację warunków nauczania;
- 5) zajęcia praktyczne poza uczelnią odbywają się na podstawie umowy zawartej pomiędzy uczelnią a podmiotem wykonującym działalność leczniczą, realizującym zajęcia praktyczne.

§ 5.

Uczelnia spełnia następujące wymagania dotyczące wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia:

- 1) w uczelni powołuje się komisję do wewnętrznej oceny jakości kształcenia;
- 2) ocena jakości kształcenia jest dokonywana na podstawie kryteriów określonych przez komisję, o której mowa w pkt 1;
- 3) przeprowadzona ocena jakości kształcenia podlega analizie, a jej wyniki są upowszechniane i uwzględniane w doskonaleniu procesu kształcenia.

§ 6.

Działające na podstawie dotychczasowych przepisów komisje do wewnętrznej oceny jakości kształcenia stają się komisjami do wewnętrznej oceny jakości kształcenia w rozumieniu niniejszego rozporządzenia.

§ 7.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia . 2) .

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:
MINISTER NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO



Prawo

Przedruk z Gazety Prawnej, 10 września 2012, nr 175

Kilkudniowe dyżury pielęgniarek i lekarzy w szpitalach to norma

Dyrektorzy placówek zdrowotnych świadomie naginają przepisy o dopuszczalnym czasie pracy, aby zapewnić swoim pacjentom lepszą dostępność do świadczeń medycznych

Jutro Rada Ochrony Pracy zajmie się przestrzeganiem prawa pracy w służbie zdrowia. Od dwóch lat Państwowa Inspekcja Pracy (PIP) prowadzi w szpitalach i innych placówkach ochrony zdrowia specjalne kontrole. Z raportu inspekcji wynika, że stan przestrzegania przepisów w podmiotach leczniczych nadal nie jest zadowalający.

– Kontrole potwierdziły zjawisko zaobserwowane już w roku ubiegłym. W podmiotach leczniczych oferujących świadczenia zdrowotne pracodawcy, nadal chcąc sprostać potrzebie zapewnienia całodobowej opieki, stosują rozwiązania, które w praktyce są próbą omijania przepisów o czasie pracy – mówi Teresa Cabała, koordynująca kontrole w PIP w służbie zdrowia.

Dla przykładu te same osoby świadczą prace tego samego rodzaju i w tym samym miejscu pracy bez zachowania wymaganego odpoczynku, ale na podstawie kilku stosunków prawnych. Lekarze i pielęgniarki zatrudnieni na umowę o pracę dodatkowo wykonywali zadania dla macierzystego szpitala, ale już opierając się na umowie z indywidualną lub specjalistyczną praktyką lekarską (pielęgniarską) lub też na podstawie kontraktu zawartego z firmą zewnętrzną (niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej).

– W praktyce powoduje to, że pracownicy medyczni, czyli lekarze, pielęgniarki, czy technicy RTG, kontynuują pracę bez wymaganego odpoczynku. Zważywszy na jej charakter, jest to niedopuszczalne – dodaje Teresa Cabała.

Podkreśla, że dyrekcje szpitali są świadome i godzą się na to, by pacjentami zajmowały się osoby, które nie miały odpoczynku od kilkudziesięciu godzin.

Niektóre placówki nie próbują nawet maskować długotrwałych dyżurów w pracy podpisywaniem umów cywilnoprawnych czy kontraktów ze swoimi pracownikami. W jednym z kontrolowanych szpitali lekarz tylko w ramach etatu pracował 103 godziny bez odpoczynku.

Nagminne są wielodobowe dyżury lekarzy czy pielęgniarek świadczących pracę wyłącznie na podstawie kontraktów. Jedną dobę osoba taka spędza na oddziale ratunkowym, w czasie kolejnej jeździ w pogotowiu, a kolejne 24 godziny spędza na oddziale. W takim przypadku inspekcja jest bezradna, bo lekarz czy pielęgniarka jako firma może pracować, ile zechce.

Niepokojące informacje wynikające z kontroli dotyczą także rezygnacji z umów o pracę i podpisywania wspomnianych kontraktów. Część szpitali próbuje skłonić, a czasami wręcz wymusić takie zmiany. Na założenie własnej firmy decyduje się najczęściej młody personel szpitali.

Nieprawidłowości ujawnione w placówkach służby zdrowia dotyczyły także rozliczania pracy w nadgodzinach.

W 19 z 233 skontrolowanych podmiotów przekroczono dopuszczalny limit godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym (tj. 150 godzin lub innej liczby godzin ustalonej

PIP kontroluje służbę zdrowia

Przyczyny łamania przepisów w szpitalach

- ❏ brak właściwego nadzoru nad osobami, których obowiązkiem jest m.in. planowanie i rozliczanie czasu pracy podległego personelu
- ❏ brak woli stosowania przez pracodawców przepisów prawa
- ❏ nasilające się braki kadrowe pracowników medycznych w grupach zawodowych lekarzy i pielęgniarek
- ❏ względy ekonomiczne, tj. dążenie do obniżania kosztów działalności zakładu, w tym oszczędzanie na kosztach pracy poprzez zmniejszanie zatrudnienia
- ❏ niezajomość obowiązujących przepisów (dotyczy pracowników zajmujących się sprawami kadrowo-placowymi)

1458 KONTROLI
w placówkach służby zdrowia przeprowadziła inspekcja w 2011 r.

1027 WYKROCZEŃ
w placówkach służby zdrowia ujawniła inspekcja w 2011 r.

1061 PLACÓWEK
skontrolowali inspektorzy

185,9 TYS. ZŁ
wyniosła łączna kwota mandatów

zgodnie z art. 151 par. 1 kodeksu pracy). Inspektorzy stwierdzili, że 82 pracowników przekroczyło dopuszczalny limit godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym aż o 24 026 godzin.

W jednym z kontrolowanych podmiotów ujawnili też, że pielęgniarki, dla których limit godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym ustalono na 150 godzin, przekroczyły go o 483, 592, a nawet 866 godzin. ■

TOMASZ ZALEWSKI
tomasz.zalewski@infor.pl

Przedruk z Gazety Prawnej, 10 września 2012, nr 175

Pacjentowi wystarczy dowód

1 października rusza pilotaż Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Lekarze sprawdzają, czy pacjent ma prawo do leczenia. Chorzy bez dowodu ubezpieczenia nie zostaną odesłani z kwitkiem

Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU) da możliwość sprawdzania online, czy pacjent ma prawo do ubezpieczenia. Na początek nie we wszystkich placówkach w Polsce, a jedynie w tych, które się zgłaszają do pilotażu.

Był protest, jest baza

Oficjalnie system ma ruszyć w styczniu 2013 r. Ale NFZ łąd dzień rozpocznie oficjalną rekrutację i będzie zachęcać placówki medyczne, żeby się włączyły do pilotażu. – Mam nadzieję, że zainteresowanie świadczeniodawców będzie duże – my jesteśmy gotowi – i liczę, że pójdą oni na rękę pacjentom i staną się częścią systemu wcześniej, niż wymaga ustawa – mówi prezes NFZ Agnieszka Pachciarz.

Projekt nowego sposobu weryfikacji uprawnień chorych powstał po masowym proteście lekarzy, którzy odmówili wystawiania recept m.in. osobom, które nie mają przy sobie dowodu ubezpieczenia. Był to efekt przepisów, które wprowadzała nowa ustawa refundacyjna – zgodnie z nią lekarze, którzy przepisali leki osobie nieuprawnionej, musieliby zwracać pieniądze za refundację.

W efekcie wielu pacjentów miało kłopoty z otrzymaniem recept uprawniających do zniżki. Jeżeli system zadziała, wystarczy, aby pacjent podał numer PESEL i dokument, który go potwierdzi. Recepcjonista w przychodni lub lekarz w czasie wizyty zweryfikuje w systemie, czy pacjent ma prawo do bezpłatnej wizyty oraz do recepty.

Potwierdzeniem będzie zielone światło, które wyświetli się na ekranie komputera. Czerwone będzie oznaczać brak możliwości weryfikacji. Ale nawet wtedy – tak zdecydowało Ministerstwo Zdrowia – pacjent może złożyć oświadczenie, w którym zapewni, że ma ubezpieczenie.

I choć wszystko wydaje się bardzo proste, jest kilka zagrożeń. Jedno z nich dotyczy ochrony danych osobowych. Niejasności z tym związane już wcześniej uniemożliwiły korzystanie z systemu NFZ. Fundusz ma pełną bazę danych osób mających ubezpieczenie zdrowotne i teoretycznie przychodnie mogłyby z niej korzystać. Ale przepisy nie określają, czy mają do tego prawo. Stąd idea stworzenia CWU.

Obecnie GİODO oficjalnie ustosunkował się do tego problemu już na etapie prac legislacyjnych. W uwagach przesłanych do projektu zmiany ustawy, która wprowadzała CWU, generalny

inspektor ochrony danych osobowych Wojciech Wiewiórowski przedstawił wiele zastrzeżeń. Jego zdaniem nie ma konkretnych przepisów, które by regulowały zasady weryfikacji dostępu do bazy z informacjami o ubezpieczeniu. Oraz tego, w jaki sposób ma odbywać nadanie uwierzytelnienia dla osób, które będą mogły korzystać z bazy. O tym, że to poważny problem, świadczy także zaniepokojenie Centralnego Biura Antykorupcyjnego co do dostępu do danych ich agentów. Maciej Klepacz, zastępca szefa CBA, w piśmie z uwagami do projektu, tłumaczył, że niektóre dane agentów, do jakich dostęp uzyskaliby lekarze, są danymi szczególnie wrażliwymi i ich ujawnienie mogłoby zagrazić życiu i zdrowiu funkcjonariuszy.

Agenci się boją

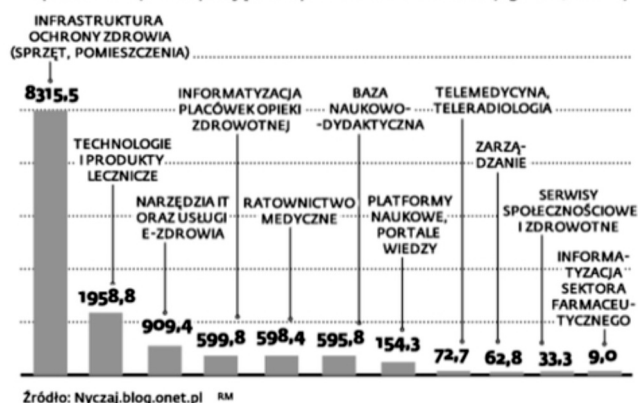
Obecnie wszystko zależy od resortu zdrowia. Musi on wydać rozporządzenie, w którym dokładnie określi zasady dostępu do bazy. Bez tego system nie może ruszyć. Ministerstwo zapewnia, że już pracuje nad odpowiednimi dokumentami. – Należy podkreślić, że system CWU będzie także miał funkcję monitorującą i blokującą próby nadużywania zapytań do celów innych niż związane z weryfikacją uprawnień – mówi Agnieszka Gołąbek, rzeczniczka Ministerstwa Zdrowia.

Jest jeszcze jeden problem. Brak komputerów w placówkach zdrowia. – Nie mamy sprzętu, to jak niby będziemy sprawdzać ubezpieczenie pacjentów online? Trzeba będzie nadal przynosić RMUA lub książeczkę ubezpieczeniową – mówi recepcjonistka w jednej z przychodni rejonowych na warszawskiej Ochocie. To jednak już zmartwienie placówek, z którym będą musiały się uporać same.

Jak lekarz będzie mógł potwierdzić ubezpieczenie pacjenta



Wydatki na informatyzację służby zdrowia w 2012 roku (ogółem, mln zł)



Jak CWU ma ułatwić nam życie

System umożliwi każdemu pacjentowi dowiedzenie się, czy ma prawo w danym dniu do świadczenia opieki zdrowotnej, z jakiego tytułu oraz o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Taką informację będzie mógł zyskać, zwracając się do NFZ lub też przez założenie własnego konta – na początku także w oddziale funduszu – na którym już później z własnym hasłem będzie mógł w dowolnym momencie sprawdzać takie informacje przez internet. Konto oprócz danych o ubezpieczeniu będzie także zawierało informacje o tym, kiedy i gdzie ostatnio chory był u lekarza, jakie recepty zrealizował oraz kto jest jego lekarzem prowadzącym.

Obecnie, aby skorzystać z porady lekarza, pójść do szpitala czy otrzymać receptę, należy przedstawić odpowiednie dokumenty poświadczające ubezpieczenie. ■

KLARA KLINGER
klara.klinger@infor.pl

**Prawo / Konferencje****Konferencja**

W dniach 04-06.10.2012 miałam zaszczyt uczestniczyć w Symposium naukowym w Wiedniu Alzheimer Europe „Changing perceptions, practice and policy”. Podczas konferencji dyskutowano na temat polityki, wyobrażeń oraz doświadczeń związanych z chorobą Alzheimera. Naukowcy z całej Europy dzielili się swoimi osiągnięciami z zakresu najnowszej diagnostyki oraz genetyki w zakresie rozpoznawania choroby Alzheimera.

Starzenie się społeczeństwa spowoduje drastyczny wzrost liczby zachorowań związanych z wiekiem a skutki choroby Alzheimera odczuwają dotkliwie sami chorzy, ale również ich rodziny, opiekunowie i społeczeństwo.

Na podstawie badań naukowych w Stanach Zjednoczonych chorobę Alzheimera wymienia się jako czwartą co do częstości przyczynę zgonów dorosłych Amerykanów. Około 25% tych chorych umiera w stanie niedożywienia, częściowo z powodu zapominania o jedzeniu, ale również dlatego że choroba



uniemożliwia wykonywanie prostych czynności na przykład ograniczenie zdolności połykania. Przyczyną ponad połowy zgonów osób z chorobą Alzheimera jest odoskrzelowe zapalenie płuc. Do innych wymienianych przyczyn należą choroby naczyń mózgowych, serca, układu krążenia.

Na świecie na chorobę tę cierpi około 16 milionów osób, a w Polsce według danych szacunkowych liczba ta wynosi około 250.000. Choroba Alzheimera dotyka 5 % ludzi w wieku powyżej 65 roku. Ocenia się, że występowanie choroby Alzheimera w młodszym wieku zdarza się raz na 4 zachorowania.

Tak więc bez względu na stan konta, profesję, pełnioną rolę społeczną, czy sprawowaną funkcję polityczną, co czwarty z nas będzie pacjentem, a każda następna osoba opiekunem.

Klinicznie CH. A. rozpoznaje się na podstawie badania neurologicznego i testów psychologicznych wskazujących na postępujące pogorszenie pamięci i funkcjonowania intelektualnego. Choroba zaczyna się podstępnie i zazwyczaj członkowie rodziny nie potrafią dostrzec pierwszych objawów, do których należą:

- Obniżenie aktywności, słabnące zainteresowanie pracą, domem, codziennymi obowiązkami, powtarzające się kłopoty z zapamiętywaniem.
- Niechęć do kontaktów z ludźmi.
- Kłopoty z wysławianiem się, gubienie wątku, zapominanie słów, utrata poczucia czasu i miejsca.

Ostępienie typu Alzheimera stanowi jedną z głównych przyczyn inwalidztwa wśród osób w podeszłym wieku i zaliczane jest do czołowych problemów zdrowia publicznego w Stanach Zjednoczonych oraz krajach skandynawskich, bezpośrednio koszty opieki nad pojedynczym pacjentem oszacowano na 16 tysięcy do 40 tysięcy dolarów natomiast koszty pośrednie na 175 tysięcy dolarów. Wzrost kosztów jest związany z postępem choroby.

Z prognoz demograficznych wynika że, w 2014 roku co czwarta osoba starsza osiągnie wiek 80 lat lub wyższy, podczas gdy obecnie jest nią co siódma. W Stanach Zjednoczonych rocznie umiera z tego powodu 100.000 osób. Liczba ludności Polski wynosi aktualnie prawie 40 mln osób.

Coraz częściej daje się zaobserwować w Polsce, charakterystyczny dla państw Europy Zachodniej proces starzenia się społeczeństwa, będący wynikiem zmniejszającego się przyrostu naturalnego przy jednoczesnym wzroście średniej długości życia obywateli. ■

Krystyna Mizerska

IV KONGRES NAUKOWO-SZKOLENIOWY**POLSKIEGO TOWARZYSTWA
LECZENIA RAN**

BYDGOSZCZ, 4–6 października 2012 r.

W IV Kongresie Naukowo-Szkoleniowym Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, który odbył się w Bydgoszczy, w dniach 4-6 października 2012 r. uczestniczyły pielęgniarki z Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie Ewa Kucharska i Renata Wróż.



Mottem przewodnim Kongresu było hasło „Twórzmy szanse i możliwości gojenia ran przewlekłych”. Do Udziału w Kongresie zostali zaproszeni wybitni specjaliści z Polski i zagranicy, w tym również z Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran. W programie szkolenia zaprezentowano najnowsze osiągnięcia naukowo-badawcze w zakresie kompleksowej opieki nad chorym z raną przewlekłą w: oparzeniach, stopie cukrzycowej, ranie nowotworowej, owrzodzeniach podudzi, odleżynach, ran przewlekłych pourazowych. Wiodącym tematem Kongresu była szeroko rozumiana opieka nad chorym z raną przewlekłą, w tym:

- diagnostyka
- możliwości leczenia operacyjnego
- postępowanie interdyscyplinarne w leczeniu ran przewlekłych o różnej etiologii,
- metody gojenia miejscowego,
- mikrobiologia rany przewlekłej,
- problematyka bólu w gojeniu ran,
- zasady leczenia popromiennych owrzodzeń skóry,
- leczenie ran zgodnie z koncepcją TIME,
- antyseptyka i antybiotykoterapia,
- kompresjo terapia,
- terapia podciśnieniowa,
- nowoczesne opatrunki,
- metody eksperymentalne: larwy, bakteriofagi, komórki macierzyste,
- modele opieki,
- profilaktyka i edukacja.

Definicja rany przewlekłej jest niejednorodna, ale możemy o niej mówić w kontekście każdej rany, która nie podlega procesowi fizjologicznego leczenia. Kryterium czasowe, wg którego możemy ją rozpoznać, wynosi od 4 tygodni do

6 miesięcy. W przypadku leczenia ran przewlekłych mamy do czynienia z zaburzeniami ukrwienia o charakterze długotrwałym, a często także postępującym. Rany przewlekłe posiadają określoną budowę histologiczną oraz specyficzną florę bakteryjną. Biorąc pod uwagę ich zróżnicowaną etiologię możemy powiedzieć, że 90% należy do jednej z trzech kategorii: owrzodzeń żylnych, odleżyn lub owrzodzeń w przebiegu cukrzycy. Stanowią więc one kombinację różnych czynników sprawczych, których połączenie w znacznym stopniu przewyższa naturalne procesy naprawcze organizmu u wielu osób.

Rany przewlekłe stanowią istotny problem zdrowotny dotyczący wielu milionów osób na świecie. W Polsce szacuje się, że z ich powodu cierpi ponad 500 tysięcy ludzi.

W związku z tym rany przewlekłe stanowią wielkie wyzwanie terapeutyczne. Ekspert z Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran (European Wound Management Association-EWMA) i PTLR rekomendują wprowadzenie skutecznych działań medycznych, w których priorytetem jest:

- diagnostyka,
- leczenie przyczynowe,
- redukcja pozostałych czynników przyczynowych lub opóźniających proces gojenia rany,
- miejscowe leczenie rany
- edukacja chorego i rodziny.

Efektywność w leczeniu ran przewlekłych w dużej mierze zależy od skoordynowanego działania specjalistycznego zespołu terapeutycznego.

W skład takiego zespołu powinni wejść:

- chirurg ogólny,
- chirurg naczyniowy,
- pielęgniarka,
- diabetolog,
- psycholog,
- fizjoterapeuta,
- dietetyk.

W związku z narastającym problemem ran przewlekłych zaczynają stopniowo powstawać Poradnie Leczenia Ran Przewlekłych. Jednakże ich ilość w stosunku do zapotrzebowania jest wciąż zbyt mała. Rany przewlekłe stanowią także duży problem ekonomiczny i społeczny ze względu na długotrwałość i często żmudny proces leczenia. W Polsce refundacja opatrunków specjalistycznych jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb pacjentów i bardzo często osoby z ranami przewlekłymi ponoszą pełne koszty leczenia, które stopniowo pogarszają ich sytuację socjoekonomiczną.

Proces leczenia ran przewlekłych związany jest z licznymi przykrymi i trudnymi do zaakceptowania następstwami, a czasem stanowi walkę o zachowanie życia chorego. Z uwagi na liczne czynniki zaburzające złożony proces gojenia się ran przewlekłych istotne jest stworzenie możliwości do ich wyleczenia. Tylko interdyscyplinarne i kompleksowe rozwiązanie problemu może uchronić pacjenta przed powikłaniami lub ograniczyć ich następstw a także prowadzić do poprawy stanu pacjenta i wygojenia się rany. ■

Ewa Kucharska,
Renata Wróż

Rekomendacje polskich ekspertów ws. szczepień przeciw grypie 2012/2013

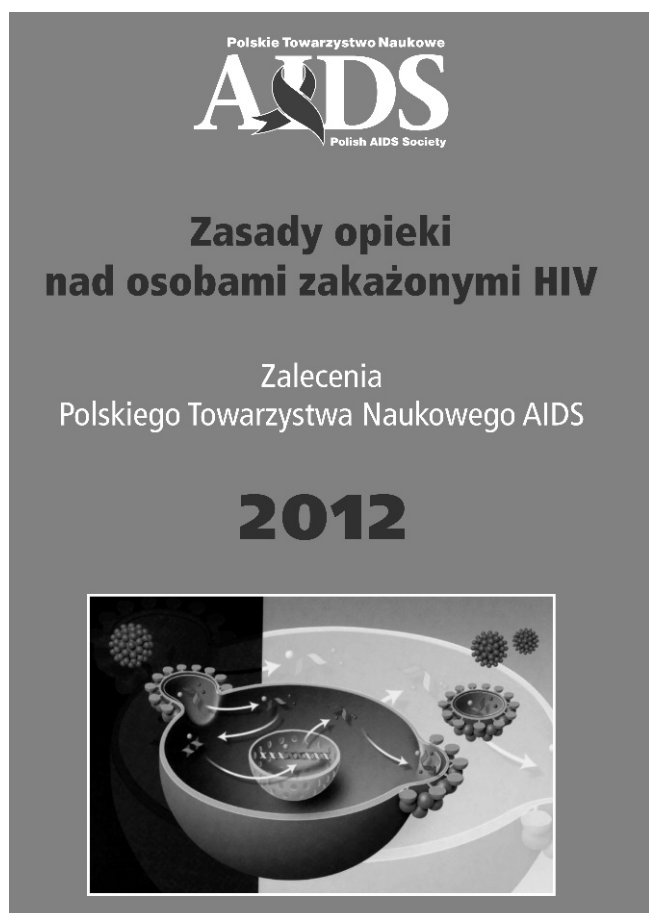
Szanowni Państwo,

W czerwcu br. z inicjatywy Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH oraz Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej zawiązała się Grupa Robocza ds. Grypy, której celem jest wypracowanie w dłuższej perspektywie czasowej Narodowej Strategii Zwalczenia Grypy.

11 czerwca w Warszawie odbyła się debata ekspercka FLU FORUM, podczas której uczestnicy zapoznali się z diagnozą sytuacji w Polsce przygotowaną przez firmę doradczą Ernst & Young, a następnie przedyskutowali projekt Narodowej Strategii Zwalczenia Grypy, który obejmuje zarządzanie programem szczepień, edukację i zaangażowanie personelu medycznego, skuteczną kampanię informacyjną skierowaną do społeczeństwa oraz poprawienie dostępu do szczepień.

W imieniu Grupy Roboczej ds. Grypy w załączeniu pozwalam sobie przesłać rekomendacje polskich ekspertów w sprawie szczepień przeciw grypie na sezon epidemiczny 2012/2013 z ogromną prośbą o ich jak najszersze upowszechnienie w środowisku medycznym.

Z wyrazami szacunku,
Klaudia Mencina



SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY

Po raz kolejny przekazujemy na Państwa ręce Zalecenia PTN AIDS Zasady Opieki nad Osobami Zakażonymi HIV. W wyniku spotkania ekspertów i dyskusji merytorycznych Zalecenia zostały zaktualizowane. Dodano nowe artykuły.

Mamy nadzieję, że w ten sposób książka stanowiąca kompendium wiedzy na temat zagadnień dotyczących zakażeń HIV i AIDS spełni oczekiwania lekarzy i innych grup zawodowych zajmujących się tą problematyką, a także lekarzy POZ i innych specjalistów

Prezes PTN AIDS
Brygida Knysz

A

DIAGNOSTYKA I TESTOWANIE

Grzegorz P. Stańczak • Piotr Ząbek • Tomasz Dydą •
Janusz J. Stańczak

1 TESTY GENETYCZNE W DIAGNOSTYCE ZAKAŻENIA HIV-1 ORAZ W MONITOROWANIU SKUTECZNOŚCI LECZENIA

Wprowadzenie

Od czasu publikacji w 2007 r. poprzednich zaleceń PTN AIDS, dotyczących testów genetycznych stosowanych w diagnostyce zakażeń HIV-1, pojawiły się nowe grupy leków i nowe potrzeby diagnostyczne, powodujące usprawnienie istniejących oraz opracowanie nowych testów laboratoryjnych. Zalecana diagnostyka genetyczna zakażeń HIV-1 powinna zawierać:

- ocenę jakościową RNA HIV-1,
- ocenę ilościową wirerii,
- oznaczanie lekooporności wirusa,
- oznaczanie subtypu
- oznaczanie tropizmu

Niezbędna jest również analiza profilu genetycznego pacjenta – co najmniej alleli układu HLA (HLA B*5701).

1.1. TESTY GENETYCZNE, GRUPY PACJENTÓW, PUNKTY CZASOWE DIAGNOSOWANIA

1.1.1. Jakościowe oznaczenie RNA HIV-1

Do wykrywania RNA HIV-1 zaleca się stosowanie testów komercyjnych wykorzystujących technikę amplifikacji kwasów nukleinowych – PCR, NASBA (Nucleic Acid Sequence-Based Amplification) lub TMA (Transcription Mediated Amplification). Zawierają one wszystkie niezbędne kontrole poszczególnych etapów badania; wykazują wysoką czułość diagnostyczną, rzędu kilkudziesięciu kopii/ml; są rekomendowane przez FDA. Dodatkową zaletą, ważną przy udokumentowanym imporcie subtypów nie-B, jest wysoka czułość i swoistość wykrywania również tych subtypów. Uwzględniając powyższe właściwości testów komercyjnych i ich obecne ceny uważamy za niewłaściwe stosowanie testów własnych (typu in-house, homemade itp.)

Zalecamy stosowanie tych testów u osób:

- ze znanym przybliżonym momentem ekspozycji, podejrzeniem wczesnej fazy zakażenia, przed serokonwersją,

- u osób z możliwą serokonwersją późną – np. u pacjentów z niedoborami odpornościowymi o innej, niż zakażenie HIV, przyczynie,
 - noworodków i niemowląt matek HIV-dodatnich. Dodatkowo zalecamy wykonanie testu wczesnej diagnostyki z próbek krwi noworodków i niemowląt; zalecenie wynika z obecności przeciwciał odmatczyńnych, utrudniających/uniemożliwiających diagnostykę serologiczną. Test wczesnej diagnostyki jest stosowany w Polsce od wielu lat; jest również rekomendowany przez Pediatric Antiretroviral Guidelines Working Group, FDA, USA (1).
 - u pacjentów z dwukrotnym dodatnim wynikiem testu przesiewowego i jednoczesnym niejednoznacznym wynikiem testu Western blot,
 - innych osób po ekspozycji. W tej grupie również zalecamy test wczesnej diagnostyki.
- We wszystkich wyżej wymienionych grupach, w przypadku uzyskania wyniku dodatniego testu genetycznego, może on być dodatkowo potwierdzany testem Western blot wykonanym 3-6 tygodni później.

1.1.2. Ilościowe oznaczenie RNA HIV-1

Istnieje kilka technologicznie różnych (np. techniki amplifikacji kwasów nukleinowych, też b-DNA – technika wzmocnienia sygnału), komercyjnie dostępnych testów oceniających ilościowo wiramię HIV-1, stosujących różne jednostki miar. Przyjęto podawanie wyniku w kopiach/ml; testy wykorzystujące inne jednostki powinny zawierać przeliczniki umożliwiające porównanie wyników. Zalecamy stosowanie testów w technologii PCR czasu rzeczywistego.

Wykazują one liczne zalety: bardzo wysoką czułość – dolny poziom detekcji od 10-15 kopii/ml; szeroki zakres liniowości pomiaru: od 15-40 do kilkunastu milionów kopii/ml; wiarygodna ocena wiramii różnych subtypów HIV-1. Te wartości w pełni spełniają potrzeby klinicystów.

Najnowsze testy w technologii TMA o czułości 2-3 kopii/ml dają wyniki trudne do interpretacji klinicznej (2), znajdują zastosowanie w działaniach naukowych-poznawczych.

Zalecamy stosowanie testów ilościowych:

- po potwierdzeniu zakażenia – opisuje wiramię wyjściową pacjenta,
- co najmniej dwa razy w roku u pacjentów nieleczonych – monitorowanie przebiegu zakażenia, wybór momentu rozpoczęcia leczenia,
- co najmniej dwa razy w roku u pacjentów leczonych – monitorowanie skuteczności inhibicji replikacji wirusa, wykrycie niepowodzenia terapeutycznego wymuszającego usprawnienie adherencji lub zastosowanie nowego schematu leczenia w przypadku selekcji wariantów lekoopornych wirusa.

Częstsza ocena wiramii jest zalecana w diagnostyce dzieci, pacjentów źle tolerujących obecny schemat leczenia oraz w każdym innym przypadku uznanym za zasadny przez lekarza. W grupie pacjentów leczonych antyretrowirusowo poznajemy wiramię >50 kopii/ml stwierdzoną dwukrotnie po poprzednich badaniach dających wynik ujemny, za dowód wirusowego niepowodzenia leczenia. Należy zauważyć, że DHHS USA zaleca nową wartość świadczącą o niepowodzeniu terapeutycznym – >200 kopii/ml (3). Dostępne opracowania, rozróżniające jednokrotne pojawienia się wiramii u pacjentów skutecznie leczonych („blipy”) od niepowodzenia wirusowego, uniemożliwiają jednoznaczne uznanie wartości promowanej przez DHHS za skuteczniejszą w ocenie skuteczności terapii. Kontynuując inicjatywę grupy ekspertów działającej pod auspicjami Krajowego Centrum ds. AIDS, zalecamy stoso-

wanie genetycznych testów jakościowych i ilościowych do rozpoznania zakażenia przed serokonwersją oraz uznanie ich za równoważne testowi typu Western blot w potwierdzaniu dodatniego wyniku badania przesiewowego.

Rekomendacja ta jest zbieżna z najnowszymi wytycznymi DHHS USA (3).

1.1.2.1. Ilościowe oznaczenie wiramii HIV-2

Diagnostyka genetyczna zakażeń HIV-2 jest ograniczona znikomą ilością dostępnych testów. Większość publikacji przedstawia wyniki uzyskane testami typu „Home-made”, „In house”. Kilku producentów oferuje testy wykrywające i ilościowo oznaczające wiramię wybranych subtypów HIV-2. Najczęściej testy te są oznaczane symbolem „RUO” – Research Use Only – do zastosowań poznawczych, a nie rutynowej diagnostyki medycznej. Należy zauważyć, w żadnej z powyżej cytowanych rekomendacji nie dyskutuje się diagnostyki serologicznej lub genetycznej zakażeń HIV-2.

1.1.3. Identyfikacja wariantów genetycznych HIV-1 o zmienionej podatności na leki Zaleca się stosowanie testów genetycznych wykorzystujących technologię sekwencjonowania nukleotydów.

Najsilniej rekomendowane warunki i punkty czasowe testowania lekooporności:

- u osób z noworozpoznaniem zakażeniem, również wtedy, gdy nie jest planowane rozpoczęcie leczenia. W tej grupie pacjentów ocenia się lekooporność przenoszona (TDR – Transmitted Drug Resistance) – klinicznie i epidemiologicznie istotny wskaźnik tła populacyjnego (częstość występowania badanej cechy genetycznej w ocenianej populacji). Jeżeli wykonanie testu jest niemożliwe, należy próbkę surowicy/ osocza przechować, testować przed rozpoczęciem leczenia (największe prawdopodobieństwo wykrycia populacji mniejszościowych wirusa).

W przypadku decyzji o rozpoczęciu leczenia w fazie ostrej zakażenia nie należy czekać na wynik testu, dopuszcza się modyfikację schematu zgodnie z wynikami badania.

W zakażeniu przewlekłym należy wykorzystać oznaczenie lekooporności do wyboru schematu leczenia,

- zaleca się rozważenie ponownego testowania, jeżeli odstęp czasu między pierwszym testowaniem a inicjacją terapii był znaczny,
- pacjenci z wirusowym niepowodzeniem leczenia, w tym z odpowiedzią suboptymalną.

W przypadku wiramii do 500 kopii/ml należy rozważyć inną, niż selekcja wariantów lekoopornych (R), przyczynę niepowodzenia leczenia; testować ostatnią dostępną próbkę krwi z wiramię powyżej 1 000 kopii/mL.

- pacjenci z planowaną zmianą leczenia z innych wskazań,
- kobiety w ciąży – testowanie zgodne z powyższymi zaleceniami,
- źródła ekspozycji podczas PEP. Nie należy opóźniać profilaktyki. Wynik badania może być przydatny, jeśli rozpatrywane jest uproszczenie lub indywidualizacja PEP.
- pacjenci z leczeniem przerwany, przed wznowieniem terapii. W rekomendacjach EACS zalecenie to ma najniższą siłę. Tu badanie należy wykonać z ostatniej próbki sprzed odstawienia leków; dopuszczalne jest też testowanie próbki pobranej przed planowanym ponownym leczeniem.

Przy ustalaniu nowego schematu leczenia należy uwzględnić:

- historię leczenia oraz wyniki poprzednich testów lekooporności (ryzyko archiwizacji wariantów R w rezerwuarach i sanktuariach).

- rozważyć, czy nowy wzorzec oporności jest zgodny z historią leczenia antyretrowirusowego pacjenta,
- uwzględnić, że podczas braku presji selekcyjnej leku warianty R mogą być obecne w ilościach poniżej poziomu detekcji stosowanego testu,
- uwzględnić, że niepowodzenie wirusowe pierwszego schematu leczenia najczęściej jest skutkiem selekcji mutantów opornych na 1-2 leki stosowanego schematu (w większości przypadków jest to oporność na lamiwudynę lub NNRTIs).

Niestwierdzenie obecności wariantów R przy niepowodzeniu wirusowym może być wynikiem (według znaczenia malejącego):

- niskiej adherencji,
- obecności opornych populacji mniejszościowych wirusa,
- niedostatku wiedzy o wpływie mutacji na powstanie oporności: wykrywania nie wszystkich mutacji powiązanych z lekoopornością, wiedzy o ich relacjach funkcjonalnych, itp.,
- obecności mutacji modyfikujących wrażliwość na leki poza regionami genomu ocenianymi przy pomocy zastosowanego testu,
- interakcji leków, prowadzących do obniżenia stężenia leku poniżej poziomu terapeutycznego,
- dostępności kompartmentów, penetracji leku – lek może nie osiągać stężenia terapeutycznego w rezerwuarach, tym bardziej w sanktuariach,
- specyficznej pacjentowi farmakokinetyki,
- błędu laboratoryjnego.

1.1.3.1. Nowe dane epidemiologiczne

W Polsce w latach 2000-2007 obserwowaliśmy stałe obniżanie się odsetka pacjentów, u których wykrywano oporność przenoszoną, z ok. 29% do 3,8% (4,5).

Dane z lat 2008-2009 sugerują odwrócenie pożądanego trendu i wolne (dotychczas statystycznie nieznamienne), narastanie odsetka zakażeń wariantami genetycznymi o zmniejszonej podatności na leki (6). Podobny trend wykryto w Wielkiej Brytanii – spadek odsetka próbek z opornością transmittowaną z 27% do 6, 6% w latach 2000-2006 oraz wzrost do 8,2% w 2008 r. (7,8). Przyczyna obserwowanych zmian nie jest znana.

1.1.4. Identyfikacja subtypu

Różnice w sekwencjach nukleotydowych regionu polposzczególnych subtypów wynoszą 10-15%. Wśród subtypów nie-B często spotykane są regiony polimorficzne, również w kodonach 10, 20, 36, 63 itd., jak się uważa, związane z drugorzędowymi mutacjami R. Skutkiem bezpośrednim zróżnicowania genetycznego są lub mogą być różnice znaczenia wykrywanych mutacji oraz inne wzorce lekooporności. Wykazano, że nieuwzględnianie różnic pomiędzy subtypami skutkuje zmniejszoną skutecznością leczenia pacjentów zakażonych subtypami nie-B, zwłaszcza schematami zawierającymi inhibitory proteazy.

Analiza epidemiologiczna wykazała, że oporność przenoszona stwierdzano najczęściej wśród pacjentów z grupy MSM z subtypem B. Subtyp ten był najsilniejszym czynnikiem prognostycznym TDR (9).

W związku z powyższym zaleca się równoczesną z oznaczeniem lekooporności identyfikację subtypu wirusa, a wykryte wzorce mutacji należy interpretować zgodnie ze specyfiką subtypów.

1.1.5. Oznaczenie tropizmu Wprowadzenie marawiroku (MVC), leku z nowej grupy antagonistów koreceptorów, tu – koreceptora CCR5, powoduje konieczność oznaczenia tropizmu HIV-1. Wykazano możliwość występowania w próbce pochodzącej od pacjenta subpopulacji wirusa o tropizmie CXCR4 (X4), CCR5 (R5), subpopulacji mieszanych X4/R5, oraz wariantów dual – wykorzystujących dowolny z tych koreceptorów. Szczegółowe różnicowanie wykazało obecność wariantów dual preferencyjnie wykorzystujących jeden z koreceptorów.

Dotychczas stosowaną metodą identyfikacji tropizmu było fenotypowanie, wykonywane ze świeżych próbek krwi pełnej, testem Trofile lub jego udoskonaloną wersją Enhanced Sensitivity Trofile assay (ESTA). Badania porównawcze wykazały, że metoda genetyczna (sekwencjonowanie 35 aminokwasowego fragmentu pętli V3 glikoproteiny 120 a następnie interpretacja zgodnie z dostępnymi w Internecie algorytmami) jest co najmniej nie gorsza pod względem czułości i swoistości diagnostycznej do testu ESTA (10,11,12). W porównaniu do ESTA posiada istotne zalety – znacznie krótszy czas oznaczenia oraz niższy koszt. Dodatkową zaletą jest możliwość wykonania badania przy niskiej lub niewykrywalnej wirerii (wykorzystując prowirusowy DNA) oraz z przechowywanych próbek surowicy, a nie ze świeżej krwi pełnej. Genetyczna identyfikacja tropizmu może być wdrożona w każdym laboratorium posiadającym stosowny sprzęt oraz diagnostów z dużym doświadczeniem w sekwencjonowaniu kwasów nukleinowych.

W Polsce dwa laboratoria uruchomiły tę procedurę, z jakością odpowiadającą standardom diagnostycznym.

Oznaczenie tropizmu powinno być wykonane przed planowanym włączeniem MVC do leczenia (13,14). Czas między oznaczeniem tropizmu a rozpoczęciem terapii MVC jest istotny, ponieważ, jak wykazano w badaniach MOTIVATE 1 i 2, zmiana tropizmu R5 do X4 nastąpiła u ponad 7% pacjentów w czasie 4-6 tygodni (15), a w badaniu MERIT u 4,8% między badaniem przesiewowym a włączeniem do leczenia (16).

Zalecane testy:

- ESTA, w miarę dostępu,
- Sekwencjonowanie populacyjne.

Z powodów praktycznych zalecamy test sekwencjonowania, z poniższymi uwarunkowaniami:

- potrajanie próbek sekwencjonowanych, dla zwiększenia prawdopodobieństwa wykrycia subpopulacji o różnych tropizmie,
- interpretacja wyników sekwencjonowania algorytmem G2P,
- wynik wydawany najmniej korzystny dla wariantu R5,
- przyjęcie współczynnika FPR = 10%. FPR (False Positive Rate) jest miarą prawdopodobieństwa opisanego wariantu o tropizmie R5 jako wariantu X4.

Pacjenci zakażeni wariantem wirusa o współczynniku FPR >10 mogą zyskać na leczeniu antagonistami CCR5, przy wariancie z FPR <10 – leczenie nie zalecane. Prawdopodobnie, wraz z postępującą oceną klinicznej przydatności testowania tropizmu, wskaźnik FPR będzie zmniejszany do 5,75 lub niższego. Obecnie przyjęty umożliwia włączenie do leczenia większej grupy pacjentów, jednocześnie uwzględnia niedostatki pierwszych etapów nowej procedury diagnostycznej.

Warunkiem wykonania testu jest wiramia powyżej 1000 k/ml. To ograniczenie może być zmienione po wprowadzeniu testowania prowirusowego DNA w komórkach jednoczących krwi obwodowej.



Powyższe zalecenia są zgodne z rekomendacjami panelu ekspertów ESAR (patrz: Podsumowanie).

Zalecamy oznaczanie tropizmu u pacjentów:

- nieleczonych, przed inicjacją terapii, przy spodziewanej toksyczności leków pierwszego schematu leczenia,
- leczonych, z niepowodzeniem leczenia i planowanym włączeniem MVC,
- leczonych, z niedostateczną tolerancją dotychczasowego zestawu leków lub nieakceptowalną toksycznością lub zmianami w *oun*,
- leczonych nieskutecznie zestawem zawierającym MCV.

Nie zaleca się oznaczania tropizmu u pacjentów nowozdiagnozowanych, bez planowanego leczenia MVC – znaczenie testowania w tej grupie pacjentów jest zbyt mało poznane, by je rekomendować, jednocześnie możliwa zmiana tropizmu w przebiegu zakażenia czyni wynik bezużytecznym. Pierwsze obserwacje sugerują, że wynik testowania tropizmu jest przydatny i wiarygodny nie dłużej, niż przez 6 miesięcy (17, – informacja ustna); według autorów rozdziału taki okres ufności w wynik jest zbyt długi. Dyskutowane obserwacje uzasadniają również konieczność potrącania sekwencjonowania próbek o wirerii <5000 kopii/ml oraz próbek zawierających cDNA HIV-1 (tu obserwowane rozbieżności wyników badań powtarzanych są większe, niż w ocenie RNA wolnego wirusa). Wstępne oceny przebiegu zakażenia wariantami o różnym tropizmie, w grupie 539 nowozdiagnozowanych pacjentów, z użyciem dwóch różnych wartości FPR: 5,75% oraz 10% wykazały, że jedynym statystycznie istotnym czynnikiem różniącym pacjentów zakażonych wariantem R5 i X4 była liczba komórek Cd4:

- w grupie pacjentów z wariantem R5 średnia liczba CD4 wyższa niż w grupie z X4,
- wyższy odsetek pacjentów z CD4 <200 w grupie X4,
- wyższy odsetek X4 u pacjentów zakażonych subtypem CRF01_AE.

Nie wykazano zależności tropizmu wirusa z drogą transmisji ani z obecnością delekcji CCR5 delta 32 (17).

Podsumowanie

1. Powyższe zalecenia tworzono w oparciu o rekomendacje EACS z 2011 r., dostępne na stronie www.european aids clinical society.org/guidelinespdf/EACS-EuroGuidelines2011 W większości przypadków zalecenia te są identyczne z zaakceptowanymi przez panel ekspertów polskich.

Wykorzystano również rekomendacje European Consensus Group on clinical management of tropism testing, opracowane przez panel ekspertów ESAR (18). Pełne rekomendacje zostały ogłoszone podczas spotkania ESAR (Marzec 2011, Cypr).

2. Zgodnie z rozporządzeniem MZ z dn. z dn. 21.01.2009 r. o standardach jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, laboratorium jest odpowiedzialne za całość działań diagnostycznych, w tym za szkolenie oraz potwierdzanie umiejętności wszystkich osób zaangażowanych w diagnostykę; winno mieć wdrożony system zarządzania jakością. Zgodnie z literą rozporządzenia oraz zasadami Dobrej Praktyki Laboratoryjnej powinno weryfikować jakość wszystkich stosowanych procedur diagnostycznych, uczestnicząc w międzynarodowych badaniach certyfikacyjnych (programy QCMD, ENVA, t. p.). Pełne wyniki badań, nie tylko certyfikaty, powinny być udostępniane do wglądu osobom zlecającym badania. Zalecamy współpracę wyłącznie z takimi pracownikami.

Miłosz Parczewski • Anna Urbańska

2 FARMAKOGENETYKA W PRAKTYCE KLINICZNEJ ZAKAŻENIA HIV

Wprowadzenie

Farmakogenetyka – badanie wpływu pojedynczych genów na reakcję na leczenie i farmakogenomika – zastosowanie badań genetycznych włącznie z badaniami na poziomie mRNA i modyfikacji aktywności transkrypcyjnej, często związane z produkcją nowych leków mają pomóc w rozwoju terapii skrojonej na miarę (ang. tailored therapy), dobieranej indywidualnie do danego pacjenta pod względem bezpieczeństwa i efektywności [1]. Różnice genetyczne między osobnikami wpływają zarówno na właściwości farmakokinetyczne leków jak ich farmakodynamikę.

Na podstawie badań farmakogenetycznych prowadzonych u osób zakażonych HIV zidentyfikowano czynniki genetyczne związane zarówno z odpowiedzią na leczenie antyretrowirusowe, jak i z działaniami niepożądanymi leków [2]. Obecnie w większości przypadków badania farmakogenetyczne są stosowane w badaniach naukowych i klinicznych, niemniej wprowadzane są również do rutynowej diagnostyki laboratoryjnej.

Identyfikacja określonych dotychczas markerów związanych z metabolizmem leków antyretrowirusowych, opiera się głównie na wykrywaniu zmian pojedynczego nukleotydu (ang. single nucleotide polymorphisms – SNPs), ale zastosowanie ma również rekonstrukcja haplotypów złożonych z wariantów HLA, badanie zmienności mitochondrialnego DNA, czy identyfikacja kilku sprzężonych ze sobą wariantów genetycznych. Ich wpływ praktyczny przekłada się na częstość występowania działań niepożądanych cART oraz odpowiedź na terapię antyretrowirusową [3]. Na rycinie 1 przedstawiono przegląd najszerszej badanych wariantów genetycznych związanych z występowaniem działań niepożądanych terapii antyretrowirusowej.

Ważnym zagadnieniem jest również badanie zmienności genetycznej gospodarza i jej wpływu na podatność i progresję zakażenia HIV. Warianty genetyczne związane z modyfikacją podatności gospodarza na zakażenie HIV i wystąpienie AIDS są związane z układem HLA, cytokinami, chemokinami oraz receptorami chemokin lub cytokin [4-6]. Mogą one zwiększać lub zmniejszać podatność na zakażenie danego osobnika HIV (zapobiegać lub ułatwiać zakażenie), ograniczać replikację wirusa, opóźniać lub przyspieszać wystąpienie klinicznych objawów AIDS [7]. Efekt wywierany przez dany allel może zależeć od badanej populacji i rasy [5]. ■

Prace



Komunikacja między pacjentem a pielęgniarką

Chociaż komunikacja między ludźmi może służyć różnym celom to komunikacja pomiędzy pielęgniarką a pacjentem ma jeden nadrzędny cel. Powinna przyczyniać się do poprawy jego zdrowia.

Inne cele w tej relacji, takie jak zaprzyjaźnianie się czy podnoszenie poczucia własnej wartości poprzez podkreślenie

swojej roli mogą być niestosowne i odwracające uwagę od sedna sprawy.

Można powiedzieć, że komunikacja o której mówimy jest efektywna gdy dzięki niej osiągnane są cele związane z leczeniem. Pacjent jest odpowiednio informowany o swojej sytuacji oraz leczeniu. Pielęgniarka otrzymuje lub zdobywa informacje pozwalające postawić właściwą diagnozę. Komunikacja ma oddziaływanie terapeutyczne, a dzięki niej pacjent jest zmotywowany do dostosowania się do zaleceń lekarskich.

Wreszcie zgodnie z tym co się nieraz mówi pielęgniarka może odgrywać ważną rolę jako interpretatorka i wykonawczyni zaleceń lekarza.

Jako pielęgniarka psychiatryczna mogę stwierdzić, że komunikacja z osobami chorymi psychicznie jest czymś szczególnym. Jest elementem leczenia i wymaga specjalistycznej wiedzy, bo przecież wielu z tych chorych wcale nie chce komunikować się z otoczeniem lub ma trudności z nadawaniem i przyjmowaniem komunikatów. Różne zaburzenia psychiczne a także każdy człowiek z osobną wymagają różnego podejścia.

W swojej praktyce zawodowej spotykam się z pacjentami depresyjnymi, nerwicowymi, psychotycznymi, aspołecznymi. Każda z tych sytuacji stawia inne wymagania. Często jest tak, że diagnoza takiego pacjenta wymaga wnikliwej obserwacji gdyż on sam nie jest w stanie opisać swojego problemu, a nawet obserwowanie jego mimiki może prowadzić do fałszywych wniosków. Jednocześnie istnieje duża potrzeba komunikowania się z takimi pacjentami, ponieważ potrzebują oni wsparcia, uwagi, zrozumienia i innych oddziaływań o charakterze terapeutycznym. Ponadto na jakość komunikacji ma wpływ stopień nasilenia choroby. Inaczej komunikacja wygląda z osobą z łagodnym zespołem depresyjnym a inaczej z głęboką depresją.

W trakcie swojej pracy zawodowej wypracowałam sobie taką postawę wobec chorych, która jest dobra zarówno dla nich jak i dla mnie. Sądzę, że moja postawa jest dla chorych komunikatem, nawet gdy nie jest możliwe porozumienie za pomocą słów. Staram się, aby pacjenci postrzegali mnie jako osobę godną zaufania, niezawodną i konsekwentną. W swoich komunikatach używam języka prostego i zrozumiałego. Kiedy jest to stosowne wyrażam pozytywne uczucia wobec pacjentów: ciepło, opiekuńczość, szacunek. Jednocześnie muszę być stanowcza, zwłaszcza wobec pacjentów, którzy próbują mną manipulować. Staram się rozumieć pacjentów i ich psychiczne cierpienia. Nie lekceważę ich. Akceptować takimi jakimi są.

Odnosnie komunikacji werbalnej i niewerbalnej staram się pamiętać o kilku zasadach:

1. atmosfera, którą stwarzam własną postawą będzie wpływała na interakcję z pacjentem
2. ponieważ jest to szpital, którego celem jest leczenie chorych to ja określam jakim celem ma służyć komunikowanie się z pacjentem
3. dla właściwego kontaktu powinny być rozwiązane lub przynajmniej rozpoznane sfery konfliktowe
4. obserwacja i kontakt z chorym ma służyć zmianie ich zachowania prowadzącej do poprawy stanu zdrowia.

Jak powszechnie wiadomo komunikowanie się między ludźmi dzielimy na komunikowanie werbalne i niewerbalne. O precyzji komunikowania decyduje jej zbieżność, np. nasza mimika powinna być dostosowana do tego co mówimy. Zachowania pozawerbalne wyrażamy przez:

- wyraz twarzy
- gest i różne rodzaje ruchów ciała

- sposób patrzenia, czyli kontakt wzrokowy
- dotyk
- sposób mówienia, np. zmiany w tonie głosu, długość pauz
- sposób wykorzystania przestrzeni

W komunikowaniu się z chorym psychicznie najlepiej być sobą o ile nasza postawa wobec chorego jest godna zaprezentowania. Jeżeli ktoś w stosunku do chorych psychicznie ma niewłaściwą postawę to nie powinien z nimi pracować. Jeżeli przybiera się maskę współczucia, moralizatorstwa lub koleżeńskości to może być to łatwo przez chorego rozpoznane. Chorzy psychotyczni są bardzo wyczuleni na nieszczerłość uczuć. Z tego powodu każdy gest pielęgniarki, mimika, wypowiedziane słowa mogą na chorego działać bardzo leczniczo lub bardzo negatywnie. W rozmowie z chorym staram się uwzględnić kilka czynników, np. dbam o to, aby nawet krótka rozmowa trwała odpowiedni do sytuacji czas przez co mogę okazać swoje zainteresowanie pacjentem. Gdy o coś pytam chorego daję mu czas do krótkiego namysłu. O ile jest to stosowne pytam również o sprawy nie dotyczące leczenia a na przykład związane z rodziną chorego lub problemami, które pacjent ma poza szpitalem. Istotną sprawą jest sposób zwracania się do chorego. Wołanie chorego po nazwisku nie należy obecnie do dobrych zwyczajów. Wszelkiego rodzaju wyśmiewanie się, lekceważenie chorych nie powinno mieć miejsca. Z drugiej strony, gdy pacjent psychotyczny opowiada na przykład o tym, co zrobiono mu w nocy kiedy spał to powinien otrzymać bezpośredni i prosty komunikat, że to co opowiada jest wynikiem choroby a nie faktem. Również wtedy, gdy wiem, że pacjent psychiatryczny nie zjada posiłków, nie przestrzega podstawowych zasad higieny lub odmawia przyjmowania leków muszę być osobą stanowczą i używać różnego rodzaju perswazji. Powszechnie znanym faktem jest, że aby wpłynąć na chorego należy zmniejszać to co dobre w postawie chorego, a nie krytykować. Aby pacjent z nami współpracował staram się stworzyć atmosferę wzajemnej sympatii. Wtedy trudno jest pacjentowi odmówić spełnienia różnych zaleceń wobec osób, które okazują mu tyle dobrych uczuć.

Jedną z najczęściej spotykanych chorób psychicznych na oddziale psychiatrycznym jest depresja. Z własnego doświadczenia wiem, że zbliżanie się do pacjenta depresyjnego i komunikowanie się z nim jest trudne. Przede wszystkim wycofuje się on z kontaktu. Pielęgniarka powinna unikać każdego zachowania, które mogłoby być interpretowane jako odrzucające lub lekceważące. Pacjent depresyjny czuje się bezwartościowy i brak zainteresowania jego osobą zmniejsza to uczucie. Gdy ma on wrażenie, że pielęgniarka nie interesuje się nim lecz pracuje z nim z obowiązku czuje się jeszcze bardziej bezwartościowy. Błędem wynikającym z niezrozumienia sprawy jest „rozweselenie go na siłę”. Uczucia pacjenta są prawdziwe a takie rozweselenie może być oznaką, że je lekceważymy. Z takim pacjentem musi odbywać się komunikacja, jeśli nawet początkowo chory nie reaguje. Pragnie on jednak by do niego mówiono, zwracano się do niego po imieniu i słuchano co mówi. Komunikatem jest również wspólne milczenie. Początkowo pacjent taki może być zdolny tylko do rozmowy na neutralne tematy, a później przejść do bardziej osobistych problemów.

Na oddział psychiatryczny trafiają też pacjenci z zachowaniami aspołecznymi. Są to ludzie, którzy pozornie bardzo łatwo porozumiewają się i wchodzą w związki. Wkrótce po przybyciu próbują wszystkimi manipulować. Do rozpoznania ich zachowań konieczna jest wnikliwa obserwacja. Muszę być wtedy konsekwentna i stanowcza. Zwykle są to pacjenci

inteligentni, łatwo się nudzą i zaczynają wówczas wykazywać tendencję do dominacji i wykorzystywania innych. Aby móc przeciwstawić się tym zachowaniom członkowie zespołu terapeutycznego wymieniają się swoimi spostrzeżeniami. Wiem, że wobec takiego pacjenta muszę być opanowana, spokojna, stanowcza i konsekwentna. Nie oczekuję, że pacjent taki będzie „lepszy” niż w rzeczywistości. Komunikowanie się z tego typu pacjentem nie powinno polegać na wdawaniu się z nim w długie dyskusje, ponieważ mogą one prowadzić do nieuzasadnionych ustępstw z naszej strony. Wyjaśnienia krótkie i jasne, stawianie granic są bardziej efektywne. Jeżeli pielęgniarka będzie widziała w takim pacjencie pewien określony typ patologii, nie będzie oczekiwała zachowań do których nie jest on zdolny. Będzie akceptowała go takiego jakim jest, nie złościąc się na niego i nie żywiąc do niego urazy, gdy próbuje ją manipulować.

Postępowanie z pacjentem w wieku podeszłym musi z kolei uwzględniać jeszcze inne aspekty. Trzeba podtrzymywać i wzmacniać u pacjenta jego poczucie własnej wartości. Przede wszystkim pragnie on być użytecznym, trzeba go akceptować takim jaki jest- nawet jeżeli jest irytujący, powolny, zapomina się. Nie wolno go odrzucać w swym zachowaniu niewerbalnym. Pacjent w wieku podeszłym mimo swojej dezorientacji bywa łatwiejszy w kontakcie niż na przykład chory z objawami paranoidalnymi. Pacjenci w starszym wieku mogą mieć problemy ze snem, ale potrzebują odpoczynku. Często komunikuję się z tymi pacjentami jak powinni spędzać dzień. Staram się utrzymywać ich w aktywności tak długo jak tylko jest to możliwe i zniechęcać do drzemki podczas dnia jeśli ma ona później skutkować bezsennością w nocy. Podstawowym moim zadaniem jako pielęgniarki wobec pacjenta w podeszłym wieku jest zapewnienie mu bezpiecznego, uporządkowanego otoczenia, dbanie o jego fizyczne potrzeby, umożliwienie mu pracy dostosowanej do jego możliwości, chronienie go przed samym sobą gdy ma problemy z orientacją. Jednym słowem komunikuję się z takim pacjentem w bardzo wielu sprawach dotyczących życia codziennego. Często terapeutycznie wpływa wracanie z pacjentem do wspomnień.

Niezależnie od postawionej diagnozy lekarskiej pacjentowi, którzy trafiają na oddział i z którymi trzeba się porozumiewać w różnych sprawach bywają w swoich zachowaniach bardzo różni: wrodzy, wybuchowi, konfliktowi, labilni emocjonalnie, bierni, perfekcyjni, histeryczni, roszczeniowi, narzekający, obsesyjni itd. Aby sposób porozumiewania się odpowiadał tak różnym sytuacjom trzeba umieć słuchać, mówić, obserwować i rozumieć treści przekazywane przez pacjenta. Moja wieloletnia praca na oddziale psychiatrycznym przekonała mnie, że najlepsze wyniki osiąga się w leczeniu gdy uda nam się nawiązać kontakt z pacjentem, mobilizując tym samym jego aktywność w terapii. Nawet rozległa wiedza medyczna może mieć słabe zastosowanie, gdy nie umie się stworzyć klimatu życzliwości i zrozumienia niezbędnego dla kształtowania się prawidłowego związku terapeutycznego. Zdarza się, że mamy do czynienia z pacjentem psychiatrycznym, który ma duże trudności z pojmowaniem tego co się do niego mówi, nie jest w stanie ani słuchać ani koncentrować się. Wówczas mamy jeszcze do dyspozycji uniwersalne, zrozumiałe prawie dla wszystkich chorych komunikaty niewerbalne: uśmiech, czasami stosowny dotyk, odpowiedni ton głosu. Są to środki, które należy chorym podawać wiele razy dziennie. ■

Regina Ptok

KOMUNIKOWANIE SIĘ Z PACJENTEM AGRESYWNYM

Agresja i przemoc występują najczęściej na tzw. zamkniętych oddziałach psychiatrycznych, w których leczeni są pacjenci z ostrymi psychozami. Agresja ma najczęściej miejsce rano, ponad 30% incydentów występuje pomiędzy godziną 6.00 a 9.00. Najczęściej mają one miejsce w pokoju dziennego pobytu i jadalni, rzadko w pomieszczeniach terapii zajęciowej. Czas posiłków i okresy, kiedy pacjenci zgromadzeni są razem bez ściśle ukierunkowanej aktywności, prowokuje ich do zachowań agresywnych.

Zachowania agresywne pacjenta na oddziale mogą wynikać z różnych przyczyn, m.in. z konieczności pozostania w nim wbrew sobie, trudności z zaakceptowaniem decyzji o pobycie w szpitalu, adaptacji do otoczenia i innych pacjentów. Bardzo często zachowania agresywne wynikają z wcześniejszych przeżyć chorego, jego warunków dorastania i wychowania w środowisku rodzinnym. Są one także obroną przed przeżyciami psychotycznymi albo urojeniami, które każą im widzieć wrogów we wszystkich lub niektórych osobach z personelu czy też innych pacjentach, którzy kogoś im przypominają.

Agresja może występować w następujących grupach zaburzeń psychicznych:

1. zaburzenia osobowości.

Bardzo często agresorzy są diagnozowani jako osoby z zaburzeniami osobowości. Zachowanie takie jak drażliwość, wybuchy złości, zaczepność, dokuczanie innym, ciągle prowokowanie do walki, sprzeciwianie się, uogólniona rywalizacja i wrogość uważane są za przejaw cech osobowości, a w znacznym nasileniu – zaburzeń osobowości. Sprawcy przemocy często pochodzą z rodzin, w których występował problem przemocy, przy czym albo oni sami jej doświadczali, albo byli jej świadkami – pomiędzy rodzicami. Przy próbie komunikacji sprawcy przemocy jawią się jako osoby, które szybko osiągają wysoki poziom frustracji i złości, mogą reagować impulsywnie z zastosowaniem przemocy wskutek łatwej aktywacji agresji. Mówi się też o ich skłonności do uzależnień od substancji psychoaktywnych, zachowaniach manipulacyjnych, labilności nastroju.

2. zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych.

Wśród tego typu zaburzeń wiodącą rolę odgrywa alkohol. Obraz kliniczny związany ze stosowaniem substancji psychoaktywnych może być bardzo bogaty: od ostrych zatruć, poprzez zatrucia przewlekłe i uzależnienia, zespół abstynencyjny, aż po zaburzenia zachowania, nastroju, osobowości, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia świadomości, otępienia i najróżniejsze inne późne następstwa stosowania tych substancji.

3. zaburzenia w przebiegu chorób somatycznych, zaburzenia organiczne i upośledzenie umysłowe.

Istnieje szereg chorób somatycznych, które mogą bezpośrednio wpływać na stan psychiczny osób chorych – jak chociażby zaburzenia endokrynologiczne czy choroby układu krążenia. Także choroby tkanki mózgowej, zapalenia, guzy czy urazy mózgu oraz upośledzenia umysłowe wpływają na psychikę. Cała ta grupa chorób może mieć bezpośredni wpływ na zachowanie lub też może dawać odległe następstwa w postaci zaburzeń procesów poznawczych czy zaburzeń osobowości.

4. zaburzenia zachowania.

U sprawców przemocy spośród zaburzeń zachowania najistotniejsze są zaburzenia nawyków i popędów, a przede wszystkim zaburzona kontrola impulsów. Tego rodzaju zaburzenia mogą być związane z przyczynami organicznymi, z uzależnieniami, z wzorcami zachowania wyniesionymi z rodziny pierwotnej lub też z innymi uwarunkowaniami. Sprawcy przemocy mają zaburzoną kontrolę impulsów agresywnych.

5. zaburzenia preferencji seksualnych.

Dotyczą przede wszystkim sprawców seksualnego wykorzystywania dzieci oraz gwałtów w związkach partnerskich. Z psychiatrycznego punktu widzenia należy uwzględnić pedofilię i sadomasochizm, chociaż homoseksualizm, oglądactwo i ekshibicjonizm – zwłaszcza wobec dzieci – mogą też odgrywać istotną rolę.

6. zaburzenia adaptacyjne i dysocjacyjne.

Sprawcy przemocy to osoby, które wykazują niezwykle silne pobudzenie emocjonalne w kontaktach z ludźmi. Często też nie mają zdolności ekspresji emocji i efektywnego porozumiewania się, a zatem są niezdolni do zachowań asertywnych. Sytuacje konfliktowe mogą ich skłaniać do stosowania mniej efektywnych sposobów rozwiązywania problemów, jak zastraszanie czy słowna i fizyczna przemoc.

W funkcjonowaniu społecznym sprawców przemocy obserwuje się zaburzenia adaptacyjne. Izolacja społeczna jest czynnikiem skorelowanym ze wszystkimi formami przemocy domowej i agresorzy często izolują się społecznie, gdyż mają trudności z tworzeniem i utrzymaniem sieci wsparcia społecznego, co zwiększa oczywiście podatność na stresy i uniemożliwia im społecznie akceptowane rozładowanie.

7. zaburzenia afektywne.

Zaburzenia agresywne występują u osób w stanie maniakalnym lub hipomaniakalnym, które z powodu braku dystansu między sobą a otoczeniem mogą z jednej strony narażać się na agresję innych, a z drugiej same zachowywać się agresywnie. Następną grupą to osoby, które mogą przejawiać agresję w przebiegu depresji, zwłaszcza tak zwanej depresji z pobudzeniem. Zaburzenia nastroju nie osiągające poziomu psychotycznego, na przykład cyklotymia i dystymia, mogą także prowadzić do omawianych zaburzeń zachowania.

8. zaburzenia psychotyczne z kręgu schizofrenii i zaburzenia urojeniowe.

Zachowania agresywne występują u osób z objawami wytwórczymi, czyli urojeniami, a więc zaburzeniami myślenia, oraz halucynacjami, czyli zaburzeniami postrzegania. Z powodu choroby osoby te często zachowują się dla nas niezrozumiale i dziwnie, mogą przejawiać zachowania agresywne. Choroba może uniemożliwić im rozpoznanie znaczenia czynu agresywnego lub powstrzymanie agresywnego zachowania.

Eksplzja agresji u pacjenta bardzo rzadko pojawia się nagle i nieoczekiwanie. Agresywne zachowanie pacjenta jest zwykle poprzedzone nasilonym stresem. Muszą przy tym zaistnieć jednocześnie trzy strukturalne elementy:

1. Bieżące uwarunkowania doprowadziły do wytworzenia się u pacjenta szeregu frustracji, które wywołały reakcję łańcuchową.

2. Przeciążenie obowiązkami i przepracowaniem sprawiło, że personel nie był w stanie optymalnie realizować strategii terapeutycznych i opiekuńczych.

3. Doszło do nieszczęśliwego zbiegu okoliczności, to znaczy jakiś najczęściej banalny czynnik stał się kroplą, która przelała dzban lub mówiąc mniej obrazowo – bezpośrednim katalizatorem wybuchu agresji. Przykładem może być brak rozmowy z pielęgniarką, która nie miała czasu dla pacjenta, albo odwołanie zapowiedzianej wizyty żony, a niekiedy chociażby niesmaczny posiłek.

Fachowy personel jest w znacznej mierze odpowiedzialny za to, czy i na ile podopieczny stanie się pacjentem agresywnym. Personel wytwarza w sobie wrażliwość na dostrzeganie zmian zachodzących w osobowości chorego psychicznie. Jeśli nie jest to pacjent z organicznym uszkodzeniem mózgu lub jeśli nie znajduje się aktualnie w fazie ostrej paranoi – zwykle można bez trudu zaobserwować stopniową eskalację zachowania, którego dopiero ostatnim etapem jest czynna agresja. Przemiana niesprawiającego większych kłopotów chorego psychicznie pacjenta w osobę groźną dla siebie samej i dla otoczenia ma w większości przypadków charakter procesualny i trwa przez pewien czas. W tym procesie rozwoju agresji wyróżnia się cztery fazy:

Faza I – Agresja objawia się w formie niewerbalnego naruszania granic. Pacjent pokazuje mimiką swoje lekceważenie, daje do zrozumienia, że zalecenia osoby pomagającej nie mają dla niego żadnego znaczenia.

Faza II – Pacjent sięga ku przemocy werbalnej, której treścią są zwykle różnego rodzaju groźby, wypowiedane w sposób mniej lub bardziej „parlamentarny”.

Faza III – Pacjent kieruje swoją agresję przeciwko rzeczom, na przykład usiłuje zdemolować pokój.

Faza IV – Pacjent atakuje czynnie personel, innych chorych lub popada w autoagresję.

Powyższe cztery fazy mają etapy pośrednie. I tak za sygnały narastającego zagrożenia agresją należy uznać:

- nietypowe dla tego pacjenta głośne mówienie, operowanie trybem rozkazującym, względnie posługiwanie się superlatywami nieprzystającymi do aktualnej sytuacji;

- pasywny opór, sprzeciw i wszelkiego rodzaju zachowania, które należy zinterpretować jako stawianie ultimatum;

- łamanie dotychczas obowiązujących reguł komunikacyjnych, chory nie dopuszcza, aby jego opiekun wypowiedział się do końca; wyraźnie nie słucha tego, co mamy mu do powiedzenia; próbuje nawiązać luźną konwersację z innymi obecnymi osobami, choć wie, że właśnie teraz jest adresatem wypowiedzi fachowo pomagającego;

- łamanie regulaminu oraz innych obowiązujących w placówce reguł i ustaleń, posługiwanie się logiką faktów dokonanych; obserwujemy zachowanie przeczące dotychczasowej lojalności pacjenta i już osiągniętemu poziomowi współpracy z lekarzem, opiekunem czy pielęgniarką;

- uszkodzanie wyposażenia pomieszczeń, w których przebywa chory;

- próby zastraszania personelu;

- elementy krótkotrwałej przemocy – uderzanie, drapanie, popychanie innych osób.

Za poważne ostrzeżenie należy uznać stan pacjenta, w którym zachowuje się on tak, jak gdyby nie dochodziły do niego bodźce zewnętrzne. Chory nie reaguje na słowa, siedzi bez ruchu wpatrzony w jeden punkt. Psychiatra określa ten stan mianem wewnętrznej fragmentacji – człowiek nie jest

w stanie odnieść swego postrzegania do rzeczywistości. Znajduje się w stanie przypominającym nasłuchiwanie, a jednocześnie odczuwa lęk. Jeśli teraz jakiś impuls zostanie przez pacjenta błędnie zinterpretowany, dojdzie do niekontrolowanej reakcji. Ponieważ mamy do czynienia z osobą chorą psychicznie, musimy zdawać sobie sprawę, że może ona cechować się przewrażliwieniem, nadmiernym niepokojem i lękiem także w wielu zwykłych, typowych, dobrze jej znanych sytuacjach. Wszystko może być potraktowane przez chorego jako zagrożenie, przed którym trzeba się bronić – a wtedy pojawia się agresja.

Wspólnym mianownikiem wszystkich symptomów w fazie ich największego nasilenia jest maksymalne pobudzenie pacjenta. Oznacza to, że w krytycznym momencie nie możemy na niego wywierać wpływu nawet najlepiej prowadzoną komunikacją werbalną. Rozkręcającą się spiralę agresji trzeba zatrzymać najszybciej jak tylko się da. Sprawy nie należy uważać za całkowicie załatwioną, bo akurat udało się nam uspokoić chorego znajdującego się w stanie silnego wzbudzenia emocjonalnego. Po epizodzie nasilonej agresji następuje wyciszenie, coś w rodzaju fizycznego wyczerpania. Ponieważ jednak pacjent dopiero co podlegał nieuporządkowanym i niekontrolowanym emocjom, na pewno nie zdążył w tak krótkim czasie osiągnąć ich całkowitego ustabilizowania. W każdej chwili kryzys może wybuchnąć na nowo – i pacjent na przykład zaatakuje opiekuna, choć zdawało się, że wszystko jest już pod kontrolą.

Musimy wiedzieć, co robić w przypadku osób, u których agresja i posługiwanie się przemocą są czymś wyjątkowym, a tym bardziej jeśli mamy do czynienia z pacjentem uznanym za szczególnie agresywnego i chętnie używającego przemocy. Złóżymy tym trudnym podopiecznym trzeba umieć przekazać jednoznacznie i autentycznie informację, że żaden z członków personelu medycznego i opiekuńczego nie życzy sobie agresji i nie będzie jej tolerował. Jasne wytyczenie granic odbywa się nie tylko poprzez stanowcze odcięcie się od wszelkich prób zachowań agresywnych podejmowanych przez pacjenta, ale także dzięki osobistemu preferowaniu takiego działania wobec chorego, w którym stosowanie przymusu jest naprawdę wyjątkiem.

Zagrożenie agresją ze strony pacjenta psychiatrycznego można redukować na wiele sposobów. Zmierzamy do tego, by stan pobudzenia emocjonalnego pacjenta zastąpić przywróceniem mu zdolności do prowadzenia komunikacji. Musimy zminimalizować bodźce pobudzające pacjenta do agresywnego zachowania. Wylimitowanie tego rodzaju elementów czyni stres mniej kompleksowym. Pacjent ma mniej powodów, aby nie panować nad swoim zachowaniem. Nie polega to jednak na produkowaniu prostych uspakajających słów, lecz na natychmiastowym odniesieniu się do aktualnego problemu chorego człowieka. Pacjent powinien zauważyć, że nie pojawia się przy nim po to, aby go zneutralizować, lecz w celu niesienia konkretnej, wymiernej pomocy.

Jeśli podopieczny jest mocno zdenerwowany, rozdrażniony, jeśli nie potrafi się kontrolować, wówczas wyraźnie informujemy go, że możemy porozmawiać, gdy tylko będzie czuł się na siłach do podjęcia takiej rozmowy. Niektóre źródła zalecają, aby w przypadku ostrego kryzysu w interweniującej grupie fachowo pomagających znalazła się osoba znana choremu, a zajmująca szczególne miejsce w lokalnej hierarchii społeczności. Wielu chorych zauważa wtedy, że rzeczywiście sytuacja nabrała wyjątkowego charakteru, a więc trzeba się nieco opanować. Jednak nawet wtedy należy dołożyć wysiłku, aby podopieczny poczuł, że ci ludzie zjawili się przy nim po to, aby go odciążyć, a nie pokonać. Trzeba zwracać uwagę na

sposób komunikowania się z pobudzonym podopiecznym, na używane w tej komunikacji słowa i zwroty.

Niekiedy wypowiedzi prowadzą do wzmocnienia u pacjenta postaw konfrontacyjnych – a to w wyniku niepewności, niepokojów, lęku, poczucia zagrożenia. Zaleca się tłumaczenie wyraźnym głosem pacjentowi, co i dlaczego będziemy teraz robili. Jeśli słowa pokrywają się z czynami, jeśli chory, już i tak zdenerwowany i pogubiony, nie musi przynajmniej zgadywać, co się za chwilę z nim stanie – wtedy rośnie prawdopodobieństwo, że z mniejszym oporem podda się czynnościom wykonywanym przez osoby, które zajmują się nim codziennie.

Niekiedy konieczne będzie zdecydowanie i wyraźne określenie granicy, której choremu nie wolno przekroczyć. Pacjent musi wiedzieć, że po złamaniu tej reguły będzie poddany fizycznemu unieruchomieniu i wyciszeniu farmakologicznemu. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów psychiatrycznych. Nigdy nie wolno lekceważyć zagrożenia stwarzanego przez agresywnego pacjenta z psychozą. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec tego chorego musi być mieć wyraźny, kategoryczny charakter. Jeśli personel jest w tych działaniach niezdecydowany, niepewny, jeśli nie zabezpieczy się odpowiednio przed zagrożeniem stwarzanym przez podopiecznego, może on odnieść wrażenie, że nie jest brany na poważnie, że jego stan traktuje się powierzchownie. Pacjent przekonany, że wszyscy go lekceważą i nie rozumieją, zyskuje nową „amunicję” do ładowania swej agresji, a wtedy niewiele brakuje do tragedii. Dlatego w skrajnych przypadkach należy poprosić o pomoc policję.

Już samo pojawienie się umundurowanego policjanta może przebić się do świadomości psychotyka jako sygnał, że posunął się za daleko. Również skumulowanie sił o wyraźnej, bezdyskusyjnej przewadze wpływa na pacjenta z psychozą uspokajająco. Psychotyk nie podejmie zwykle konfrontacji, widząc przed sobą grupę personelu – jest to więc deeskalacja w pełnym tego słowa znaczeniu. Personel powinien zawsze dbać o dobro pacjenta, także tego agresywnego, ale nie powinien wystawiać samego siebie na niepotrzebne niebezpieczeństwo. Nie wolno też dopuścić do narażenia zdrowia i życia osób trzecich. Kto nie musi brać udziału w konfrontacji z agresywnym pacjentem, ten powinien się sam oddalić albo powinien zostać wyprowadzony.

Towarzyszące agresji chorego obraźliwe epitety pod adresem personelu nie powinny być przez niego odbierane jako adresowane do niego prywatnie i należy je traktować jako wynik choroby. W przypadku agresji pacjenta, niewskazane jest utrzymywanie z nim długiego kontaktu wzrokowego oraz okazywanie mu pozawerbalnie niechęci i robienie surowych min, a także niedopuszczalne jest uzewnętrznianie swoich negatywnych ocen jego zachowania. Ważne jest, aby zachować granicę bezpieczeństwa dla siebie (odległość ok. 2 m) i nigdy nie robić w tym czasie notatek. Warto mu przypomnieć, gdzie się znajduje, co się z nim dzieje i kim są osoby nim opiekujące. W przypadku komunikowania się z osobą z tytułami naukowymi, zwracamy się do niej w sposób sformalizowany.

Prowadząc rozmowę z pacjentem agresywnym należy mieć na uwadze to, że ze względu na jego stan, powinna być ona krótka i rzeczowa. Rozmowę rozpocząć od tematów neutralnych, które nie wywołują u niego dodatkowych napięć. Należy mówić pewnie i wolno, wykazując jednocześnie zdecydowanie i śmiałość. W przypadku krzyków chorego absolutnie nie należy go przekrzykiwać, tylko panować nad spokojnym tonem głosu. Nie należy również narzucać pacjentowi zajęcia miejsca siedzącego, jeżeli woli stać, gdyż

trzeba uszanować jego decyzję. W przypadku agresji, kiedy pacjent mówi o swoich emocjach, należy odpowiednio wyznaczyć linię rozmowy, dialog skierować na czynnik, który ten stan wywołał. Może to być dla pacjenta szansa znalezienia wspólnego połączenia między jego emocjami a otaczającym światem. Chory, opisując swój obecny stan, przekazuje wyczerpujące informacje na temat doznawanych emocji. Osoba pomagająca musi okazać zrozumienie dla trudnej sytuacji, w jakiej znalazł się pacjent i wysłuchać go, pamiętając przy tym, by nie wykazywać się wobec niego wyższością z racji możliwości użycia przymusu. Jej czynności powinny być wykonywane bez pośpiechu i chaosu. Adekwatne zachowanie personelu to neutralność, nieakceptowanie tego typu zachowań chorego. W ten sposób pacjent uczy się nowych, poprawnych wzorców postępowania. Zachowanie spokoju, niwelacja napięć i unikanie współzawodnictwa stanowią najlepsze metody w kontakcie z chorym. Można mu zaproponować podanie leku w obecności trzecich. Jeżeli sytuacja na to pozwala, warto też umożliwić mu odreagowanie negatywnych emocji. Kiedy minie atak agresji, można zachęcić go do oceny własnego zachowania. W przypadku opinii negatywnej nie stwarzamy sytuacji nagany pacjenta.

Podsumowując, podstawowe zasady kontaktu z pacjentem agresywnym to:

- powstrzymać się od przyjmowania postawy osądzającej i nie traktować dosłownie obraźliwych zachowań pacjenta (uważać je za przejaw zaburzeń psychicznych, a nie wyraz rzeczywistego stosunku chorego do personelu);
- nie okazywać swojej przewagi wynikającej z dysponowania środkami przymusu, nie wykonywać groźnych gestów i przybierać groźnych póz i postaw, unikać przedłużającego się kontaktu wzrokowego;
- unikać nierealnych oczekiwań, np. że agresywny pacjent od początku będzie chciał współpracować albo szybko się uspokoi;
- jeśli pacjent zachowuje się hałaśliwie, unikać wzajemnego przekrzykiwania się, gdyż zazwyczaj prowadzi to do eskalacji agresji;
- w sytuacjach sam na sam starać się nie blokować dostępu do drzwi, nie zamykać drzwi do pokoju, by pacjent nie odniósł wrażenia, że znalazł się w pułapce;
- dawać do zrozumienia pacjentowi, że jest się świadomym jego skłonności do niebezpiecznych zachowań
- rozważyć możliwość wystąpienia agresywnych zachowań pacjenta w odpowiedzi na propozycje terapeutyczne, które wzbudzą jego niezadowolenie;
- wyrażać pragnienie niesienia pomocy pacjentowi w odzyskaniu przez niego samokontroli;
- wykorzystać symboliczne przyjazne gesty, np. zaproszenie do zajęcia miejsca w wygodnym fotelu, poczęstowanie napojem lub czymś do zjedzenia, papierosem itp.;
- na samym wstępie rozpoznać stopień zdolności pacjenta do kontroli impulsywnych, agresywnych skłonności i ocenić wskazania do zastosowania środków farmakologicznych oraz przymusu bezpośredniego. ■

Opracowała na podstawie książki Ewy Wilczek-Rużyczki
„Komunikowanie się z chorym psychicznie”
Małgorzata Taranek

Rys historyczny – kształtowanie się poglądów dotyczących zakażeń i walki z nimi

„...Zło rozpoznane zawczasu (co potrafi tylko człek rozsądny) da się zażegnać snadnie, lecz skoro dopuści się je do takiego rozrostu, że dla każdego staje się widoczne, wówczas już nie bywa na nie rady.”

Niccolo Machiavelli Książę, 1513
[tłum. Wincenty Rzymkowski]

Zakażenia szpitalne związane są z codziennym funkcjonowaniem szpitali i stanowią jeden z najpoważniejszych problemów medycznych.

Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, Europie i USA wskazują, że u około 10% chorych podczas pobytu w szpitalu rozwijają się zakażenia. Dane z USA sugerują, że około 1/3 zakażeń szpitalnych można zapobiec. [23] Problem ten dotyczy też pacjentów leczonych w polskich szpitalach. Nadal nie wiadomo dokładnie jaki odsetek chorych w Polsce zapada na zakażenia szpitalne [12] (brak systematycznej i uczciwej rejestracji zakażeń oraz niechęć do ich ujawniania). Jednak, co roku w polskich szpitalach dochodzi do zakażeń szpitalnych leczonych tam pacjentów. Powoduje to zwiększone koszty leczenia tych pacjentów, co ogólnie zwiększa koszty finansowe szpitala. Dla pacjenta zakażenie szpitalne jest powodem dodatkowych cierpień, przedłużonego pobytu w szpitalu, stresu, a w sytuacjach krytycznych nawet zgonu. Dodatkowym problemem dla dyrekcji szpitali są wysokie koszty odszkodowań uzyskiwanych na drodze sądowej, w przypadku pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, będące wynikiem zakażenia szpitalnego.

Skuteczna walka z zakażeniami musi wiązać się z uświadomieniem sobie, że zakażenia są i będą, a ich ukrywanie nie ma sensu. Jeżeli nie będziemy monitorować zakażeń, to nie będzie można ich eliminować. Tylko świadomość i wiedza o przyczynach, czynnikach etiologicznych i objawach klinicznych zakażeń, może doprowadzić do prawidłowej ich kontroli i zwalczania.

Wraz z powstaniem pierwszych szpitali pojawił się problem zakażeń szpitalnych. Już w 1808 roku chirurg angielski John Bell radził swoim chorym, aby jak najszybciej po zabiegu, którym najczęściej była amputacja kończyny, opuszczali szpital, ponieważ właśnie w szpitalu grozi im gangrena i śmierć.

Florence Nightingale określając w swojej teorii środowisko osoby ludzkiej odrzucała odkrycia mikrobiologiczne, stwierdzające istnienie mikroorganizmów wywołujących choroby.

Jednak jeden z jej kanonów pielęgniarstwa mówi o dbaniu o higienę własną i pacjenta z wykorzystaniem „świeżej” wody, która jest tym dla skóry, czym „świeże” powietrze dla płuc.

Działania podejmowane w ramach tego obszaru to dbanie o czystość rąk (twarzy) przez pielęgniarki, zapewnienie czystości podłóg, ścian pokoi pacjentów, mycie ciała pacjentów, zmiana bielizny pościelowej i osobistej w zależności od potrzeby.

„Zanieczyszczona skóra z zacopowanymi porami, przepocona bielizna jest przeszkodą w zdrowieniu, a nawet trucizną powoli zaburzającą funkcjonowanie organizmu” [10].

W 1843 roku Ignaz Philip Semmelweis zalecił mycie rąk w wodzie chlorowanej, aby zmniejszyć ilość zakażeń połogowych tzw. gorączki połogowej.

Jako pierwszy zasady postępowania aseptycznego wprowadził Joseph Lister (1827 – 1912). Dzięki niemu w 1867 roku w sali operacyjnej zastosowano płyn antyseptyczny.

William Halsted w 1894 roku wprowadził zastosowanie sterylnych rękawiczek do zabiegu operacyjnego. W tym samym roku Schimmelbusch zastosował obkładanie pola operacyjnego jałowymi serwetami.

W 1955 roku Colebrook zaproponował, aby „infection control officer” obecny już w amerykańskich szpitalach był pełnoetatowym członkiem szpitalnego zespołu medycznego[11].

W latach sześćdziesiątych w większych zespołach szpitalnych w USA, Anglii i w niektórych krajach Europy zachodniej zaczęto organizować komitety do spraw zakażeń szpitalnych.

W 1980 roku w Anglii powstało Stowarzyszenie Zakażeń Szpitalnych.

Pierwsza konferencja w Polsce na temat zakażeń szpitalnych i metod ich zwalczania odbyła się w 1981 roku.

15.III.1983 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał zarządzenie dotyczące zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. W zarządzeniu tym została podana definicja zakażenia w brzmieniu „Przez zakażenie szpitalne rozumie się zakażenie, które nastąpiło w szpitalu i ujawniło się w okresie pobytu w szpitalu lub po jego opuszczeniu i zostało spowodowane przez udokumentowany epidemiologicznie czynnik chorobotwórczy pochodzący od innego chorego lub pracowników szpitala albo przez endogenny czynnik mikrobiologiczny”. Rozporządzenie to określało również sposób powoływania, skład i zadania szpitalnych i wojewódzkich zespołów do zwalczania zakażeń szpitalnych. Zawierało również wytyczne, dotyczące rejestracji oraz zgłoszeń pojedynczych przypadków jak i ognisk zakażeń w szpitalu. Wydanie tego zarządzenia nie zapoczątkowało jednak działalności zmierzającej do rzeczywistego rejestrowania i zwalczania zakażeń. Brak laboratoriów mikrobiologicznych, lekarzy mikrobiologów i lekarzy epidemiologów na oddziałach szpitalnych oraz nakazowy charakter rejestracji zakażeń przyczynił się do zaniechania działalności w tej dziedzinie.

Następnym krokiem w zwalczaniu zakażeń w Polsce było utworzenie dopiero w 1994 roku Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych. Zadaniem tego zespołu była działalność edukacyjna i integracyjna.

W 1995 roku został powołany Zespół ds. Opracowania Programu Zwalczania Zakażeń Szpitalnych, który w 1996 roku przedstawił krótkie opracowanie „Zakażenia Szpitalne” zawierające podstawowe informacje na temat zakażeń i najważniejsze zasady postępowania w przypadku zakażeń szpitalnych.

W ostatnich latach nastąpił ogromny postęp w dziedzinie kontroli zakażeń. Opracowywane programy są wielokierunkowe – obejmują rozpoznawanie i rejestrację zakażeń, analizę przyczyn, ich występowania, opracowanie i przestrzeganie zasad szeroko pojętej higieny szpitalnej oraz edukację personelu. W 1998 roku powstało Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych. Celem stowarzyszenia jest między innymi podejmowanie inicjatyw i promocja skutecznych rozwiązań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń epidemiologicznych.

W 2001 roku w Polsce ukazała się ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach. Ustawa ta określa między innymi zasady i tryb postępowania w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zagrożeń u ludzi, a w szczególności

rozpoznawanie i śledzenie sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowanie działań przeciw epidemicznym i zapobiegawczym. Ustawa ta określa również skład Zespołu Kontroli Zakażeń Zakładowych (ZKZZ) i jego zadania oraz skład i zadania Komitetu Kontroli Zakażeń Zakładowych (KKZZ). Zmienia również określenie zakażenia „szpitalnego” na „zakładowe”.

Kolejna nowelizacja ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nastąpiła 5 grudnia 2008r (Dz. U Nr 234 poz 1570), w której to ustawie powrócono do określenia zakażenia „szpitalnego” nadając mu nowe brzmienie;

„Zakażenie szpitalne- zakażenie, które wystąpiło w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba;

a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo

b) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania „

Najnowszym aktem prawnym regulującym działania w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi jest ustawa z dnia 13 lipca 2012 r o zmianie ustawy o zapobieganiu zakażeń oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Działania te usystematyzowały sposób monitorowania, kontroli i rejestracji zakażeń oraz raportowanie zakażeń szpitalnych. Systematyczne i prawdziwe dane ze wszystkich szpitali w Polsce może pozwolić na określenie procentowe zapadalności na zakażenia w szpitalach polskich i nie będzie to już tzw „czarna dziura”.

Renata Błaszczuk
Specjalistka w dziedzinie
pielęgniarstwa epidemiologicznego

SKUTKI ZDROWOTNE NARAŻENIA NA HAŁAS

Ponieważ narząd słuchu jest systemem ostrzegawczym jego droga nerwowa jest złożona i prowadzi do części słuchowej kory mózgowej nie prostym szlakiem, ale ma liczne rozgałęzienia prowadzące do ośrodków podkorowych oraz pnia mózgowego, które kierują somatycznymi funkcjami organizmu, dlatego wywołują reakcje ogólnoustrojowe[1].

Jeżeli stale jesteśmy narażeni na hałas, wydaje nam się, że się przyzwyczailiśmy, bo mózg, aby zmniejszyć dyskomfort wysyła mniej informacji, więc odczucia nie są już tak głośne [2].

Jeżeli nasz organizm poddany jest długotrwałemu narażeniu na hałas występują następujące etapy:

- adaptacja,
- zmęczenie fizjologiczne,
- zmęczenie patologiczne,
- trwałe uszkodzenie słuchu.

W etapie adaptacji główną rolę odgrywa układ obronny ucha środkowego poprzez skurcz mięśni, zmniejsza się ruchomość kosteczek oraz błony bębenkowej. W okresie adaptacji reakcje obronne można podzielić na natychmiastową i późną. Reakcja obronna polega na chwilowym przesunięciu progów, co

zmniejsza niekorzystne odczucia hałasu. Jeżeli nadal występuje ekspozycja na hałas wyczerpują się zdolności adaptacyjne i dochodzi do czasowego upośledzenia słuchu cofając się po odpoczynku. Zmęczenie fizjologiczne w niekorzystnych warunkach może przejść w patologiczne oraz trwale uszkodzenie słuchu [3].

Hałas impulsowy jest najbardziej szkodliwy, gdyż narząd słuchu wraz z jego mechanizmem obronnym, czyli odruchem mięśni ucha środkowego ma pewną bezwładność i w styczności z hałasem impulsowym jest nieefektywny [4,5]. Podczas silnego impulsowego narażenia dochodzi do skurczu mięśnia strzemiączkowego oraz napinacza błony bębenkowej, na skutek czego usztywnia się łańcuch kosteczek powodując zmniejszenie przewodzenia do ucha wewnętrznego [3]. Impulsowy hałas powoduje gorsze skutki, gdyż niejednokrotnie nie ma czasu na pojawienie się odruchu ochronnego strzemiączkowego [6].

Od indywidualnej podatności zależą zmiany chorobowe w naszym organizmie wywołane hałasem [7]. Wrażliwość na hałas różni się u poszczególnych osobników, a również u jednej osoby w zależności od zmęczenia, stanu psychicznego, złego samopoczucia itd. [3]. Osobnicza podatność na hałas zależy od czynników zewnętrznych, środowiskowych oraz wewnętrznych, genetycznych, współistniejących chorób [6].

Zawartość witaminy A, B, C, D, E oraz magnezu w diecie ma korzystny wpływ na wrażliwość indywidualną, gdyż substancje te działają ochronnie na słuch [8].

Stopień utraty słuchu jest sumą procesu starzenia, działania hałasu, urazów głowy, przebytych schorzeń ucha, chorób zakaźnych, metabolicznych, neurologicznych oraz wpływu leków ototoksycznych, zatruć substancjami toksycznymi takimi jak rozpuszczalniki, metale ciężkie organiczne związki cyny oraz gazy duszące, wdychanie tlenku węgla stwierdzone u palaczy, poprzez oddziaływanie na narząd Cortiego oraz ośrodkową część narządu słuchu [6,9,10,11].

Najbardziej widocznym skutkiem narażenia na systematyczny i wieloletni odbiór hałasu jest uszkodzenie słuchu, powstające w następstwie uszkodzenia komórek receptorowych w uchu wewnętrznym [12]. Upośledzenie słuchu postępuje z upływem lat na skutek nakładania się ubytków słuchu po ekspozycji z ubytkami spowodowanymi starzeniem się i jest nieodwracalne [11].

Na to zaburzenie narażone są głównie osoby pracujące w znacznym hałasie oraz wprowadzające do przewodu słuchowego bezpośrednio głośną muzykę za pomocą słuchawek [12]. Przewlekła ekspozycja na hałas powoduje stopniowe pogarszanie słuchu. We wczesnym stadium jest niezauważalne, gdyż dotyczy zakresu nieutrudniającego rozumienia mowy, nie powoduje bólu, ani żadnych widocznych skutków. Dopiero w późniejszym okresie zaczynają się problemy z odbiorem i rozumieniem dźwięków mowy, dlatego zdiagnozowanie trwa wiele lat. Początkowo zauważa się niezrozumienie pojedynczych głosek w mowie, jeżeli w tle występuje hałas [2,7,10]. Konsekwencją uszkodzenia słuchu jest zaburzenie życia w społeczeństwie, które opiera się głównie na komunikacji werbalnej [5,12]. Ograniczenie sprawności narządu słuchu może stopniowo doprowadzić do izolacji towarzyskiej, czego następstwem może być samotność oraz depresja [13]. Utrudniona zostaje funkcja komunikacji międzyludzkiej, słuchanie telewizji i radia, zwiększa się ryzyko wypadku na ulicy, w pracy, często występują szumy uszne, dzwonienie w uszach, które utrudniają sen oraz odbiór mowy [7].

Początkowe zmiany w uchu wewnętrznym objawiają się na krzywej audiometrycznej ubytkiem, najczęściej w zakresie około 4000Hz, tworzącym charakterystyczną literę V, następnie rozszerzając się na tony wysokie. Jeżeli ubytki są duże, zauważa się u pacjentów zaburzenia w lokalizacji dźwięku. Może dojść do podwójnego słyszenia spowodowanego głównie upośledzeniem słuchu jednostronnym, powodującym przesunięcie w chorym uchu odbioru wysokości tonu. Po ekspozycji na dźwięki o dużym natężeniu pojawia się bolesny, nieprzyjemny ucisk w uszach. Bardzo dokuczliwym objawem są szumy uszne początkowo okresowe, głównie podczas ekspozycji na hałas lub zaraz po jego ustąpieniu, jednak przechodzą w następnym etapie w szumy stałe [3].

Hałas ma negatywny wpływ na organizm człowieka nawet w życiu płodowym i towarzyszy nam przez całe życie [7]. Ponieważ hałas jest zjawiskiem drażliwym i przeszkadzającym, organizm człowieka posiadający mechanizmy regulujące homeostazę, uruchamia mechanizmy obronne, koncentrując się na zmniejszeniu dyskomfortu dźwiękowego, co skutkuje zmęczeniem, obniżeniem koncentracji, pogorszeniem nastroju, drażliwością, bezsennością [14].

Hałas wywołuje zaburzenia snu, zmiany psychiczne, zmniejsza sprawność, zakłóca odbiór mowy, wywołuje negatywne zachowania społeczne oraz patologiczne reakcje układów: pokarmowego, krążenia, wydzielania dokrewnego, zmienia również skład chemiczny krwi [12].

Niepożądane dźwięki wywołują zaburzenia równowagi psychicznej. Początkowo występuje niepewność, obawy, niepokój, następnie można zaobserwować rozdrażnienie, napięcie, pobudzenie, co szczególnie odczuwane jest w chwilach skupienia, wypoczynku. U osób tych występuje nadmierne odczuwanie rozdrażnienia na nawet niewielkie bodźce akustyczne. Po okresie rozdrażnienia pojawiają się stany apatii, obsesji. W dalszym przebiegu zaburzeń psychicznych dochodzi do patologii psychomotorycznej, zwolnienia czynności psychicznych, podwyższenia progów pobudliwości zmysłowej, co opóźnia reakcje umysłowe i psychomotoryczne [3].

Uciążliwość hałasu szczególnie odczuwana jest przez osoby wykonujące prace precyzyjne, koncepcyjne, które wymagają koncentracji uwagi. Stwierdzono, iż hałas obniża pamięć krótkotrwałą, zaburza podzielność uwagi. Hałas wpływając na centralny system nerwowy powoduje: niezadowolenie, nerwowość, zaburzenia koncentracji, wydłużenie czasu reakcji. Z przeprowadzonych badań wynika, że hałas powoduje u nas aspołeczną postawę – jesteśmy mniej skłonni do pomocy innym, ostrzej ich oceniamy, stajemy się bardziej agresywni [1,15,16].

Odczuwalne wibracje stanowią ten sam typ drgań mechanicznych co dźwięki. Odbierane są przez człowieka tkanką kostną, co powoduje przy częstej ekspozycji, uszkodzenie układu kostnego – stawów, dysków. Dochodzi do bólów i zawrotów głowy, zdrętwień, mrowień kończyn, zaburzeń koncentracji, występuje bezsenność, wzmożona nerwowość [9].

Gdy ciało ludzkie narażone jest na intensywne działanie dźwięków podlega silnym wibracjom. W takich warunkach dochodzi do ogólnoustrojowej patologii określanej chorobą wibroakustyczną. [16].

U osób narażonych długoletnio na niepożądane dźwięki dochodzi do zaburzeń w pobudliwości błędnika oraz asymetrii, co wywołuje zawroty głowy [3]. Hałas wpływa na narząd wzroku zmniejszając szybkość gałek ocznych, dochodzi do ograniczenia pola widzenia, zmienia się zdolność rozróżniania kolorów, może wystąpić oczopląs [7].



Objawy niepożądanego działania dźwięków określane są subiektywnie, jako zmęczenie, senność, zaburzenia równowagi, dyskomfort, obniżenie sprawności psychomotorycznej oraz patologię fizjologiczną, co obiektywnie potwierdzone może być zmianami w Ośrodkowym Układzie Nerwowym(OUN) [15].

Podrażnienie OUN początkowo wywołuje reakcje hamujące zwrotne, następnie zaburzenia układu wegetatywnego, co doprowadza do:

- zmian ciśnienia tętniczego krwi, objawiające się jego skokami, zaburzeniu ulega rytm tętna,
- hipersekrecji soku żołądkowego z zaburzeniami perystaltyki, co objawia się nieżytem oraz chorobą wrzodową żołądka,
- zaburzeń metabolizmu, obniża się poziom glukozy we krwi,
- zaburzeń hormonalnych, głównie zauważanych u kobiet [3,17].

Niepożądane dźwięki poprzez pobudzenie nerwowego systemu autonomicznego oraz wydzielania dokrewnego prowadzą do stopniowego podwyższenia ciśnienia tętniczego krwi, tętna, powoduje skurcz naczyń krwionośnych. Razem ze wzrostem hałasu wzrasta ryzyko wystąpienia chorób sercowo – naczyniowych. Jeżeli narażenie trwa długo i powtarza się, u osób wrażliwych dochodzi do wystąpienia choroby niedokrwiennej serca oraz choroby nadciśnieniowej [1,17,18].

Najbardziej drażliwym objawem jest uczucie wibrowania narządów wewnętrznych z podniesieniem ciśnienia akustycznego oraz ucisk w uszach. Angielscy badacze stwierdzili, że podobnie jak alkohol, dźwięki zaburzają czynności nerwowe, co objawia się uczuciem niepokoju, strachu, mogą wystąpić mdłości, ból głowy, zamazana ostrość widzenia, oczopląs, zaburzenia równowagi, zmęczenie [14]. ■

AUTOR:
EDYTA CZERWIŃSKA

W DNIU 8 PAŹDZIERNIKA 2012 ROKU
DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO im. NMP w CZĘSTOCHOWIE
PRZEPROWADZIŁA KONKURS NA STANOWISKO
PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ
ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA
STANOWISKA

PANIĄ EDYTĘ ARKUSZEWSKĄ



W DNIU 26 PAŹDZIERNIKA 2012 ROKU
DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
NEUROPSYCHIATRYCZNEGO im. CYRANA
PRZEPROWADZIŁA KONKURS NA STANOWISKO
PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ
ODDZIAŁU PSYCHIATRII SĄDOWEJ O PODSTAWOWYM
STOPNIU ZABEZPIECZENIA

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA
STANOWISKA

PANIĄ KATARZYNĘ SERAFIN

**Gratulacje wraz z
życzeniami pomyślności
i sukcesów zarówno w
pracy zawodowej jak i w
życiu osobistym z okazji
wygrania konkursu
składu Samorząd
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.**



Informacje



Szanowni Państwo,
już po raz kolejny mamy zaszczyt zaprosić Państwa na XIII Ogólnopolską i III im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej Konferencję Naukowo-Szkoleniową „Pielęgniarstwo - zawód z tradycjami i z przyszłością”, która odbędzie się w dniu 20 kwietnia 2013 roku, w siedzibie Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie, przy ul. Wojska Polskiego 51.

Będziemy zaszczytzeni, jeśli zechcieliby Państwo przyjąć zaproszenie do udziału w konferencji.

W załącznikach znajduje się Komunikat I oraz karta zgłoszenia uczestnictwa.

Szczegóły, uzupełniane na bieżąco, będą dostępne na stronie: www.pwszciechanow.edu.pl ■

Z wyrazami szacunku, Organizatorzy

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

UPRZEJMIIE INFORMUJEMY ŻE:

- **POSIADAMY JUŻ W SPRZEDAŻY NOWE REKUSY
(OBOWIĄZKOWE OD STYCZNIA 2013)**
- **DRUKUJEMY RECEPTY Z KODAMI KRESKOWYMI:
REGON-u I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
(OBOWIĄZKOWE OD STYCZNIA 2013)**

„Bliscy naszemu sercu, zawsze pozostaną
głęboko w naszej pamięci...”

Z wielkim żalem i smutkiem, żegnamy
Naszą Drogą Koleżankę

ALICJĘ SZNAJDER

Pełni zadumy nad ulotnością życia, pozostajemy
w smutku i łączymy się z Rodziną
Pielęgniarki i Położne Samodzielnego
Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lublińcu.



„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią się im płaci”

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
rodzinie zmarłej

Pielęgniarki

Alicji Szajder

składa

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.**

W dniu 14.11.2012r odeszła nas
nasza koleżanka i przyjaciółka, która na zawsze
pozostanie w naszych sercach

Anna Kuśmierz

wspomnienia o Niej pozostaną w nas na zawsze.
Pozostawiła po sobie smutek i ból. Ania była zawsze
radosna i uśmiechnięta, wiedziała czego chce od życia,
potrafiła odnaleźć się w każdej sytuacji. Miała w sobie
wielką siłę życia. Przez lata nie dawała się chorobie,
która i tak Ją pokonała.

Koleżanki i koledzy z NZOZ Medicor Myszków



*Od życia dużo chciałaś,
od siebie wiele dałaś....
walczyłaś, ale przegrałaś.
Jak trudno żegnać na zawsze
Kogoś, kto jeszcze mógł być z nami.*

Z wielkim żalem i bólem żegnamy naszą

**Koleżankę
Pielęgniarkę**

Panią Annę Kuśmierz

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie zmarłej
składa

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.**

GODZINY PRACY BIURA OIPI

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

Szkolenie dla pielęgniarek i położnych „Odpowiedzialność Zawodowa Pielęgniarek i Położnych”

Zorganizowana przez
Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
OIPiP w Częstochowie
Myszków 8 listopada 2012 roku.



Egzamin końcowy kursu specjalistycznego dla pielęgniarek i położnych „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”

Ośrodek Szkoleniowy
przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
Lubliniec - dnia 8 listopada 2012 roku

