

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



VI Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego
**nt. „Współpraca z jednostkami
wyspecjalizowanymi”**

Krynica-Zdrój 1-3.X.2014 roku.



Listopad 2014r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

**OTWARCIE GABINETU TERAPII POLISENSORYCZNEJ
NZOZ CENTRUM OPIEKI I REHABILITACJI „ZDROWIE” S. C.
CZĘSTOCHOWA, 29 PAŹDZIERNIKA 2014 ROKU**



W NUMERZE:

Życzenia świąteczne

Sytuacja pielęgniarstwa
i położnictwa na terenie
działania OIPIP

Kalendarium

Prezydium i Rada

Prawo

Pisma

Konferencja

Prace autorskie

Informacje

**Biuletyn informacyjny
wydawany przez
Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie**

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

Adres Redakcji (siedziba Izby):
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
sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

Ośrodek szkoleniowy:
tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czest.pl

MILLENNIUM 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

Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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



Zbliżają się Świąta!!!

Święta Bożego Narodzenia to czas pełen magii, czarów, radości i piękna. Czas spełniania marzeń i okazywania sobie jak nigdy dotąd wzajemnej troski i miłości. Podczas tych dni, zapatrzeni w roziskrzoną choinkę, w uśmiechnięte twarze naszych bliskich odkrywamy sens życia.

Święta Bożego Narodzenia poprzedzone są przygotowaniem. W tym okresie nasze domy zaczynają przybierać świąteczny wygląd. Pojawiają się ozdoby świąteczne, dom wypełnia się zapachem ciast i innych świątecznych potraw. Na Wigilię Bożego Narodzenia niemal każda polska rodzina umieszcza w swoim mieszkaniu i dekoruje choinkę. Podczas Wigilii gromadzimy się całymi rodzinami w oczekiwaniu na pierwszą gwiazdkę zwiastującą narodzenie Jezusa, dzielimy się opłatkiem, śpiewamy kolędy, a o północy całymi rodzinami podążamy na pasterkę. Podczas Wigilii dzieci, jak również dorośli oczekują także, na rozpakowanie prezentów, które według polskiej tradycji znajdujemy pod choinką.

Święta te jak żadne inne, skłaniają nas do zadumy, zamyślenia i wspomnień. Czasami jest to jedyna okazja w całym roku, żeby się spotkać z rodziną i odnowić więzy rodzinne, a nawet zażegnać różne spory czy nieporozumienia. Zatrzymajmy się więc na chwilę, pomyślmy o sobie i naszych najbliższych, dokonajmy rachunku zysków i strat, nakreślmy priorytety na

przyszłość. Przeżycia tych wielkich dni z pewnością wzmocnią nas i ubogacą, a Nowy Rok otwierając kolejny rozdział otworzy przed nami nowe szanse.

Czas Świąt Bożego Narodzenia to także czas składania najlepszych życzeń swoim bliskim, dlatego też w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, życzę Wam wszystkim, aby tegoroczne Święta Bożego Narodzenia przepełnione były radością i miłością, niosąc spokój i odpoczynek.

Życzę Wam, aby przy świątecznym stole nie zabrakło światła i ciepła rodzinnej atmosfery. Aby w domach zagościła radość, a samotność odeszła w niepamięć.

Życzę Wam, także aby skrzydła wiary przykryły kamienie zwątpienia i uniosły serca ponad przemijanie. Życzę, aby Nowy 2015 Rok szczęśliwy był w osobiste doznania, spełnił wszystkie zamierzenia, dążenia zawodowe i społeczne oraz by przyniósł wiele satysfakcji z własnych dokonań.

Podsumowując moje przemyślenia dotyczące zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, a także w związku z zakończeniem kolejnego roku, chciałabym także podziękować Wam wszystkim za zaangażowanie i ogrom społecznego wysiłku włożonego w działalność Samorządu.

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Halina Synakiewicz

OTWARCIE GABINETU TERAPII POLISENSORYCZNEJ

Dnia 29.10.2014 w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym przy ul. Łukasieńskiego 42/48 w NZOZ Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” s. c. odbyło się uroczyste otwarcie pierwszego gabinetu terapii polisensorycznej dla osób dorosłych z wykorzystaniem urządzenia C – Eye (drugiego takiego w Polsce)! Marzenia zostały urzeczywistnione dzięki wsparciu finansowemu i współpracy z Powiatowym Urzędem Pracy w Częstochowie.

Uroczyste otwarcie gabinetu terapii polisensorycznej inaugurowali Prezydent Miasta Częstochowy Krzysztof Matyjaszczyk, Przewodniczący Rady Miasta Częstochowy Zdzisław Wolski oraz Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie Halina Synakiewicz.

Uczestnikami spotkania byli również: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki Miejskiego Szpitala Zespołowego, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, NZOZ Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” s.c. oraz innych podmiotów leczniczych z terenu miasta Częstochowy

System C-Eye jest unowocześnioną wersją prototypowego urządzenia o nazwie **CyberOko**, którego wynalazcami są naukowcy z Politechniki Gdańskiej. **Głównym przeznaczeniem C-Eye jest zobiektywizowana ocena stanu pa-**

cjenta, z uwzględnieniem stanu świadomości, neuro-rehabilitacja związana ze stymulacją zmysłów i funkcji poznawczych pacjenta oraz komunikacja i rozrywka. Wskazaniem do terapii są przebyte udary, wylewy, urazy czaszkowe mózgu, zaburzenia świadomości, śpiączka, choroby neurodegeneracyjne, autyzm, ADHD, trudności w koncentracji uwagi oraz komunikacji werbalnej, zaburzenia poznawcze. Do pracy z urządzeniem C-Eye potrzebny jest sprawny narząd wzroku (przynajmniej jedno oko – pacjent może posiadać wadę wzroku: nosić okulary lub soczewki kontaktowe).

Dzięki zastosowaniu interfejsu śledzenia wzroku możliwa jest interakcja pacjenta z treścią wyświetlaną na ekranie. C-Eye posiada rozbudowane treści multimedialne, bazę danych gromadzącą wyniki wszystkich badań i pozwalającą na wizualizację postępów pacjenta w czasie prowadzonej terapii. W marcu 2013r. prototypowa wersja CyberOko została wybrana **"Polskim Wynalazkiem 2013"**. Dyrekcja i Zespół Tera-peutyczny „Zdrowia” są przekonani o właściwym wyborze i kierunku tej innowacyjnej terapii, która znajdzie coraz większe zastosowanie w pielęgniarstwie i rehabilitacji.

Gabinet stworzono wzorując się na „salach doświadczania świata” – snoezelen, opierając się na aktualnych wynikach badań naukowych oraz powstał z potrzeby niesienia pomocy osobom przebywającym w śpiączkach, niejednokrotnie uwięzionych we własnych ciałach. Na przestrzeni lat 2006 – 2014 „Zdrowie” zaczęło odnosić pierwsze sukcesy - dzięki dzia-

laniom całego Zespołu Terapeutycznego, zostały już wybudzone ze śpiączki trzy osoby, a jedna z tych osób przybyła wraz z Rodziną na uroczystość otwarcia gabinetu terapii polisensorycznej. Takie wydarzenie motywuje cały Zespół do dalszej, trudnej pracy i poszukiwania nowych metod w rehabilitacji.

Gabinet jest pomieszczeniem, w którym świadomie proponowane są bodźce o pierwszorzędym znaczeniu, w przyjemnej atmosferze. Jest to podstawowe aktywizowanie osób, przede wszystkim w zakresie doświadczeń zmysłami za pomocą światła, chromoterapii, muzykoterapii, odgłosów, zapachów, wrażeń dotykowych. Jest to próba integracji wrażeń zmysłowych, aktywizowania obszarów asocjacyjnych mózgu. Rozumiejąc pojęcie plastyczności mózgu, uważa się, że pobudzanie neuronów do aktywności prowadzi do utrwalania istniejących i tworzenia nowych połączeń między nimi. W gabinecie czas nie odgrywa roli, każdy pacjent ma swoje własne tempo przyjmowania określonych bodźców, postrzegania i zdobywania doświadczeń.

Korzyści związane ze stosowaniem terapii polisensorycznej:

- Zapobieganie rozpadowi rzadko używanych szlaków neuronalnych,
- powstawanie nowych połączeń synaptycznych, przyjmując zasadę neuroplastyczności mózgu,
- nawiązanie kontaktu z osobami w stanie minimalnej świadomości lub w zespole zamknięcia,
- diagnostyka pacjentów z dysfunkcjami neurologicznymi i zaburzeniami świadomości,
- zwiększanie świadomości i poprawa koncentracji uwagi,
- przywoływanie wspomnień,
- stymulowanie funkcji poznawczych,
- poprawa koordynacji wzrokowo – ruchowej,
- stymulowanie komunikacji werbalnej i niewerbalnej,
- poprawa kreatywności,
- rozwijanie poczucia przyczyny i skutku,
- poprawa wokalizacji,
- promowanie interakcji społecznych,
- poprawa zdrowia i jakości życia osób poprzez poprawę aktywności mózgu,
- poprawa samopoczucia pacjenta,
- relaksacja i zabawa!

W najbliższych dniach „Zdrowie” będzie przyjmować również pacjentów przebywających w warunkach domowych. Nie ma przeciwwskazań by wśród pacjentów przybywających do „Zdrowia” znalazły się też dzieci. ■

Notatkę sporządziła Danuta Kryś.

Problemy pielęgniarstwa i położnictwa w lecznictwie stacjonarnym

Pielęgniarstwo to termin używany do różnego rodzaju zadań i działań zawodowych pielęgniarek i położnych. To nauka, wiedza i techniki związane z wykonywanym zawodem. Na przestrzeni lat ulega transformacji. Zmieniają się wymagania w pracy związane z nowymi umiejętnościami, nowymi potrzebami społecznymi, a przede wszystkim

dążeniem do profesjonalizmu. Na skutek zmian dochodzi do zderzenia tradycyjnego wizerunku pielęgniarstwa, gdzie pielęgniarka była bezwzględnie posłuszna lekarzowi i nie miała wpływu na podejmowane decyzje dotyczące procesu pielęgnacyjno-leczniczego a pielęgniarstwa nowoczesnego, w którym pielęgniarka jest równoprawnym partnerem w procesie pielęgnacyjno-leczniczym chorego. Osiąga przy tym coraz lepszą pozycję i samodzielność zawodową. Wraz z rozwojem pielęgniarstwa dochodzi do narastania problemów zawodowych pielęgniarek i położnych. Aktualnie wysoki poziom kompetencji coraz lepsze wykształcenie są dla pielęgniarek i położnych powodem do dumy, ale jednocześnie i frustracji, ponieważ nie we wszystkich placówkach Dyrektorzy podwyższają uposażenie zasadnicze mimo, że ich wykształcenie ma pozytywny wpływ przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Każda z pielęgniarek (pielęgniarzy), położnych liczy się z konsekwencjami swoich błędów. Zna przepisy, które regulują tą kwestię i jest świadoma w swoich prawach i obowiązkach, czyli wie jak powinno być a jak jest.

Pielęgniarki i położne pracujące w szpitalu są narażone na różne zagrożenia zawodowe. Są to czynniki niebezpieczne np.: urazy lub zatrucia związane z wypadkami w pracy (nierówne, mokre podłogi itp.), źle umocowany sprzęt, ostrza, narzędzia chirurgiczne. Mogą to być również gazy sprężone, substancje wybuchowe czy łatwopalne. Kolejne zagrożenia to czynniki chemiczne, biologiczne i fizyczne, które grożą wystąpieniem choroby zawodowej. Następną grupą zagrożeń zawodowych związana jest z sferą psychiczną człowieka. Tu ważną rolę odgrywa komunikacja międzyludzka pielęgniarka - pacjent, pielęgniarka - inni pracownicy. Bardzo ważną rolę w pracy zawodowej pielęgniarek i położnych pełni odpowiedzialność za bezpieczeństwo, życie i zdrowie ludzkie oraz podejmowanie działań ratujących życie. Tu należy wspomnieć, iż personel medyczny w trakcie wykonywania czynności zawodowych jest narażony na przemoc i agresję ze strony pacjentów i ich rodzin. To wszystko może doprowadzić do braku komfortu i zadowolenia z wykonywanej pracy. Pojawia się nietolerancja pracy zmianowej. Dołącza się wypalenie zawodowe. Niestety w szpitalach bardzo często brakuje młodych pielęgniarek. Średnia wieku pielęgniarki, położnej pracującej w częstochowskich szpitalach to 48,24 lata. Patrząc na wiek, przemęczenie związane z tym, że większość pielęgniarek z konieczności pracuje u różnych pracodawców by zwiększyć swoje niskie uposażenie, doprowadza do powiększenia problemów związanych z pracą zawodową.

Należy wspomnieć jeszcze o zagrożeniach związanych ze sposobem wykonywania pracy czyli wymuszoną pozycją ciała, ruchami monotypowymi (to praca wymagająca udziału tylko pewnych grup mięśni, co powoduje ich szybkie zmęczenie), dużym wysiłkiem głosowym, uciskiem na pnie nerwowe, nadmiernym narażeniem mięśni, ścięgien, kaletek maziowych, wysiłkiem fizycznym, obciążeniem układu ruchu oraz czynnikami fizycznymi (promieniowanie jonizujące i pole elektromagnetyczne).

Na problemy zawodowe mają wpływ, również inne czynniki np. brak, bądź niewystarczająca ilość sprzętu ułatwiającego pracę pielęgniarek, położnych takich jak: wózki, podnośniki, ślizgacze. Coraz starszy personel ma problemy zdrowotne. Niestety pielęgniarki, położne nie mają możliwości otrzymania płatnego urlopu zdrowotnego na podratowanie zdrowia. Często występujące choroby kręgosłupa nie są uznawane za chorobę zawodową. Dodatkowo przedłużenie wieku emerytalnego wpływa negatywnie na naszą grupę zawodową. Niska płaca o której wcześniej wspomniano,

często spowodowana jest „ratowaniem budżetu szpitala”, wpływa także determinująco. Dlatego naszym zdaniem minimalna płaca pielęgniarki położnej powinna być zagwarantowana odpórnymi przepisami, a nie decyzją Dyrektorów placówek. Należy również wspomnieć o Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 28.12.2012r w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących, przedsiębiorstwem które jest nie do przyjęcia przez nasze środowisko.

Nasze problemy powinny być problemami całego społeczeństwa. Bo kto będzie opiekował się chorymi, kiedy nie będzie pielęgniarek, położnych???

Pielęgniarstwo to jeden z najpiękniejszych zawodów a zarazem najtrudniejszych, najbardziej odpowiedzialny i stresujący. To zawód wymagający odwagi, pogody ducha, radzenia sobie z przeciwnościami losu, wymaga od osoby sprawującej tą funkcję dużej siły fizycznej, psychicznej i mocnych nerwów. ■

Problemy z jakimi spotykają się pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania

- Bardzo niskie finansowanie świadczeń pielęgniarki medycyny szkolnej, stawka kapitałowa na jednego ucznia w rocznym okresie rozliczeniowym to 48 zł. Koszty wchodzące w skład wynagrodzenia to między innymi: składki na ZUS, ubezpieczenie, podatek, utylizacja odpadów medycznych, koszt materiałów biurowych, produktów wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, środki do dezynfekcji i ochrony osobistej, oprogramowanie komputerowe, preparaty do prowadzenia profilaktyki fluorkowej, koszt rozmów telefonicznych.
- Normy dotyczące zalecanej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę i liczba godzin pracy pielęgniarki przypadająca na poszczególne przedziały liczby uczniów (zgodnie z Rozporządzeniem MZ z 28.10.2013r. – Dz.U. 13.1248 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, załącznik nr 4).
W szkołach liczących poniżej 250 uczniów 1x w tygodniu - 4 godziny. Oznacza to, że w szkole liczącej 20 uczniów pielęgniarka będzie pracować 1x w tygodniu przez 4 godziny, czyli cena godzin pracy pielęgniarki w tym przypadku wynosi 5 zł brutto.
- Trudności związane z zapewnieniem odpowiedniej dostępności pielęgniarki w poszczególnych szkołach. Często pielęgniarka ma pod opieką 8 -9 szkół, co wiąże się z koniecznością przemierzania, a to zwiększa koszty i stratę czasu, który mógłby być przeznaczony na pracę z uczniami.
- Stres związany z bardzo dużą odpowiedzialnością. Pielęgniarka na terenie placówki nauczania i wychowania jest jedynym profesjonalnym pracownikiem medycznym, który czasami musi podejmować bardzo trudne decyzje.
- Brak współpracy ze strony dyrekcji i nauczycieli (niechęć w zwalnianiu uczniów w celu wykonania badań profilaktycznych). Brak odpowiednich pomieszczeń na gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

- Średnia wieku pielęgniarek i higienistek szkolnych powyżej 50 roku życia.
- Brak szkoleń i chętnych do pracy w medycynie szkolnej.

Problemy z jakimi spotykają się pielęgniarki POZ – środowiskowo – rodzinne

- Roszczeniowość pacjentów i ich rodzin (wymuszanie godzin pobrań krwi – najlepiej wszyscy o 8.00, bo trzeba zjeść śniadanie; przynoszenie wyników badań, skierowań na transport do np. szpitala czy poradni specjalistycznej)
- Utrudnione wejście do mieszkania pacjenta (awaria domofonu, niedosłuch pacjenta, pobyt w szpitalu – pielęgniarka przychodzi kilka razy i zastaje zamknięte drzwi)
- Problemy z chorymi psychicznie i uzależnionymi w domu (nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich i pielęgnarskich, zaburzenia w komunikacji)
- Praca w trudnych warunkach atmosferycznych, obawa o własne bezpieczeństwo (ciemne bramy, klatki schodowe)
- Brak możliwości innego zatrudnienia (dostępność od 8.00 do 18.00)
- Obciążenie układu mięśniowo – szkieletowego podczas pielęgnacji obłożnie chorego w domu
- Problemy finansowe – niskie płace

Problemy zawodowe położnych na terenie działania OIPiP w Częstochowie

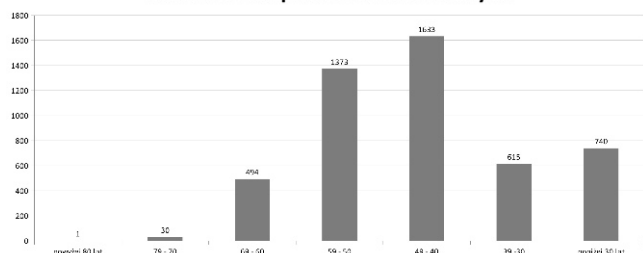
1. Wiek położnych. Średnia wieku położnych to 48,28 lat. Grupa zawodowa położnych jest grupą starzejącą się. Jeszcze kilka lat temu średnia wieku położnych wynosiła 45 lat, obecnie wynosi 48,28. Jest to tendencja niepokojąca, świadcząca o braku napływu młodej kadry.
2. Mała ilość ofert pracy dla położnych.
Na terenie działania naszej Izby od 2010 roku do 30.09.2014 roku zrezygnowało z wykonywania zawodu położnej 55 osób, natomiast 26 absolwentek położnictwa dostarczyło prawo wykonywania zawodu i zostały wpisane do rejestru. Dodatkowo prognozujemy, że do końca 2014 roku odejdzie 16 położnych z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego.
3. Schorzenia kręgosłupa jako dominująca choroba wśród położnych powodująca absencję. Uważamy, że choroba kręgosłupa powinna być uznana za chorobę zawodową z powodu rodzaju wykonywanej pracy. Ponadto wśród naszych koleżanek zaobserwowano wzrost zachorowań na choroby onkologiczne.
4. Brak zróżnicowania w niektórych placówkach w wynagrodzeniu w zależności od posiadanego wykształcenia. Niskie wynagrodzenie powoduje niezadowolony wśród koleżanek.
5. Brak skierowań do położnych środowiskowych w celu opieki nad kobietami po operacjach ginekologicznych i w przypadkach nieoperacyjnych chorób onkologicznych narządu rodowego.

Wnioski: Zawód położnej stał się zawodem mało atrakcyjnym. Spowodowane jest to między innymi niskimi zarobkami, trudnymi warunkami pracy i niskim prestiżem zawodowym, co powoduje większy odpływ niż napływ chętnych do tego zawodu. Zastanawiam się więc, czy zawód położnej umiera?



Struktura wieku pielęgniarów i pielęgniarek zarejestrowanych w OIPiP w Częstochowie.
Stan na dzień 30.09.2014 r.

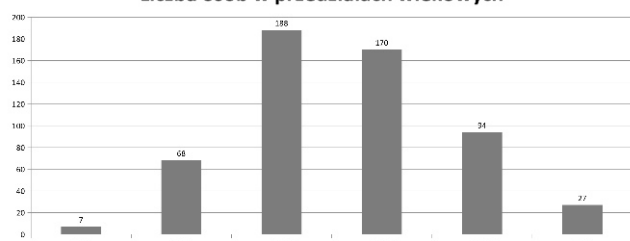
Liczba osób w przedziałach wiekowych



Średnia wieku pielęgniarów - pielęgniarek – 48,22

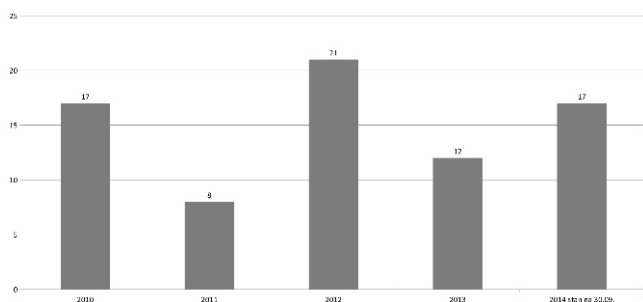
Struktura wieku położnych zarejestrowanych w OIPiP w Częstochowie

Liczba osób w przedziałach wiekowych

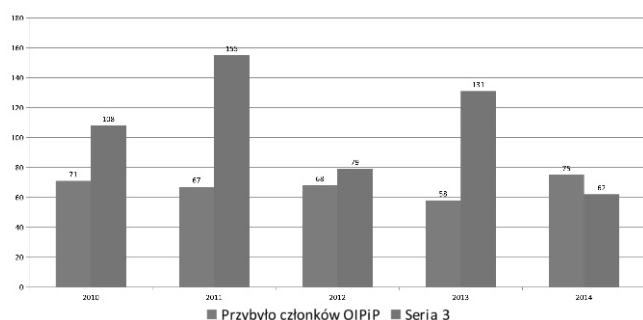


Średnia wieku położnych – 48,33

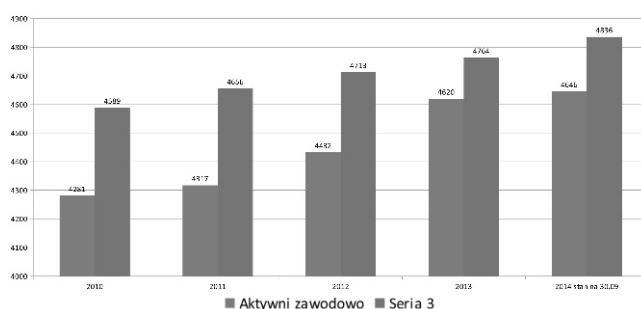
Liczba wydanych Zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji zawodowych dla potrzeb UE



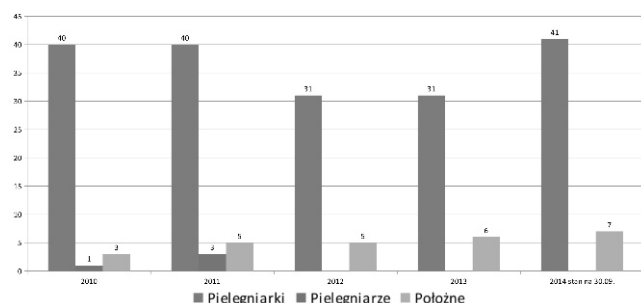
Obraz rotacji członków OIPiP w Częstochowie w latach 2010 – 2014



Stosunek liczby osób aktywnych zawodowo do zarejestrowanych w OIPiP w Częstochowie w latach 2010 – 2014



Liczba absolwentów, którym stwierdzono PWZ i wpisano do Rejestru OIPiP w Częstochowie w latach 2010 - 2014



Kalendarium

Październik – listopad 2014 rok

29.10.2014r. Przewodnicząca na zaproszenie Dyrekcji NZOZ Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” S.C. uczestniczyła w uroczystości oficjalnego rozpoczęcia pracy Gabinetu Terapii Polisensoorycznej z wykorzystaniem innowacyjnego urządzenia C-Eye dla dorosłych.

30.11.2014r. Przewodnicząca uczestniczyła w naradzie kadry zarządzającej podmiotów leczniczych województwa śląskiego. Spotkanie odbyło się w Katowicach w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim.

4-5.11.2014r. Przewodnicząca ORPiP jako przedstawiciel NRPiP uczestniczyła w kontroli Ośrodka Szkoleniowego OIPiP w Bielsku - Białej.

06.11.2014r. W siedzibie OIPiP odbyło się uroczyste rozdanie Dyplomów uzyskania tytułu Specjalisty w dziedzinie Pielęgniarstwa zachowawczego.

07.11.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Konferencji I JURAJSKIE SPOTKANIA ONKOLOGICZNE „RAK ŻOŁĄDKA - PROBLEMY W DIAGNOSTYCE I LECZENIU”.

07.11.2014r. W siedzibie OIPiP odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne Nr 03/08” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPiP w Częstochowie.

12.11.2014r. Przewodnicząca ORPiP jako przedstawiciel NRPiP uczestniczyła w kontroli Ośrodka Szkoleniowego OIPiP w Łodzi.

12.11.2014r. Sekretarz ORPiP uczestniczyła w uroczystym otwarciu wyremontowanego Oddziału Pediatrycznego Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie.



13.11.2014r. W siedzibie OIPIP odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie.

14.11.2014r. Na Cmentarzu Kule w Częstochowie odbyło się uroczyste odsłonięcie tablicy nagrobkowej rosyjskiej pielęgniarki C.T. Smorkałowej (1422-1445). Nową tablicę nagrobkową ufundowała ORPiP w Częstochowie na wniosek Magdaleny Osieńskiej. W uroczystości udział wzięli Prezydent Miasta Częstochowy, Przewodniczący Rady Miasta, Naczelnik Wydziału Zdrowia UM, Przewodnicząca i Przedstawiciele ORPiP oraz Poczet Sztandarowy OIPIP.

14.11.2014r. W Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu odbyło się uroczyste rozdanie Dyplomów uzyskania tytułu Specjalisty w dziedzinie Pielęgniarstwa psychiatrycznego. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP, Kierownik Ośrodka Szkoleniowego OIPIP w Częstochowie oraz Dyrektor Szpitala Henryk Kromolowski.

17.11.2014r. Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w uroczystościach XXIII – LECIA Oddziału Neonatologicznego oraz Oddziału Położnictwa i Ginekologii organizowanego pod hasłem „DZIEŃ WCZEŚNIAKA I NIE TYLKO”. Spotkanie odbyło się w Teatrze im Adama Mickiewicza w Częstochowie.

19.11.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się postępowanie kwalifikacyjne kandydatek do udziału w szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

19.11.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

19.11.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

20.11.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

20.11.2014r. W siedzibie OIPIP odbyło się postępowanie kwalifikacyjne kandydatek do udziału w szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego.

20.11.2014r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Konwencji Przewodniczących w Warszawie. ■

Prezydium i Rada



Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 29 października 2014 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie sześć pielęgniarek.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Skreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek.
- Wydano nowe prawo wykonywania zawodu dla jednej pielęgniarki.

- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyło siedem pielęgniarek.
- Anulowano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej pielęgniarki.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – Kurs dokształcający „Karmienie piersią-standard w opiece okołoporodowej”.
- Dokonano wykreślenia indywidualnej praktyki z rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla czterech pielęgniarek - na kwotę 7 400.00 zł.
- Przyznano dofinansowania kształcenia podyplomowego: za studia - magister pielęgniarstwa dla 14 pielęgniarek na kwotę 9 800.00 zł, za szkolenie specjalizacyjne dla jednej pielęgniarki na kwotę 664 zł, za udział w XVIII Międzynarodowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla trzech pielęgniarek na kwotę 540 zł. ■

Prawo



Przedruk: Dziennik Gazeta Prawna, 22.09.2014 nr 183

Lider związkowy ma ochronę nawet wtedy, gdy zmniejszy się liczba członków organizacji

Orzeczenie

Pracodawca nie może na podstawie własnych ustaleń uznać, że związek ma mniej niż 10 członków, i stwierdzić, że przewodniczącej organizacji nie przysługuje ochrona przed zwolnieniem. Tak wynika z wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie, który rozpoznawał apelację w sprawie zwolnionej z pracy liderki jednego z zakładowych związków.

Ciąg wydarzeń, które znalazły swój finał w sądzie, rozpoczął się 20 maja 2013 r., Gdy pracownica - liderka zakładowego związku zawodowego - otrzymała wypowiedzenie. W trakcie procesu prezes firmy zeznał, iż członkowie związku z wynagrodzenia za pracę mieli potrącane składki związkowe i z tego tytułu zarząd pozwanej spółki znał liczebność organizacji. Opierając się na tych danych, twierdził, iż na koniec grudnia 2012 r. potrącano składki z wynagrodzeń 22 osób, a w marcu 2013 r. 9 osób. Z oficjalnych sprawozdań organizacji, które jest ona zobowiązana przedstawić pracodawcy co kwartał, wynikało, że jeszcze 10 kwietnia 2013 r. Związek liczył 10 członków, czyli minimalną liczbę konieczną do założenia związku.

Posiadając tak rozbieżne dane, prezes firmy starał się ustalić rzeczywistą liczbę związkowców, występując w tej sprawie do przewodniczącej. Ta jednak nie udzieliła mu żadnej informacji. W tej sytuacji uznał, że liderka nie korzysta z ochrony, bo związek stracił reprezentatywność - zrzeszał poniżej 10 pracowników.

Kobieta odwołała się do sądu rejonowego. Ten jednak stanął po stronie pracodawcy, gdyż doszedł do przekonania, iż 20 maja 2013 r. Organizacja związkowa nie była reprezentatywna i tym samym powódka jako jej przewodnicząca nie

mogła korzystać z ochrony przewidzianej w art. 32 ust. 1 pkt 1 ustawy z 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 167). Skład orzekający został w tym przekonaniu utwierdzony także przez postawę związku. Pomimo wezwań sądu nie udzielił informacji na temat liczby członków organizacji na 20 maja 2013 r.

Liderka złożyła apelację do Sądu Okręgowego w Olsztynie, a ten podzielił jej zastrzeżenia. Stwierdził, że sąd I instancji, uzasadniając swoje stanowisko, błędnie wyszedł z założenia, że pracodawca samodzielnie może dokonywać ustaleń w zakresie reprezentatywności działających u niego organizacji.

„Takie stanowisko nie znajduje potwierdzenia w obowiązującym obecnie stanie prawnym i jest sprzeczne również z utrwalonym stanowiskiem Sądu Najwyższego” - stwierdzili sędziowie.

Przypomnieli, że zakładowa organizacja związkowa przedstawia pracodawcy co kwartał informację o łącznej liczbie swoich członków, a ten jest związany taką informacją.

Dodatkowo w uzasadnieniu orzeczenia sąd zauważył, iż zgodnie z przepisem art. 32 ust. 2 ustawy o związkach zawodowych ochrona trwałości stosunku pracy przysługuje przez okres określony uchwałą zarządu związku, a po jego upływie jeszcze przez połowę tego czasu, jednak nie dłużej niż rok. Ochrona ta jest niezależna od spełnienia przez zakładową organizację związkową kryterium reprezentatywności. ■

ORZECZNICTWO

Wyrok z 29 sierpnia 2014 r. SSO w Olsztynie, sygn. akt IV Pa 114/14.

www.serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia

Tomasz Zalewski
tomasz.zalewski@infor.pl

Przedruk: Dziennik Gazeta Prawna, 08.10.2014 nr 195

Nieszczepienie dzieci może drogo kosztować

Jestem w ciąży, za miesiąc urodzę dziecko. Postanowiłam, że nie poddam go obowiązkowym szczepieniom, ponieważ słyszałam, że szczepionki powodują liczne powikłania. Mogą doprowadzić nawet do autyzmu. Obawiam się jednak, że za niewykonanie szczepień grożą kary finansowe. Czy to prawda, że sanepid może nałożyć na mnie mandat nawet w wysokości 50 tys. zł – pyta pani Ewa.

Z roku na rok rośnie liczba rodziców, którzy nie szczepią swoich dzieci. Od tego obowiązku na koniec 2013 r. uchylało się ponad 10 tys. osób. Prawdą jest, że grożą im za to kary finansowe. Nakłada je na nich państwowy inspektor sanitarny. W I półroczu tego roku ukarał w ten sposób 215 osób. Wiedzę o niewykonaniu szczepień ma od lekarzy rodzinnych, którzy mają obowiązek składać sanepidowi raporty w tej sprawie.

W Polsce szczepienia ochronne są obowiązkowe. Wynika to z art. 5 ust. 1. ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z nim osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej mają obowiązek poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Obecnie są nimi szczepienia przeciwko: gruźlicy,

błonicy, krztuścowi, polio, odrze, śwince, różyczce, tężcowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu B. Szczepionki obowiązkowe są dostępne bezpłatnie. Rodzic płaci za nie tylko wówczas, gdy zdecydował się zastosować inną niż ta, która została nabyta przez Ministerstwo Zdrowia. Pierwsze szczepienia dziecko otrzymuje już w pierwszych dobach życia, kiedy przebywa jeszcze w szpitalu. Kolejne należy wykonać w 6-8 tygodniu życia malucha.

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie zawiera żadnego przepisu dającego wprost możliwość karania rodziców za niedopełnienie tego obowiązku. Taki przepis istniał w poprzedniej jej wersji, ale po nowelizacji w 2008 r. został usunięty. Nie oznacza to jednak, że sanepid jest bezradny. Może nakładać na rodziców kary administracyjne w celu przymuszenia ich do wykonania szczepień, przy czym odbywa się to w drodze nałożenia grzywny bez wydania decyzji administracyjnej w tej sprawie. Inspekcja wychodzi z założenia, że istnieje ustawowy obowiązek poddania się szczepieniom, więc taka decyzja nie musi być wydana.

Najpierw wysyłane jest upomnienie przypominające o konieczności wykonania szczepień i jednocześnie informujące, że w razie niedopełnienia tego obowiązku w terminie 7 dni zostanie wszczęte postępowanie egzekucyjne i zostanie nałożona grzywna w celu przymuszenia. Po upływie 7 dni (w praktyce dłużej) wydawane jest postanowienie o nałożeniu grzywny wraz z tytułem wykonawczym. Od tego postanowienia przysługuje odwołanie do wojewódzkiego inspektora sanitarnego, a w dalszej kolejności do WSA.

Nie jest jednak prawdą, że sanepid może nałożyć na rodziców uchylających się od obowiązku szczepień karę w wysokości aż 50 tys. zł. Jednorazowa grzywna nie może tyle wynosić, może być wielokrotnie nakładana aż do tej wysokości. Nie można także nałożyć kilku grzywien naraz. Ponadto przepisy ustawy o egzekucji mówią, że środek przymusu, czyli grzywna, nie może być zbyt uciążliwa. Praktyka pokazuje, że wysokość nakładanych przez sanepid kar waha się w granicach 200–500 zł.

Niezależnie od zastosowania tego środka inspekcja sanitarna ma możliwość nakładania na rodziców sankcji wynikających z kodeksu wykroczeń. Te są wyższe. Musi być jednak najpierw wyczerpana droga egzekucji administracyjnej. Zgodnie z kodeksem wykroczeń, kto pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej nie poddaje się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej, podlega karze grzywny do 1500 zł albo karze nagany. Ta sama sankcja dotyczy osób, które sprawując pieczę nad osobą nieletnią, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddały jej określonego szczepieniu ochronnemu. Ponadto sanepid ma prawo sporządzić wniosek do sądu o ukaranie rodziców i występować przed nim w charakterze oskarżyciela publicznego. ■

Beata Lisowska
beata.lisowska@infor.pl

Podstawa prawna

Art. 5 ust. 1. ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 947). Art. 6 par. 1 ustawy z 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (t.j. Dz.U. z 2012 r. poz. 1015). Art. 115 par. 1 i 2 ustawy z 20 maja 1970 r. – Kodeks wykroczeń (t.j. Dz.U. z 2010 r. nr 46, poz. 275 ze zm.).

OPINIA EKSPERTA

Prof. Andrzej Gładysz był konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych

Szczepienie polega na tym, że podaje się antygen rozpoznawany przez ludzki układ odpornościowy, przeciwko któremu wytwarza on przeciwciała. To jest swoiste wojsko, które chroni organizm przed wtargnięciem intruza czyli drobnoustroju. Niezaszczepienie dziecka powoduje, że organizm się nie uodparnia na wirusa, a tym samym choroba może się w nim rozwijać bez przeszkód. Wszystkie rzekome argumenty podnoszone przez tzw. ruchy antyszczepionkowe to są mity. W swojej praktyce lekarskiej miałem już wielokrotnie do czynienia z poważnymi powikłaniami i zgonami wskutek niezaszczepienia dziecka np. na błonicę czy zwykły krztusiec. Odległą konsekwencją niepodania szczepionki np. na odrę mogą być uszkodzenia mózgu, które ujawniają się po latach. Rodzice mogą się dzisiaj nie zgadzać na szczepienia, bo mają władzę nad swoim potomkiem. Warto jednak, żeby pamiętali, że ich dziecko, jeśli przeżyje jakiś proces chorobowy, w wyniku którego będzie miało np. padaczkę, gdy osiągnie wiek dorosły może wystąpić przeciwko rodzicom na drogę sądową za to, że przez niezaszczepienie narazili je na poważne konsekwencje zdrowotne. ■

Autor: Beata Lisowska



Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 28. 10. 2014

Wg rozdzielnika

Szanowni Państwo!

W związku z wejściem w życie z dniem 11 września 2014 r. ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), Ministerstwo Zdrowia przygotowało stanowisko w sprawie nadania nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Pragnę dodatkowo wyjaśnić, że włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. Zm.) powoduje również to, iż osoby te będą zobowiązane do zastosowania się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Przypominam, że przepis art. 49 ust. 3 ww. ustawy zakazuje podmiotom uczestniczącym w obrocie produktami refundacyjnymi do udzielania i przekazywania korzyści na rzecz świadczeniobiorców (pacjentów) oraz osoby uprawnione (tzn. osoby posiadające stosowne uprawnienia zawodowe, np. lekarze, pielęgniarki). ■

Z poważaniem
 Dyrektor
 Departamentu Pielęgniarek i Położnych
 Dr n. o zdr. Beata Cholewka

Ministerstwo Zdrowia

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), która weszła w życie z dniem 11 września 2014 r. nadała nowe uprawnienia pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawody poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowym przepisem art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. Zm.) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą miały prawo samodzielne:

1. ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
2. ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, - jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środków odurzających i substancji psychotropowych, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 2 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne, posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, będą miały prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod laboratoryjnych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ww. ustawy, nie będzie dotyczył pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego zdobędą wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne przed wykonaniem czynności zawodowych określonych w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniarki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do

kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji. Ponadto informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Jednocześnie, na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 15a ust. 8 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi w drodze rozporządzenia:

1. Wykaz:
 - a) substancji czynnych zawartych w lekach,
 - b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
 - c) wyrobów medycznych,
2. wykaz badań diagnostycznych,
3. sposób i tryb wystawiania recepty,
4. wzór recepty,
5. sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania,
6. sposób realizacji recept, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

- biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

W konsekwencji zmian dokonanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej ustawodawca wprowadził nowe regulacje w zakresie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych. Zgodnie z art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. Zm.) do osób uprawnionych zostały włączone pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarki i położne wykonujące zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zawierał umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Poszerzenie kręgu osób uprawnionych o pielęgniarki i położne jest wynikiem przyznania pielęgniarkom i położnym uprawnień do ordynowania leków i wyrobów medycznych, jak wynika to z nowego przepisu art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Ponadto, włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych

specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych powoduje również, że osoby te będą musiały zastosować się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. Ustawy.

Należy jednak pamiętać, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z uprawnień dotyczących wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawania zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na badania diagnostyczne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r., ponieważ w okresie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, tj. od dnia 11 września 2014 r. do dnia 1 stycznia 2016 r. powinny zostać przeprowadzone odpowiednie kursy specjalistyczne, przygotowujące pielęgniarki i położne do korzystania z nowych uprawnień. ■

/-/ Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopiński

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, 10 października 2014 r.

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca

Pielęgniarstwo onkologiczne to niewątpliwie jeden z ważniejszych, ale i trudnych obszarów w zawodzie pielęgniarki. To praca, która uczy cierpliwości, wytrwałości, pogody ducha i jakże trudnej, sztuki nie poddawania się, nie załamывania. Pielęgniarki onkologiczne w swojej praktyce każdego dnia spotykają się z cierpieniem, przerażeniem i śmiercią. Jednak ważne jest by podkreślić, iż nie jest tak, że nic nie możemy zrobić, że jesteśmy biernymi świadkami dziejących się wokoło wydarzeń. Wyzwaniem dla pielęgniarek onkologicznych powinna stać się profilaktyka, edukowanie społeczeństwa zarówno o zagrożeniach, ale również o tym jak należy o siebie dbać, ile można osiągnąć przeprowadzając rutynowe badania, prowadząc zdrowy styl życia. Jestem przekonana, że ten obszar - profilaktyka i edukacja - to pole do działania pielęgniarek, jako samodzielnych profesjonalistów.

Od wielu lat, niezmiennie cieszy mnie fakt podejmowania samodzielnych inicjatyw przez nasze koleżanki - pielęgniarki i położne. Konferencja „Wyzwania w onkologu - profilaktyka, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja” to dowód na to, że polskie pielęgniarki onkologiczne to samodzielna grupa profesjonalistów, którzy nie boją się podejmowania nowych wyzwań i podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Zaś organizowana przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Medyczne „Małgorzata” konferencja na stałe wpisze się w kalendarz ważnych dla środowiska spotkań.

Dziękuję za zaproszenie do udziału w konferencji - niestety plany i zobowiązania podjęte na te dni nie pozwolą mi spotkać



się z Państwem osobiście. W moim imieniu udział weźmie Pani Teresa Kuziara - wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Życzę Państwu wielu owocnych dyskusji i radości z czerpania wartościowej wiedzy. ■

Z poważaniem
Prezes

Dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE

ZARZĄD ODDZIAŁU W KATOWICACH ORGANIZACJA
POŻYTKU PUBLICZNEGO
40- 027 KATOWICE, FRANCUSKA 16

Sz.P. mgr Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Mam zaszczyt i przyjemność złożyć Państwu najserdeczniejsze gratulacje wraz z życzeniami wszelkiej pomyślności.

Dzisiejsza konferencja oraz zainteresowanie tematyką przez osoby przybyłe, świadczy o skuteczności działań pielęgniarskich w dobie przyszłości oraz funkcjonujących w niej podmiotach leczniczych. Państwa zaangażowanie oraz wspieranie wszelkich inicjatyw wymaga szczególnej wrażliwości, cierpliwości oraz ustawicznego służenia innym „dając im siebie”.

”W Imieniu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Zarządu Oddziału w Katowicach gratuluję raz jeszcze i życzę Państwu wytrwałości w zdobywaniu sukcesów w podejmowanych przedsięwzięciach. ■

Z poważaniem
Krystyna Klimaszewska
Przewodnicząca Zarządu Oddziału PTP
W Katowicach

ORPiP OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KATOWICACH

Katowice, dnia 10 października 2014r

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca
W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach pragnę złożyć na Pani ręce serdeczne podziękowania za zaproszenie na konferencję „Wyzwania w onkologii - profilaktyka, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja”

Pacjent, u którego zdiagnozowano chorobę nowotworową znajduje się w trudnej sytuacji, nie tylko ze względu na diagnozę, lecz również czekający go długotrwały proces leczenia. Planowane zmiany w systemie ochrony zdrowia przewidują korzystne zmiany dla pacjentów m.in. z chorobą nowotworową. Tym samym należy dołożyć wszelkich starań by aktywnie uczestniczyć zarówno w procesie edukacji, jak i leczenia i rehabilitacji.

Żywię nadzieję, iż dyskusja podjęta podczas konferencji okaże się owocna i skieruje nowe światło na wyzwania jakie stawia przed nami współczesna onkologia. ■

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
W Katowicach
dr Mariola Bartusek

Konferencja



Notatka z konferencji

W dniu 10 października 2014r. odbyła się Konferencja Naukowo – Szkoleniowa pod hasłem: „Wyzwania w onkologii – profilaktyka, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja poświęcona problemom nowotworowym. Konferencja odbyła się w sali konferencyjnej przy parafii rzymsko-katolickiej pw. św. Zygmunta w Częstochowie. Organizatorami tego wydarzenia była Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, Centrum Medyczne „Małgorzata” oraz Koło terenowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Częstochowie. Patronat honorowy konferencji objęli: Prezydent Miasta Częstochowy – Krzysztof Matyjaszczyk, Prezes NRPiP - dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – mgr Izabela Kaptacz.

Konferencję rozpoczęła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie Pani Halina Synakiewicz tym samym witając wszystkich zgromadzonych gości.

Panele dyskusyjne składały się z trzech sesji podzielonych według tematyki. Jako pierwszy wystąpił ks. dr Jan Kaczkowski z Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio omawiając „Dylematy moralne wokół sedacji w opiece paliatywnej oraz prawda przy łóżku chorego w praktyce hospicyjnej. Ks. dr Jan Kaczkowski na podstawie własnych przeżyć i doświadczeń podczas wykładu inauguracyjnego przedstawił wiele istotnych





aspektów pełniących niezwykle istotną rolę w opiece paliatywnej. Kolejny wykład poświęcony został „Rekonstrukcji piersi”, który przedstawił dr Przemysław Jasnowski, lekarz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. Podczas wykładu zostały omówione metody i współczesne możliwości rekonstrukcji piersi, pozwalające na powrót do sprawności kobietom po mastektomii. Kolejny temat dotyczył „Rehabilitacji w onkologii”, zreferowany przez dr Annę Żelechowską. Wykład poruszał tematykę zarówno rehabilitacji medycznej i społecznej jak i zawodowej. Zwrócono uwagę na związek pomiędzy rehabilitacją, a leczeniem onkologicznym, ich nierozłączność i integralność. Następnie Pani Elżbieta Markowska - Prezes Stowarzyszenia Częstochowskiego „Amazonki” przedstawiła obraz współczesnej kobiety po mastektomii. Kobiety sprawnej, normalnie funkcjonującej w dzisiejszym społeczeństwie, niezależnej i samodzielnej. Zaprezentowała również cele i obszar działania częstochowskiego stowarzyszenia „Amazonki”.

W II sesji wystąpiła Pani dr Dorota Wojtachnio, lekarz Centrum Medycznego „Małgorzata” w Częstochowie przedstawiła w swoim wystąpieniu „Leczenie systemowe w nowotworach złośliwych”. Dr Wojtachnio zaprezentowała szereg terapii w leczeniu systemowym. Została omówiona: chemioterapia, hormonoterapia oraz terapia celowana molekularnie.

W kolejnej części panelu wystąpili: mgr Maria Huras – pielęgniarka oddziałowa oddziału onkologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego omawiając „Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie chemioterapii, oraz Piotr Deszcz – przedstawiciel firmy farmaceutycznej poruszając temat „Opieki nad pacjentem leżącym”.

Następnie mgr piel. Reanata Sówka z Centrum Medycznego „Małgorzata” zaprezentowała temat: „Wybrane problemy zawodowe pielęgniarstwa onkologicznego”. Przedstawiony wykład nasunął wiele wniosków i problemów z jakimi boryka się na co dzień pielęgniarka onkologiczna. Niedobory kadrowe i sprzętowe, niespójność aktów prawnych to tylko kilka z nich. Sesję II zakończył wykład Laury Peter-Duda pokazując m.in. protezy i środki wspomagające do przeprowadzenia prawidłowej rekonstrukcji piersi.

W III części konferencji mgr piel. Jolanta Podstawka z Centrum Onkologii w Gliwicach omówiła temat: „Opieka pielęgniarska nad pacjentem leczonym napromienianiem”. Podczas wykładu zostały przedstawione wszystkie aspekty i trudności związane z opieką nad pacjentem, który poddawany jest radioterapii.

Następnie mgr Małgorzata Stanior - dietetyk zaprezentowała temat poświęcony „Żywieniu pacjenta w chorobie nowotworowej”. Zostały omówione czynniki środowiskowe, które

w znacznym stopniu wpływają na obecność i rozwój choroby nowotworowej. Mgr Małgorzata Stanior przedstawiła odpowiednio zbilansowaną dietę, która powinna być uzupełnieniem każdego leczenia i terapii onkologicznej.

W kolejnej części wystąpił mgr Robert Trybalski z Centrum Edukacyjno – Rehabilitacyjnego „Provita” omawiając „Zastosowanie głębokiej oscylacji w rehabilitacji onkologicznej”.

Ostatni wykład poruszał tematykę niezwykle ważną w leczeniu onkologicznym: „Wsparcie psychologiczne pacjenta w chorobie nowotworowej”. Mgr Marta Dziudzińska – pracownik Centrum Medycznego „Małgorzata” przedstawiła wzór odpowiedniego holistycznego podejścia do pacjenta. Traktowania go jako całość biorąc pod uwagę zarówno aspekty medyczne, jak i aspekty moralne, psychologiczne i etyczne. Mgr Marta Dziudzińska wskazała również istotność więzi pomiędzy pielęgniarką, a pacjentem.

Na zakończenie konferencji, podsumowano wszystkie wnioski i poddano je dyskusji. Choroby nowotworowe są drugą przyczyną zgonów, a statystyki podają, że za 10 lat staną się pierwszą przyczyną zgonów w Polsce. Konieczne jest zdobywanie nowej wiedzy i wykorzystywanie wszystkich obecnych metod, możliwości medycznych, psychologicznych, społecznych w leczeniu onkologicznym, aby zapobiegać i zwalczać rozwijającą się „epidemię nowotworową”.

Notatkę sporządziła
Halina Synakiewicz

VI Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego nt. "Współpraca z jednostkami wyspecjalizowanymi", Krynica-Zdrój 1-3.X.2014 roku .

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego po raz kolejny było organizatorem konferencji naukowej, która odbyła się w dniach 1-3.X.2014r. w Krynicy-Zdrój. Była to już VI konferencja zorganizowana przez PTPR a tematem przewodnim była "Współpraca z jednostkami wyspecjalizowanymi".

Temat bardzo ciekawy, szeroki i trudny obejmujący szeroki wachlarz współpracy z wieloma jednostkami wyspecjalizowanymi od których zależy powodzenie akcji ratowniczych.

Pierwszy dzień spotkania wypełniony był wykładami do godziny 18.00.

Mieliśmy okazję zapoznać się ze współpracą szpitali, systemu ratownictwa medycznego i służb mundurowych podczas zamachu podczas Maratonu Bostońskiego w USA. Dokonana została wnikliwa analiza tych działań; od momentu wybuchu pierwszego ładunku poprzez udzielanie pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia, transport pacjentów do odpowiednich szpitali, przygotowanie tych szpitali na przyjęcie pacjentów w stanie ciężkim. Dzięki wdrożonym tam procedurom i bardzo dobrym współdziałaniem z wieloma jednostkami (straż, policja, SOR i inne) pomimo rozległych i ciężkich obrażeń doznanych podczas zamachu i dużej liczby osób rannych udało się uratować bardzo wiele osób.

Kolejne tematy obejmowały współpracę Centrum Urazowego z SOR oraz współpracę zespołów Ratownictwa Medy-

cznego, Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych z oddziałami kardiologii inwazyjnych. W obu tematach poruszono kwestię złotej godziny i jak najszybszy transport pacjentów do wyspecjalizowanych jednostek.

Następne wykłady prowadzone były przez gości z zagranicy, poznaliśmy standardy postępowania z pacjentem z podejrzeniem sepsy na oddziale ratunkowym w Holandii oraz rolę pielęgniarki podczas transportu pacjenta w stanie krytycznymi w Belgii.

Bardzo ciekawym tematem było leczenie hipotermii głębokiej- kwalifikacja pacjentów w zależności od temperatury głębokiej ciała do leczenia pozaustrojowego oraz możliwość całodobowej konsultacji pacjentów z Centrum Leczenia Hipotermii Głębokiej w Krakowie.

Kolejne tematy obejmowały tematykę analgezji w urazach w postępowaniu przedszpitalnym oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych u pacjenta. Niewiele, bowiem zespołów RM stosuje monitorowanie bólu u pacjentów a wczesne wdrożenie leczenia p/bólowego ma ogromny wpływ na uspokojenie pacjenta i ułatwia współpracę personelu RM z pacjentem. Rozważona została również możliwość podaży przez zespoły P- Fentanylu, który być może zostanie kiedyś włączony do listy leków, które paramedycy mogą podawać samodzielnie. Pytania ; Czy obecnie stosujemy w sposób wystarczający leki p/ bólowe? Co zastosować w analgezji u dzieci poniżej 10 roku życia?. Rozwinęły ciekawą dyskusję.

W drugim dniu wykłady w godzinach rannych zostały podzielone na dwie sale wykładowe Na Sali A Tematyka spotkań dotyczyła triażu dla dyspozytorów oraz zagrożeń bronią CBRN w Holandii oraz doświadczenia Systemu Ratownictwa w Islandii.

Następnie przeprowadzone zostały warsztaty HAZMEDS z Holandii dotyczące zagrożeń CBRN. Mieliśmy okazję zapoznać się ze sprzętem oraz przebrać się w specjalne ubrania stosowane podczas dekontaminacji pacjentów po skażeniu biologicznym (w tym również wirus Ebola) i chemicznym (środki fosfoorganiczne) jak również przeprowadzić dekontaminację pacjenta. Temat niezwykle istotny przy obecnym dużym prawdopodobieństwie zakażeń wirusem Ebola. Czy posiadamy odpowiedni sprzęt, ubrania, procedury i środki, żeby chronić zarówno siebie jak i inne osoby? Czy to nadal strefa marzeń w wielu szpitalach?

Po południu cykl wykładów prowadzonych przez Centrum Badań nad Terroryzmem. Przeprowadzona została analiza przebiegu akcji ratowniczej po zamachu z 07.07.2005r w Londynie. Tu podobnie jak podczas maratonu Bostońskiego, atak miał charakter seryjny a bomby były obłożone materiałem, który miał zwiększyć efekt śmiertelności i zwiększyć liczbę ofiar. W związku z pojawiającymi się na całym świecie atakami terrorystycznymi i zagrożeniami z tym związanymi poruszone zostały kwestie procedur, przyjmowania powiadomień o zagrożeniu zamachem oraz potrzeba ćwiczeń. Tylko prewencja w tym treningi i szkolenia oraz prawidłowe przygotowanie wszystkich służb pozwalają na prawidłowe i szybkie przeprowadzenie akcji ratowniczej. Ważnym elementem jest również przejrzystość dowodzenia i algorytm postępowania. I tu znów można zadać pytania; Czy Polska jest zagrożona takim atakiem? I czy jesteśmy gotowi? Czy posiadamy odpowiednie procedury?

W tym samym czasie na Sali B odbywały się wykłady poświęcone pacjentom z zawałem mięśnia sercowego. Poniżej poruszono kwestię szybkiego rozpoznania i transportu pacjentów do oddziałów kardiologii inwazyjnej ponieważ im

szybciej, tym mniejsza śmiertelność i obszar uszkodzenia mięśnia sercowego oraz lepsza jakość życia pacjentów.

Z jakimi zagrożeniami, na co dzień spotyka się ratownik? Tu lista zagrożeń jest duża; to nie tylko agresja ze strony pacjentów i ich rodzin, ale również praca w trudnych warunkach atmosferycznych, zagrożenia biologiczne (ebola, węglik) i co ważne i dotyczące zwłaszcza zespołów dwuosobowych waga pacjenta i często trudności z transportem pacjenta z miejsca zdarzenia do szpitala.(np. struktura budynku).

Kolejne wystąpienia przypominały nam o stanach ostrych w endokrynologii i urologii a kolejny niezwykle istotny temat to stany nagłe, które wymagają leczenia tlenem hiperbarycznym. Wiedza, którą musimy posiadać jest bardzo szeroka i zawsze należy rozważyć najlepsze rozwiązania dla pacjenta.

Sesja popołudniowa obfitowała w warsztaty praktyczne.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się warsztaty prowadzone przez byłych żołnierzy, weteranów misji w Afganistanie. Mieliśmy okazję zapoznać się ze środkami i sprzętem stosowanym w medycynie pola walki oraz tamować krwotoki z użyciem staż taktycznych oraz zaopatrywać obrażenia klatki piersiowej. Dowiedzieliśmy się również jak działać w sytuacjach kryzysowych i na co należy zwrócić szczególną uwagę.

Zapoznaliśmy się z największym i najlepiej wyposażonym w Polsce i w Europie Laboratorium Symulacji Medycznych w Suwałkach. Im więcej ćwiczymy tym lepsze efekty osiągamy. W Laboratorium wykorzystywane są najnowocześniejsze symulatory medyczne, na których można przeprowadzać ćwiczenia od pomocy przedmedycznej poprzez transport do SOR. Symulatory są tak zaawansowane technicznie, że ćwiczenia na nich bardzo przypominają realną pracę z pacjentem. Aż chce się ćwiczyć i ćwiczyć.

Na innym symulatorze w ambulansie mieliśmy możliwość przećwiczyć postępowanie w stanach nagłych u dzieci oraz przeprowadzić analizę własnych działań.

Szeroka oferta warsztatowa obejmowała również szkolenia w zakresie symulacji stanowiska dyspozytorskiego, wentylację nieinwazyjną i monitorowanie pacjenta w stanie zagrożenia życia podczas transportu oraz mechaniczną kompresję klatki piersiowej z użyciem Lukas 2. Niestety nie sposób było uczestniczyć we wszystkich wykładach, ponieważ odbywały się one równolegle na dwóch salach jak i podczas warsztatów. Szkoda również że część warsztatów odbywała się w tym samym czasie, każdy jednak znalazł coś ciekawego dla siebie.

Trzeci ostatni dzień konferencji

Wystąpienia tego dnia dotyczyły szerokiej współpracy Ratownictwa Medycznego z Ośrodkami Toksykologii Klinicznej, Ośrodkami Leczenia Udarów i innymi jednostkami wyspecjalizowanymi. Rola prawidłowego współdziałania wielu jednostek ma ogromne znaczenie i często wzajemne współdziałanie jest najsłabszym elementem w akcjach ratunkowych.

W sposób interesujący przedstawiona została skala CIWA i CIWA-AR, która określa nasilenie objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego i możliwość oceny stanu pacjenta. Na podstawie tej skali, możemy ocenić czy pacjenta można zostawić w domu czy wymaga leczenia w warunkach szpitalnych.

I na koniec temat dwuosobowych karetek

Czy wszystko z zagranicy jest lepsze? Powinniśmy uwzględnić własne warunki demograficzne (tereny góryste, leśne), ilość i ciężar sprzętu(do 50 kg), dodatkowo wagę pacjenta oraz konieczność transportu pacjenta i sprzętu do karetki. Na jak

wielkie przeciążenia układu mięśniowo- szkieletowego jesteśmy narażeni? Jak szybko wdrożyć i przeprowadzić procedury ALS? Czas jest, bowiem najbardziej istotnym czynnikiem w ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego.

Po trzech obfitujących w wydarzenia dniach, VI konferencja PTPR została zakończona.

Współdziałanie wielu służb i jednostek wyspecjalizowanych jest trudne i w praktyce jest jednym z najsłabszych ogniw całej akcji ratunkowej. Należy wdrażać systemy optymalizacji działań poprzez warsztaty, szkolenia wszystkich jednostek ratunkowych i poddawać szerokiej analizie która będzie służyć zdefiniowaniu jak najlepszych rozwiązań i standardów. Dzięki analizie zminimalizowane zostaną błędy, aby nie powtarzały się podczas kolejnych akcji ratowniczych.

VI konferencja ukazała wielką potrzebę dyskusji, gdyż jako środowisko pielęgniarstwa ratunkowego poprzez swoje inicjatywy i pracę możemy je analizować, poprawiać i bezpośrednio wdrażać. Serdeczne podziękowania dla organizatorów PTPR, znamienitych gości z Polski i zagranicy, mówcom oraz wszystkim uczestnikom. ■

Zespół ds. pielęgniarstwa ratunkowego.
Uczestnicy; Agnieszka Hebda
Barbara Tekieli
Andrzej Chrzęstek



Prace autorskie

HIPOGLIKEMIA

Hipoglikemia jest powikłaniem leczenia cukrzycy, a rozpoznawana jest przy obniżonym poziomie cukru we krwi poniżej 70mg/dl (3,9 mmol/l), niezależnie od występowania objawów klinicznych. Należy podkreślić fakt, iż część pacjentów nie podaje objawów klinicznych, co czyni ten stan szczególnie niebezpiecznym. Z drugiej strony objawy przypisywane hipoglikemii mogą występować u chorych z wyższą glikemią (>100 mg/dl), szczególnie gdy przed normalizacją glikemia była podwyższona.

Na hipoglikemię narażone są głównie osoby leczone insuliną i/lub pochodnymi sulfonilomocznika, a bezpośrednią jej przyczyną może być:

- błąd dietetyczny (opuszczony lub opóźniony posiłek, zmniejszona porcja węglowodanów),
- nadmiar insuliny,
- forsowny wysiłek fizyczny (zmiana aktywności fizycznej),
- spożycie alkoholu,
- nieregularne przyjmowanie doustnych leków hipoglikemizujących,
- infekcja,
- nieadekwatna dawka leków doustnych,
- interakcje lekowe.

Czynnikami predysponującymi do wystąpienia hipoglikemii mogą być choroby przewodu pokarmowego (np. zaburzenia wchłaniania, wymioty), zaburzenia czynności nerek i wątroby, a również stany pożądanego jak wyleczenie infekcji czy redukcja masy ciała bez korekty dawki insuliny. Obok samej dawki insuliny znaczenia nabiera technika podania. Wstrzyknięcie zbyt głębokie (domięśniowe) przyspieszy wchłanianie i może spowodować niedocukrzenie, podobnie jak ogrzanie miejsca

wstrzyknięcia czy praca mięśni w okolicy podania. U kobiet miesiączka zmienia zapotrzebowanie na insulinę.

Przy tak wielu czynnikach mogących wywołać hipoglikemię potencjalnie każdy chory pozostający na terapii insuliną jest narażony na jej wystąpienie, co stwarza konieczność edukowania na temat zapobiegania, objawów i postępowania przy niedocukrzeniu.

Do objawów hipoglikemii należą: głód, bladeść, ból głowy, zaburzenia stanu umysłowego (w tym np. zachowania agresywne), zamazana mowa, utrata pamięci, ośpienie, podwójne widzenie, okresowe niedowłady i napady drgawek, osłabienie i zaburzenia pracy serca, ból brzucha, nadmierne wydzielanie potu oraz koszmary nocne. Czasem chory może zachowywać się w sposób nieracjonalny i zaburzony, co przypomina upojenie alkoholowe.

Każda komórka w organizmie człowieka potrzebuje glukozy, jednak najbardziej wrażliwy na jej brak jest układ nerwowy, który na swoje podstawowe potrzeby zużywa ok. 150g glukozy na dobę. Zatem niedocukrzenie może spowodować martwicę komórek nerwowych, co jest stanem nieodwracalnym. Nawracające hipoglikemie powodują obniżenie progu odczuwania hipoglikemii, czyli nieświadomość hipoglikemii, co z kolei może bezpośrednio zagrażać życiu. Chory bowiem nie odczuwając objawów nie podejmuje działań zmierzających do normalizacji glikemii, co w krótkim czasie może doprowadzić do ciężkich zaburzeń ze śpiączką i trwałym uszkodzeniem nerwowym.

Hipoglikemia jest związana z czasem podania insuliny, tj. w przypadku przedawkowania insuliny krótkodziałającej niedocukrzenie najczęściej występuje w ciągu dnia. Przedawkowanie zaś insuliny o średnim czy przedłużonym czasie działania może dać hipoglikemię nocną, co może wywołać tzw. reakcję z odbicia (zjawisko Somogyi). Podczas nocnego niedocukrzenia dochodzi do pobudzenia osi przysadkowo-nadnerczowej, adrenergicznego układu nerwowego oraz do wydzielania amin katecholowych, kortyzonu, glukagonu i hormonu wzrostu. Konsekwencją tych reakcji jest poranna hiperglikemia. Zjawisko częściej dotyczy dzieci, ale występuje również u dorosłych. Pacjenci podający wysokie glikemie występujące rano proszeni są o wykonanie pomiaru glikemii w godzinach 2.00-4.00, ponieważ wysoki poziom cukru rano może być również wywołany zbyt małą dawką insuliny wieczornej. W różnicowaniu przyczyn należy uwzględnić również tzw. zjawisko brzasku, kiedy hiperglikemia wynikająca z biologicznego rytmu nasilenia wydzielania hormonu wzrostu i kortyzonu w drugiej połowie nocy.

Hipoglikemia jest stanem niebezpiecznym dla zdrowia i życia pacjenta a powtarzające się ciężkie niedocukrzenia mogą prowadzić do trwałych uszkodzeń mózgu, dlatego tak ważna jest edukacja chorych w zakresie wykrywania objawów zwiastujących, postępowania zapobiegającego hipoglikemii oraz postępowania terapeutycznego, które jest uzależnione od wartości glikemii i objawów klinicznych. Chory przytomny powinien spożyć 10-20g glukozy (1-2WW). Jeśli poziom glikemii jest wyższy niż 60mg% wystarczy dodatkowy posiłek zawierający 10-20g węglowodanów złożonych, np. kanapka. Natomiast przy niedocukrzeniu poniżej 60mg% zaleca się podanie glukozy plus posiłek (1-2WW). Niższe wartości glikemii (<60mg%) wymagają szybkiej korekty, a 10 gram glukozy już po 10 minutach podwyższa poziom glikemii, która po wcześniejszej kontroli powinna być oznaczona ponownie po 60 min. W postępowaniu można rozważyć podanie glukagonu podskórnie lub domięśniowo (p/wskazany przy nadwrażliwości; ostrożnie przy chorobie wątroby, niewydolności nadnerczy, wyniszczeniu, długotrwałej hipoglikemii, po spożyciu alkoholu).

Postępowanie ratunkowe u nieprzytomnych polega na podaniu dożylnie 20% Glukozy (0,2g glukozy/kg m.c.), a następnie 10% glukozy przy zachowaniu kontroli glikemii i stanu świadomości chorego.

U pacjentów leczonych analogami insuliny we wstrzyknięciach bolusowych za pomocą penów lub w ciągłym wlewie z wykorzystaniem osobistej pompy insulinowej praktykowana jest reguła 15/15, która polega na podaniu 15g glukozy doustnie i kontroli glikemii po 15 minutach. Jeśli po tym czasie nadal glikemia jest niska, postępowanie należy powtórzyć.

W edukacji pacjenta z cukrzycą problem hipoglikemii jest szczególnie akcentowany, dodatkowo pacjent po incydencie niedocukrzenia, a tym samym po przebytych jego objawach odczuwa lęk przed kolejnym epizodem hipoglikemii, w konsekwencji często spożywa zdecydowanie większe ilości węglowodanów niż powyżej przytoczone zalecenia (zgodne z Wytycznymi 2014) wywołując hiperglikemię. Stąd potrzeba ciągłej i powtarzanej edukacji, podczas której winniśmy zwrócić uwagę na najczęściej popełniane błędy przez chorego. Należy do nich oprócz spożywania zbyt obfitego posiłku, spożycie produktów zawierających tłuszcz (czekolada, batony). Tłuszcz spowalnia wchłanianie węglowodanów, co przyczynia się do braku szybkiego wyrównania glikemii i opóźnione w czasie hiperglikemie. Innym błędem jest spożywanie produktów niezawierających wymienników węglowodanowych np. coca-cola light, brak kontroli glikemii, podawanie glukagonu przy hipoglikemii wywołanej spożyciem alkoholu czy nieprawidłowy sposób przygotowania glukagonu do podania.

Jedną ze składowych terapii cukrzycy jest wysiłek fizyczny zalecany w każdej postaci choroby. Regularny wpływa korzystnie na wrażliwość na insulinę i kontrolę glikemii, profil lipidowy, regulację ciśnienia tętniczego krwi, poprawia nastrój, przeciwdziała depresji oraz sprzyja utrzymaniu należytej masy ciała. Zalecaną formą wysiłku dla osób > 65 roku życia i/lub z nadwagą jest szybki spacer 3 – 5 razy w tygodniu, co nie oznacza, że inne formy aktywności nie są korzystne. Uprawianie sportu czy inna aktywność nie jest przeciwwskazana w cukrzycy. Należy jednak pamiętać o odpowiednim przygotowaniu i dostosowaniu dawki insuliny do wysiłku, aby nie wystąpiła hipoglikemia. Bezwzględnie obowiązuje kontrola glikemii przed wysiłkiem fizycznym. Szczególnego znaczenia nabiera opieka nad dziećmi i młodzieżą szkolną, dlatego obecnie próbuje się edukować nauczycieli i wychowawców jak postępować z dzieckiem chorym na cukrzycę podczas lekcji wychowania fizycznego, wycieczek szkolnych, zabaw i dyskotek.

Wysiłek intensywny, krótkotrwały może spowodować wzrost glikemii na skutek intensywnego pobudzenia syntezy glukozy. Nie jest on zalecany dla chorych z cukrzycą, chociaż nie jest zabroniony. Przykładem takiego wysiłku jest np. podnoszenie ciężarów, boks. Korzystniejszy jest wysiłek długotrwały, rozpoczęty rozgrzewką o łagodnej intensywności (trening tlenowy). Powoduje obniżenie glikemii w trakcie i po wysiłku, może skutecznie obniżyć dobowe zapotrzebowanie na insulinę. Niebezpieczeństwem jest ryzyko hipoglikemii, dlatego przed planowanym wysiłkiem fizycznym należy rozważyć redukcję o 30-50% dawki insuliny krótkodziałającej, której szczyt działania przypada na okres wysiłku lub bezpośrednio po nim. Podczas leczenia przy pomocy osobistej pompy insulinowej zaleca się zmniejszenie dawki bazalnej o 20-80%. Pompa może być odłączona na okres 45-60 minut pod kontrolą glikemii. Wysiłek fizyczny może być niezaplanowany bez możliwości korekty dawki insuliny. Wówczas należy spożyć dodatkową porcję cukrów prostych (20-30g/30min wysiłku) przed aktywnością.

Hipoglikemia jest niebezpiecznym powikłaniem, często wymagającym hospitalizacji, ale znajomość mechanizmów jej powstawania i sposobów zapobiegania daje bezpieczeństwo choremu. Pomocnym gadżetem są opaski z informacją o chorobie, legitymacje, dzienniczki noszone przez chorych. ■

Elżbieta Krupińska

Literatura u autora.

Leczenie farmakologiczne chromania przestankowego

Stosowanie leków u chorych z chromaniem przestankowym ma zarówno swoich zwolenników jak i przeciwników. Sceptyczna opinia celowości stosowania leków u tych chorych, wynika z badań porównujących wyniki leczenia z grupą placebo. Wykazały one jedynie prawdopodobny wpływ leków na poprawę ukrwienia. Z klinicznego punktu widzenia vasodilatory mogą wywoływać jednocześnie zjawisko podkradania do zdrowego obszaru naczyniowego.

Argumentów za stosowaniem leków dostarczają głównie badania nad ich wpływem na mikrokążenie. Efekt poprawiający przepływ przez mikrokążenie odbywa się poprzez zmniejszenie gęstości i lepkości krwi, zahamowanie adhezji i agregacji płytek krwi. Niektóre leki mają właściwości zahamowania aktywacji leukocytów i zmniejszenie wydzielania przez nie wolnych rodników tlenowych oraz innych substancji biochemicznych uszkadzających śródbłonek naczyniowy. Innym ważnym mechanizmem działania leków może być zmniejszenie wpływu substancji biochemicznych mających właściwość wywoływania kurczu zwieraczy przedwłośni-czkowych takich jak serotonina czy katecholaminy.

U chorych z chromaniem przestankowym leczy się przede wszystkim choroby współistniejące (np. nadciśnienie tętnicze), stosuje leki modyfikujące czynniki ryzyka (np. hiperlipidemię) i zapobiega powikłaniom zakrzepowym miażdżycy (np. stosując leki przeciwplatekcyjne). Żaden z dostępnych leków nie zmniejsza chromania na tyle skutecznie, aby mógł być zalecany do powszechnego stosowania w celu zmniejszenia dolegliwości, wydłużenia dystansu chromania. Niemniej jednak promuje się różne leki jako wydłużające dystans chromania. Leki te nie powinny zastępować ćwiczeń fizycznych i innych modyfikacji stylu życia, natomiast znajdują zastosowanie u chorych, u których leczenie inwazyjne nie jest wskazane, a także u chorych, którzy nie mogą lub nie chcą wykonywać ćwiczeń fizycznych lub nie odnieśli zadowalających korzyści z rehabilitacji ruchowej.

W leczeniu chromania przestankowego wyróżniamy następujące grupy leków:

1. Pentoksyfilina.

Jest najczęściej stosowanym lekiem należącym do grupy Metylkoksantyn i najbardziej rozpowszechnionym lekiem stosowanym w Polsce. W USA stosuje się ją już od 1984 r. Pomimo tak długiego okresu wykorzystywania tego leku do leczenia chorych z chromaniem przestankowym, mechanizm odpowiedzialny za poprawę przepływu krwi w obszarze niedokrwionym nie został całkowicie wyjaśniony.

Leczenie pentoksyfilliną rozpoczyna się dobową dawką 1200 mg podzieloną na 3 dawki.

Już po miesiącu dawkę leku można zmniejszyć do 800 mg/dobę. Leczenie powinno trwać co najmniej 24 tygodnie. Udowodniono, że poprawia zdolność erytrocytów do odkształcania się, przez co łatwiej przeciskają się przez węższe od nich kapilary mikrokrążenia. Łatwiejsza migracja erytrocytów przez mikrokrążenie oraz zwiększenie łatwości z jaką komórki te oddają tlen, poprawia utlenowanie niedokrwionych tkanek. Zmniejszenie sztywności ścian krwinek czerwonych odbywa się poprzez wzrost poziomu wewnątrzkomórkowego ATP.

Powoduje on zwiększenie fosforylacji białek błon komórkowych oraz zmniejszenie wpływu jonów potasu, zależny od aktywacji jonami wapnia. Ważnym mechanizmem działania pentoksyfilliny jest zmniejszenie nasilenia niekorzystnych zjawisk zachodzących w mikrokrążeniu w niedokrwionych tkankach. Przez hamowanie fosfodiesterazy pentoksyfillina powoduje wzrost śródkomórkowego cAMP, co prowadzi do zmniejszenia ekspresji komórkowego TNF (tumor necrosis factor). Zmniejszony poziom TNF powoduje zmniejszenie zdolności leukocytów do wydzielania toksycznych związków tlenowych. Wywierane działanie zarówno na erytrocyty i leukocyty obniża równocześnie lepkość krwi i opór naczyniowy. Bezpośredni efekt rozszerzający odbywa się poprzez stymulację naczyń do uwalniania prostacykliny. Zmniejsza również stężenie fibrynogenu w osoczu i agregację płytek oraz - jak wykazano - wydłuża dystans chromania u chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych.

W pierwszych badaniach z grupą kontrolną lek ten, w porównaniu z placebo, powodował wydłużenie dystansu chromania (intermittent claudication distance - ICD) o 22% oraz dystansu do wystąpienia bólu o natężeniu zmuszającym chorego do zatrzymania się (absolute claudication distance - ACD) o 12%. Ta odsetkowa poprawa w zakresie ICD i ACD była jednak wyrażona jako średnia różnica między 2. i 24. tygodniem leczenia. Rzeczywista różnica w ACD, w porównaniu z placebo, po 6 miesiącach leczenia wyniosła 18%, ale nie była statystycznie istotna. W nowszym badaniu potwierdzono ten wynik, uzyskując poprawę o 21% w porównaniu z placebo ($p = 0,09$). Badanie to wykazało, że lepsze wyniki osiąga się u chorych z chromaniem od ponad roku i ze wskaźnikiem kostkowo-ramiennym poniżej 0,8. W dotychczas przeprowadzonych badaniach klinicznych nie używano jednak kwestionariuszy wypełnianych przez chorych do oceny skuteczności pentoksyfilliny, dlatego rzeczywiste korzyści kliniczne ze stosowania leku nie zostały w pełni określone.

Coraz więcej jest jednak danych, które podważają skuteczność tego leku w wydłużaniu dystansu przechodzonego bez bólu. Ostatnie badanie opublikowane przez Claudication Study Group jest obecnie największą randomizowaną i prospektywną próbą kliniczną. Nie wykazała ona istotnej statystycznie różnicy w dystansie chromania przestankowego u chorych pobierających pentoksyfillinę, w porównaniu z pacjentami zażywającymi placebo.

Należy zatem stwierdzić, że stopień wydłużenia dystansu marszu w wyniku działania pentoksyfilliny jest trudny do prognozowania i być może nieistotny z punktu widzenia klinicznego, w porównaniu z użyciem placebo.

2. Naftydrofuryl (w Polsce niedostępny).

Naftydrofuryl jest lekiem dostępnym w kilku krajach europejskich od ponad 20 lat, stosowanym w przypadku chromania przestankowego. Jest to antagonistą 5-hydroksytryptaminy typu 2, który poprawia metabolizm mięśniowy oraz prawdopodobnie zmniejsza agregację płytek i rulonizację erytrocytów. W metaanalizie 5 badań, obejmujących 888 pacjentów z chromaniem przestankowym, stwierdzono, że naftydrofuryl

wydłużał bezbólowy dystans chromania o 26% w porównaniu z placebo ($p = 0,003$). Podobne wyniki, wykazujące polepszenie sprawności fizycznej oraz jakości życia, uzyskano w 3 ostatnich badaniach obejmujących grupy liczące ponad 1100 osób, obserwowanych przez 6–12 miesięcy. We wszystkich tych badaniach stosowano taką samą dawkę leku w wysokości 600 mg/dzień. Działania niepożądane były nieznaczne, niewiele się różniły od tych wywołanych przez placebo. Najczęstszymi skargami zgłaszanymi przez pacjentów biorących udział w różnych badaniach były łagodne zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

3. Buflomedil.

Lek ten wykazuje działanie alfa1- i alfa2-adrenolityczne, które objawia się wazodylatacją. Stwierdzono, że zmniejsza skurcz naczyń. Lek ten charakteryzuje się działaniem przeciwpłytkowym, co powoduje poprawę odkształcalności krwinek czerwonych oraz działa nieznacznie antagonistycznie w stosunku do kanałów wapniowych.

Buflomedil stosuje się w leczeniu chromania przestankowego w niektórych krajach od przeszło 10 lat. W dwóch badaniach przeprowadzonych ponad 10 lat temu na stosunkowo małych grupach chorych stwierdzono znamienne większą poprawę w zakresie ACD w grupie leczonej buflomedilem niż w grupie placebo.

Jednak istnieje obawa, że publikowano jedynie pozytywne wyniki badań. Z tego względu dowody są niewystarczające, aby obecnie stosować ten środek w leczeniu pacjentów z chromaniem.

4. Cilostazol (w Polsce niedostępny).

Jest to inhibitor fosfodiesterazy III, który blokując degradację cAMP, powoduje to wzrost zawartości cAMP w płytkach krwi i naczyniach. Konsekwencją wzrostu cAMP w komórce płytek krwi jest hamowanie cyklooksygenazy i fosfolipazy, enzymów, które biorą udział w produkcji tromboksanu A2. Spadek stężenia tromboksanu powoduje wydzielanie prostaglandyny I₂ oraz innych substancji uwalnianych przez endothelium, które hamują agregację płytek krwi i rozkurcz mięśni gładkich. Łagodne działanie rozkurczające mięśnie gładkie ścian tętnic odbywa się również przez wzrost w komórce mięśni poziomu cAMP. Blokuje on uwalnianie z wewnątrzkomórkowych magazynów wapnia, potrzebnego do aktywacji miozyny przez jej fosforylację. Dopiero po fosforylacji miozyna łączy się z aktyną i to zapoczątkowuje skurcz. Inhibitor fosfodiesterazy może również wpływać na obniżenie poziomu inhibitora aktywatora plazminogenu. Mechanizm ten może przywracać zaburzoną u chorych z chromaniem fibrynolizę. Zmniejszenie agregacji płytek krwi wpływa również na zmniejszenie liczby cytokin uwalnianych podczas występującego w trakcie odpoczynku po bólu mięśni, zespołu reperfuzji.

W kilku randomizowanych, podwójnie ślepych próbach wykazano istotny wpływ cilostazolu na wydłużenie dystansu przejścia bezbólowego (o 32–73% w porównaniu z grupą otrzymującą placebo) w miażdżycowym niedokrwieniu kończyn dolnych. Mimo znanych farmakologicznych mechanizmów działania cilostazolu nadal brak jest przekonujących danych, które w jednoznaczny sposób wytłumaczyłyby wpływ leku na poprawę chodzenia.

W kilku opublikowanych badaniach z randomizacją wykazano wydłużenie dystansu marszu w wyniku leczenia cilostazolem w porównaniu z placebo - o 31-47%. Czas trwania terapii wyniósł 12-24 tygodni. Ponadto zmniejszenie długości marszu po odstawieniu leku było bardziej znaczące w przypadku cilostazolu aniżeli placebo.

W największym z badań, obejmującym 516 chorych z chromaniem przestankowym, przydzielano ich losowo do grupy leczonej cilostazolem w dawce 50 mg lub 100 mg, dwa razy na dobę albo placebo. Poprawę dystansu marszu zaczęto zauważać już po czterech tygodniach leczenia i stopniowo zwiększała się ona aż do końca 24-tygodniowego okresu terapii. Poprawa była większa u chorych, którym podawano cilostazol w dawce 2 razy 100 mg aniżeli 2 razy 50 mg (odpowiednio 59 i 48%). Między badanymi grupami nie było różnic w odsetkach zdarzeń niepożądanych.

Powikłania związane ze stosowaniem leku (ból głowy, biegunka, zaburzenia w oddawaniu stolca, zawroty głowy, kołatanie serca) występowały z częstością 10%. Miały one niewielkie znaczenie i tylko u kilku chorych wymagały odstawienia leczenia.

Zanotowano również korzystny efekt leczenia Cilostazolem na poziom HDL i TG.

Wykazano, że cilostazol może łagodzić objawy przedmiotowe i wydłużać dystans chromania. Nie należy go stosować u osób z zastoinową niewydolnością serca z uwagi na jego potencjalnie niekorzystne działanie (zwiększa ryzyko zgonu) jako inhibitora fosfodiesterazy III w tej grupie chorych.

Zaleca się stosowanie cilostazolu u chorych z nasilonym chromaniem przestankowym, u których zawiodły inne metody postępowania zachowawczego (modyfikacja czynników ryzyka i leczenie wysiłkiem fizycznym), oraz u chorych, u których przeciwwskazane jest leczenie operacyjne bądź przezskórne interwencje wewnątrznacyniowe. Autorzy podkreślają, że nie należy stosować tego leku u chorych z mało nasilonymi objawami chromania przestankowego.

5. Leki przeciwplatekcyjne.

Platek krwi i zakrzepicy przypisuje się znaczącą rolę w patogenezie zmian miażdżycowych tętnic. Rola leków przeciwplatekcyjnych w leczeniu choroby wieńcowej serca została poparta wieloma badaniami.

Przez analogię można spodziewać się ich dużego znaczenia w miażdżycy tętnic kończyn dolnych. Pojawiły się już prace nad wyjaśnieniem znaczenia leków przeciwplatekcyjnych u chorych z chromaniem przestankowym.

ASA i inne leki przeciwplatekcyjne (klopidogrel) odgrywają istotną rolę w długofalowym leczeniu miażdżycy tętnic obwodowych. Miażdżycą bowiem często obejmuje jednocześnie kilka łożysk nacyniowych i leki te zmniejszają ryzyko incydentów sercowo-nacyniowych. Żadne z badań nie wykazało jednak korzystnego wpływu ASA na chromanie przestankowe. Natomiast w dwóch badaniach z randomizacją ticlopidyny zmniejszała chromanie przestankowe, zwiększała wydolność wysiłkową zwiększa dystans marszu. Poprawia wskaźnik kosztowo-ramienny oraz zmniejsza częstość rewaskularyzacji kończyn dolnych w porównaniu z placebo. U chorych leczonych ticlopidyną zaobserwowano zmniejszenie częstości liczby wykonywanych zabiegów interwencyjnych i zgonów z powodów incydentów sercowo-nacyniowych.

Istotne działania niepożądane ticlopidyny, pod postacią leukopenii i małopłytkowości stały się przyczyną zastąpienia jej przez klopidogrel, jako lek z wyboru.

Giorolmi przeprowadził metaanalizę wpływu niektórych leków przeciwzakrzepowych (aspiryny, dipyridamolu, ticlopidyny, indobufenu, cilostazolu, sulodexydu, inhibitorów witaminy K i defibrotide) na długość dystansu chromania bez bólu. Znaczącą poprawę obserwowano w grupie chorych otrzymujących indobufen, heparynę drobnocząsteczkową, sulodexyd i defibrotide. Maksymalny dystans chromania wydłużył się tylko w grupie otrzymujących indobufen i defibrotide a w mniejszym

stopniu cilostazol. W leczeniu chorych z chromaniem przestankowym bierze się również pod uwagę doustne antykoagulanty. Uzasadnieniem stosowania tych leków są badania hematologiczne.

U chorych z miażdżycą tętnic kończyn dolnych stwierdza się podwyższony poziom fibrynogenu, czynnika VII, czynnika von Willebranda, produktów degradacji fibrynogenu, inhibitora aktywacji plazminogenu. Towarzyszy temu wzrost lepkości krwi, zwiększona agregacja erytrocytów i podwyższony poziom leukocytów. Badania te świadczą o istnieniu zaburzeń układu krzepnięcia i fibrynolizy.

Heparynoidy

Najczęściej stosowanym heparynoidem jest sulodexyd – glikozaminoglikan otrzymywany z błony śluzowej jelit świń. Jest on mieszaniną heparyny średnicząsteczkowej (80%) i siarczanu dermatanu. Działanie obu składników leków sumuje się, czego efektem jest wiązanie z AT III (frakcja heparynowa) jak i kofaktorem IIa. Właściwością tego leku jest zachowywanie działania fibrynolitycznego i przeciwzakrzepowego po podaniu doustnym. Posiada również właściwość aktywacji lipazy lipoproteinowej przez co obniża poziom cholesterolu i trójglicerydów. Niekorzystną właściwością jest natomiast długi okres aktywności przeciwko czynnikowi Xa. Ma również działanie fibrynolityczne. W badaniach Gaddi i wsp. stosowanie leczenia sulodexydem spowodowało wydłużenie dystansu chromania o 36% w stosunku do grupy z placebo, obniżyło stężenie trójglicerydów i fibrynogenu oraz lepkości krwi. Wzrastał natomiast poziom cholesterolu o wysokiej gęstości.

6. Leki rozszerzające naczynia.

Leki rozszerzające tętnice (wazodylatatory tętniczkowe) były pierwszą grupą leków zastosowanych w leczeniu chromania przestankowego. Do grupy tej należą leki hamujące układ współczulny (alfa-blokery), leki bezpośrednio rozszerzające naczynia (papaweryna), agoniści receptora adrenergicznego beta2 (nylidryna), blokery kanałów wapniowych (nifedypina) i inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE).

Nie wykazano jeszcze skuteczności klinicznej tej grupy leków w randomizowanych, kontrolowanych badaniach. Podano kilka teoretycznych powodów wyjaśniających, dlaczego leki te są nieskuteczne w leczeniu chromania przestankowego. Przede wszystkim naczynia w obszarze niedokrwionym są już maksymalnie rozszerzone, dlatego leki naczynio-rozkurczające powodują jedynie efekt podkradania poprzez rozszerzenie naczyń w tkankach prawidłowo ukrwionych (głównie w mięśniach proksymalnych), co zmniejsza napływ krwi do mięśni zaopatrywanych przez zwężone tętnice.

Uzasadnienie stosowania leków mających działanie bezpośrednio rozszerzające naczynia oparte jest na założeniu, że w obszarze niedokrwionych tkanek zawsze występuje kurcz tętnic i tętniczek. Inne zakłada, że leki tej grupy ułatwiają rozwój naczyń krążenia obocznego przez rozszerzenie już istniejących komplementarnych tętnic.

Blokery alfa-adrenergiczne

Leki z tej grupy rozszerzają głównie naczynia krwionośne, w których dominują ilościowo receptory α (naczynia oporowe). Przedstawicielem leków α -adrenolitycznych jest tolazolina. Oprócz działania rozszerzającego, głównie naczyń skóry, może powodować częstoskurcz i ból wieńcowy. Jej niekorzystnym działaniem jest także działanie histaminowe przez co zwiększa wydzielanie żołądkowe, powoduje ból brzucha i dyspepsję. Ze względu na przeciwwskazania (zwłaszcza niewydolność wieńcowa, chorobę wrzodową i dychawicę oskrzelową) ma ograniczone zastosowanie. Podobnym lekiem z tej grupy jest fentolamina.

W porównaniu do tolazoliny jeszcze silniej obniża ciśnienie tętnicze krwi. bSilne działanie α -adrenolityczne wykazuje również dihydroergotoksyna – mieszanina uwodornionych alkaloidów sporyszu.

7. Antagoniści 5-hydroksytryptaminy- ketanseryna.

Ketanseryna jest wybiórczym antagonistą receptora serotoninowego. Lek ten obniża lepkość krwi, a także posiada właściwości naczyniorozszerzające i przeciwpłytkowe.

W badaniach z grupą kontrolną ketanseryna okazała się jednak nieskuteczna w leczeniu chromania przestankowego.

W kontrolowanych badaniach nad tym lekiem wykazano, że nie jest on korzystny w leczeniu chromania przestankowego. Poza tym, lek ten wiąże się ze zwiększonym ryzykiem śmiertelności w podgrupie pacjentów leczonych za pomocą diuretyków wypłukujących potas, co wyklucza jego stosowanie.

AT-1015 jest selektywnym antagonistą 5-hydroksytryptaminy, badanym w wielu dawkach u pacjentów z chromaniem przestankowym. Lek był nieskuteczny, a poza tym w dużych dawkach wywierał efekt toksyczny. Z tego powodu obecnie nie zaleca się jego stosowania.

Korzystne wyniki uzyskano, stosując saprogrelat u 364 pacjentów badanych przez 32 tygodnie, bez niebezpiecznych następstw stosowania. Należy przeprowadzić dodatkowe badania w celu określenia ogólnych korzyści oraz bezpieczeństwa zastosowania leków z tej grupy.

8. Werapamil.

W jednym badaniu oceniono wpływ antagonisty wapnia - werapamilu na chromanie przestankowe. Mimo że leczenie trwało jedynie 2 tygodnie i można mieć zastrzeżenia do metodyki badania, w grupie leczonej werapamilem uzyskano znamienne dłuższy ACD w porównaniu z grupą placebo.

9. Hemodylucja izowolemiczna

W leczeniu chromania przestankowego zalecano hemodylucję izowolemiczną, nawet jeśli chory nie miał czerwienicy. Prawdopodobnie z powodu obniżenia lepkości krwi, ale nie wiadomo czy zwiększony przepływ krwi kompensuje zmniejszoną zdolność przenoszenia tlenu. W jednym badaniu z podwójnie ślepą próbą stwierdzono skuteczność hemodylucji z użyciem dekstranu, w porównaniu z placebo, w wybranych grupach chorych.

W dwóch badaniach wykazano, że wykonywana przez kilka tygodni hemodylucja (przy użyciu roztworów koloidowych, tj. skrobi lub dekstranu) pozwoliła nieznacznie wydłużyć dystans marszu.

Istnieje niewystarczająca liczba badań, które potwierdzają skuteczność tej terapii, dlatego ma ona znaczenie jedynie z historycznego punktu widzenia.

10. Aminofilina.

Lek ten blokuje receptory adenozynowe i przez to może ograniczać rozszerzenie naczyń pod wpływem wysiłku fizycznego. Teoretycznie efekt ten chroni przed podkradaniem krwi z niedokrwionych mięśni szkieletowych. W jednym badaniu aminofilina podana dożylnie chorym z chromaniem przestankowym powodowała uzyskanie lepszego wyniku w próbie na bieżni ruchowej.

11. Witamina E.

Od 1953 roku opublikowano 5 badań z randomizacją oceniających przydatność witaminy E w leczeniu chromania przestankowego. Choć ich wyniki są częściowo zachęcające, to nie ma przekonujących danych, aby zalecić rutynowe stosowanie witaminy E u chorych z chromaniem przestankowym.

12. Defibrotyd. (W Polsce nie jest dostępny)

Defibrotyd jest polidezoksynukleotydem, który ma właściwości przeciwkrzepliwie i hemoreologiczne. W 1994 roku przeprowadzono metaanalizę obejmującą 10 badań z grupą kontrolną, w których łącznie 406 chorych z chromaniem przestankowym otrzymywało przez 60-280 dni defibrotyd w dawce 400-800 mg/d, a 337 - placebo. U chorych leczonych defibrotydem, w porównaniu z placebo, obserwowano bezwzględne wydłużenie ACD o 73 m (95% CI: 35-111 m). Należy jednak wykonać większe badania, aby lepiej zrozumieć korzyści kliniczne i ewentualne ryzyko terapii.

13. Karnityna i propionilo-L-karnityna.

U chorych na miażdżycę tętnic obwodowych występuje nie tylko upośledzenie napływu krwi tętniczej do kończyn, ale także nieprawidłowości metaboliczne w mięśniach szkieletowych kończyn dolnych, na przykład w zakresie przemian karnityny. Zaobserwowano, że w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dochodzi do nagromadzenia w mięśniach acylokarbonylów (pośrednich metabolitów utleniania), co się wiąże z upośledzeniem tolerancji wysiłku. Na tej podstawie wysunięto hipotezę, że podawanie chorym karnityny powinno poprawić metabolizm niedokrwionych mięśni. Z tego powodu chromanie nie jest jedynie efektem zredukowanego przepływu krwi, ale także zmian w metabolizmie mięśni szkieletowych. L-karnityna i propionilo-L-karnityna wpływają na metabolizm tlenowy mięśni szkieletowych i powodują poprawę wydolności fizycznej na bieżni

W badaniu II fazy przeprowadzonym na małych grupach chorych karnityna i propionilo-L-karnityna zwiększały wydolność wysiłkową i zmniejszały chromanie. Większe badania II fazy potwierdziły korzystne działanie propionilo-L-karnityny, a optymalna dawka wynosiła 2 g/d. Skuteczność i bezpieczeństwo propionilo-L-karnityny ocenia się w 3 trwających wieloośrodkowych badaniach klinicznych III fazy.

Propionilo-L-karnityna (rodnik acylowy karnityny) była bardziej skuteczna niż mL-karnityna w wydłużaniu dystansu marszu u pacjentów. W dwóch badaniach przeprowadzanych w kilku ośrodkach z udziałem w sumie 730 osób stwierdzono, że początkowy i maksymalny dystans marszu poprawił się znacznie bardziej pod wpływem propionilo-L-karnityny w porównaniu z placebo. Lek poprawiał także jakość życia i charakteryzował się minimalnymi działaniami niepożądanymi w porównaniu z placebo. Należy przeprowadzić dodatkowe badania w dużej populacji pacjentów z chromaniem przestankowym w celu ustalenia całkowitej skuteczności i korzyści klinicznych wynikających ze stosowania tych leków.

14. Prostaglandyny.

Dożylne stosowanie tych leków u chorych wymagających leczenia przewlekłego jest niepraktyczne, dlatego opracowano niedawno preparaty doustne, bardziej nadające się dla chorych z chromaniem przestankowym.

Dokonywano prób stosowania prostaglandyn E1 (PGE1) oraz I2 (PGI2) w leczeniu przewlekłych zmian zarostowych tętnic obwodowych, podając je dożylnie bądź dotętniczo. Użytkiwane w różnych badaniach wyniki nie są ani do końca spójne, ani zachęcające.

Na podstawie kilku dużych badań z randomizacją, z zastosowaniem placebo, stwierdzono, że PGE1 była albo nieskuteczna, albo obserwowane zmniejszenie częstości złożonego punktu końcowego było statystycznie znamienne jedynie bezpośrednio po zakończeniu leczenia, ale już nie po upływie 6 miesięcy.

Pięciuset czterdziestu dziewięciu chorych z chromaniem przestankowym poddano leczeniu z użyciem analogu PGI2,



beraprostu albo placebo. Po upływie 6 miesięcy większy odsetek chorych leczonych substancją aktywną wykazywał wydłużenie dystansu marszu na ruchomej bieżni (44 vs 33%), dystansu marszu bez bólu (82 vs 53%) oraz maksymalnego dystansu marszu (60 vs 35%). Osiągane korzyści były jednak umiarkowane oraz nieistotne z klinicznego punktu widzenia. Przeprowadzono ponadto wiele innych badań klinicznych z udziałem niedużej liczby chorych. W jednym z takich badań PGE1 podawana dożylnie wydłużała dystans marszu oraz poprawiała jakość życia po 4 i po 8 tygodniach od zakończenia leczenia.

W innym badaniu o charakterze otwartym, obejmującym niewielką liczbą chorych, skojarzenie podawanej dożylnie PGE1 z kontrolowanym wysiłkiem fizycznym zapewniło bardzo znaczące i trwałe wydłużenie dystansu marszu w porównaniu z samym tylko leczeniem wysiłkiem fizycznym oraz leczeniem wysiłkiem skojarzonym z przyjmowaniem pentoksyfiliny. Podobnie, osiągnięto znamienne wydłużenie dystansu marszu u chorych z chromaniem, którym podawano przez 8 tygodni analog PGE1 AS-013. Podobnie jednak obserwowana poprawa nie miała znaczenia klinicznego.

15. Naczyniowy czynnik wzrostu śródbłónka.

Naczyniowy czynnik wzrostu śródbłónka (VEGF – vascular endothelial growth factor) i zasadowy czynnik wzrostu fibroblastów (bFGF – basic fibroblast growth factor i FGF-2) są środkami mitogennymi, które stymulują rozwój nowych naczyń krwionośnych i powodują w modelach eksperymentalnych niedokrwienia obwodowego powstawania naczyń krążenia obocznego.

Zastosowanie pojedynczej dawki leku 30 µg/kg FGF-2 spowodowało wydłużenie dystansu o 34%, podwojenie dawki leku nie miało już dalszego wpływu na przepływ krwi w kończynie. Po podaniu białka bFGF drogą dotętniczą u pacjentów z chromaniem przestankowym występowała poprawa wydolności fizycznej.

Obecnie trwają pierwsze badania kliniczne I i II fazy mające ustalić, czy te czynniki wzrostu znajdują zastosowanie u chorych z chromaniem przestankowym i ciężkim niedokrwieniem kończyn dolnych. Należy przeprowadzić więcej badań, aby określić całkowitą skuteczność, a także sposób i częstość podawania czynników angiogenicznych w leczeniu chromania przestankowego.

16. L-arginina.

L-arginina jest aminokwasem, który u chorych na miażdżycę zwiększa wytwarzanie tlenku azotu pochodzącego ze śródbłónka i zależne od śródbłónka rozszerzenie naczyń. Jest to jedyny substrat wykorzystywany przez komórki śródbłónka do syntezy EDRFu, może poprawiać funkcję endotelium, a co za tym idzie, złagodzić objawy przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych.

W jednym z badań nad suplementacją żywieniową L-argininą stwierdzono zmniejszenie bólu podczas chodzenia, ale nie wydłużenie czasu chodzenia. Należy przeprowadzić dodatkowe badania i sprawdzić, czy takie leczenie przyniosłoby jakiegokolwiek korzyści i nie stwarzało dodatkowego ryzyka.

17. Leki obniżające stężenie lipidów

U pacjentów z PAD występują zaburzenia metaboliczne i nieprawidłowości śródbłónka, będące wynikiem miażdżycy, co można leczyć.

Z dostępnych leków stosowanych w terapii hipercholesterolemii i hipertriglicydemii na plan pierwszy wysuwają się statyny, czyli inhibitory reduktazy HMG-CoA, których głównymi

przedstawicielami są m.in. lowastatyna, atorwastatyna i simwastatyna.

W badaniu CLAS (Cholesterol Lowering Atherosclerosis Study) wykazano, że w grupie chorych pobierających kolestypol i kwas nikotynowy brak jest angiograficznych wykładników progresji zmian zwężających tętnicę udową, w przeciwieństwie do grupy placebo. Wpływ podawania leków obniżających poziom cholesterolu na dystans chromania przestankowego badano w dwóch dużych programach badawczych, w których stwierdzono zmniejszenie ryzyka wystąpienia chromania w grupach chorych pobierających cholestyraminę. Największym jednak retrospektywnym badaniem potwierdzającym korzystny wpływ terapii hipolipemicznej w miażdżycowym niedokrwieniu kończyn dolnych jest skandynawskie badanie 4S (Scandinavian Simvastatin Survival Study). Mimo że obecnie są dostępne wstępne wyniki, kilka prac naukowych sugeruje, że będą prowadzone dalsze badania potwierdzające ich korzystny wpływ. Następne badania mają na celu określenie efektów klinicznych stosowania statyn, w tym zahamowanie progresji choroby oraz ograniczanie objawów.

18. Inhibitory acetylo-transferazy cholesterol-acetylo-koenzym-A

Leki z tej grupy zmniejszają gromadzenie się cholesterolu w blaszkach miażdżycowych, wpływając na przebieg miażdżycy. Badania nad awasimibem u pacjentów z chromaniem przestankowym nie dostarczyły jasnych dowodów na skuteczność i występowanie działań niepożądanych podczas obniżania stężeń cholesterolu frakcji LDL.

W kilku badaniach oceniano też rolę terapii chelatującą, terapii kwasami tłuszczowymi omega-3, ginko biloba oraz rolę obniżania stężeń homocysteiny w leczeniu chromania przestankowego. Żadna z wymienionych terapii nie okazała się skuteczna.

Joanna Kwečka

Literatura u autora.

„ZABURZENIA GOSPODARKI FOSFORANOWO- WAPNIOWEJ U PACJENTÓW ZE SCHYŁKOWĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK LECZONYCH HEMODIALIZAMI”

Przewlekła choroba nerek (PChN) to złożony zespół chorobowy, charakteryzujący się powolnym, nieodwracalnym i najczęściej postępującym pogorszeniem funkcji nerek.

Upośledzenie czynności następuje wskutek zmian chorobowych w mięszu nerek, głównie w kłębuszkach nerkowych, ale także w innych częściach nerki, np. w cewkach i otaczającej je tkance śródmiąższowej.

Dokładna definicja PChN według NKFK/ DOQI brzmi:

„Przewlekła choroba nerek to obecność wskaźników uszkodzenia nerek utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące, określone jako strukturalne lub czynnościowe zaburzenia nerek przebiegające z lub bez obniżenia przesączania kłębuszkowego. Przewlekła choroba nerek to obniżenie przesączania kłębuszkowego (GFR-glomerular filtration rate) poniżej 60 ml/min/1,73 m² utrzymujące się

przez co najmniej 3 miesiące, przebiegające z lub bez wskaźników uszkodzenia nerek”.

Proces chorobowy uszkadza kłębuszki i sprawia, że liczba czynnych, prawidłowo funkcjonujących kłębuszków maleje. PChN zazwyczaj prowadzi do pogorszenia wszystkich funkcji nerek czyli funkcji wydaliniczej, wydzielniczej i metabolicznej. W wielu przypadkach dochodzi do schyłkowej niewydolności nerek i konieczności leczenia nerkozastępczego

Wzrastająca liczba pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek zarówno w Polsce, jak i na świecie, zmusza lekarzy wielu specjalności do rozpoznawania i leczenia przewlekłej choroby nerek. Ciągłe wzrasta liczba pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN), w tym leczonych nerkozastępczo (dializy i transplantacja nerki). Jest to spowodowane m.in. epidemią nadciśnienia tętniczego i cukrzycy, a także starzeniem się społeczeństwa. Jednocześnie wiadomo, że wczesne wykrycie PChN i właściwe leczenie mogą zapobiegać rozwojowi schyłkowej niewydolności nerek (SNN).

Jednym z objawów przewlekłej choroby nerek (PChN) są zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, które doprowadzają do zaburzeń budowy kości i przyczyniają się do powstawania patologicznych zwapnień w ścianach naczyń tętniczych. W przypadku rozpoznania u chorego niewyrównanej lub schyłkowej niewydolności nerek (PNN), poza działaniami mającymi na celu spowolnienie postępu choroby i leczenie chorób współistniejących rozpoczyna się zazwyczaj leczenie nerkozastępcze. Leczenie nerkozastępcze nie wyleczy niewydolnych nerek, ale może wpływać na poprawę jakości życia pacjentów i wydłużyć życie chorych z SNN.

Zaburzenia gospodarki fosforanowo- wapniowej to najczęściej wynik częściowej adaptacji ustroju do upośledzonej czynności wydaliniczej nerek. Zaburzenia te nasilają się i zwiększają równolegle ze stopniem zmniejszania się filtracji kłębuszkowej nerek (eGFR) i w największym stopniu dotyczą chorych w 5 stadium CKD leczonych powtarzalnymi dializami. Zaburzenia gospodarki fosforanowo- wapniowej stanowią przyczynę zwiększonej zachorowalności i śmiertelności pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, są niezależnymi czynnikami zgonu pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, w szczególności dializowanych. Źródła podają, że śmiertelność u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek, u których występuje wtórna nadczynność przytarczyc wzrasta wraz ze wzrostem poziomu stężenia parathormonu (PTH).

U 75% dializowanych nadczynność przytarczyc prowadzi do zwapnień pozaszkieletowych, manifestujących się tworzeniem zwapnień w ścianach naczyń krwionośnych i w tkankach miękkich okostawowych, w mięśniach i zastawkach serca, spojówkach gałek ocznych. O nadczynności przytarczyc świadczą takie objawy jak: bóle kostne i stawowe, świąd skóry, łamliwość kości.

Najskuteczniejszą metodą leczenia zaburzeń mineralnych i kostnych u chorych z PChN jest profilaktyka zaburzeń gospodarki fosforanowo- wapniowej [i]. Jest to najskuteczniejsza metoda leczenia zaburzeń mineralnych i kostnych u chorych na PChN. Należy ją podejmować u chorych na przewlekłą chorobę nerek już w stadium 3 — gdy klirens kreatyniny wynosi poniżej 60 ml/min.

Podstawę profilaktyki stanowi stosowanie diety z ograniczeniem podaży fosforu, oraz stosowanie preparatów wiążących fosforany w przewodzie pokarmowym i uzupełnianie niedoboru witaminy D3 [ii]. Odpowiednia dieta jest częścią leczenia. Dlatego też powinna być ustalana dla każdego pacjenta indywidualnie, aby zapobiec niektórym powikłaniom dializy, np.: Niedożywieniu.

W związku z pogarszającą się funkcją nerek u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek upośledzeniu ulega wydalanie fosforu, który kumuluje się we krwi, powodując powstawanie w tkankach złogów złożonych z wapnia i fosforu.

Podwyższone stężenie fosforu we krwi może objawiać się: zmianami skórными, świądem, bólami kości i stawów, nudnościami i bezsennością. Pacjenci powinni ograniczyć spożywanie fosforanów do 800-1000 mg/dobę. A jeśli dieta nie wystarczy do utrzymania prawidłowych stężeń fosforu, gdy poziom w surowicy przekracza 4,6mg/dl wskazane jest zalecenie przyjmowania leków wiążących fosforany w przewodzie pokarmowym.

Dieta całkowicie pozbawiona fosforanów nie istnieje, gdyż fosfor obecny jest prawie w każdym produkcie spożywczym. Do produktów z dużą zawartością fosforu (>250mg/100g) należą: sery podpuszczkowe, kasza gryczana, konserwy rybne, ryby wędzone spożywane z ośćmi, świeże ryby, pełnoziarniste pieczywo, mięso, sery twarogowe (produkty bogate w białko mają również dużą zawartość fosforanów, z wyjątkiem białka kurzego). Fosforany używane są także jako środki konserwujące do serów topionych, niektórych wędlin, pieczywa cukierniczego, napojów typu cola.

Włączenie pacjenta do programu dializ wymaga zmiany dotychczas stosowanej diety.

O ile potas w trakcie zabiegu hemodializy można wyeliminować z organizmu, tak fosfor jest pierwiastkiem trudno usuwalnym, dlatego tak ważne są ograniczenia dietetyczne.

Zespół terapeutyczny zajmujący się pacjentem dializowanym powinien koncentrować się na edukacji, pobudzaniu chorego do odpowiedzialności za swój stan, przygotowaniu go do samoopieki w celu zapobiegania powikłaniom związanym z przewlekłą chorobą nerek.

Przekonanie pacjentów do podejmowania działań prozdrowotnych wymaga od zespołu terapeutycznego stosowania różnych form edukacji zdrowotnej, dostosowanej do możliwości i potrzeb każdego pacjenta.

Ważną rolę w zespole terapeutycznym pełni pielęgniarka, która pomaga pacjentom odnaleźć się w trudnych chwilach związanych z chorobą. Do zadań pielęgniarki dializacyjnej należą działania zmierzające do poprawy jakości życia pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek. Jako członek zespołu terapeutycznego, pielęgniarka powinna wskazywać na zalety przestrzegania przez pacjentów odpowiedniej diety i uświadamiać im konsekwencje nieprawidłowego odżywiania. Edukacja pacjenta jest jednym ze stałych elementów działalności zawodowej pielęgniarki i jest ważnym elementem opieki nad chorym, wynika to z funkcji wychowawczej, profilaktycznej i promocji zdrowia.

Edukacja zdrowotna jest wieloetapowym procesem, wymaga systematyczności i pełnej współpracy pacjenta z edukatorem. Ze względu na starzejącą się populację pacjentów dializowanych ważna jest również współpraca z rodziną, w celu zapewnienia prawidłowej pielęgnacji i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez chorego w domu.

Odpowiednia dieta przestrzegana przez pacjentów dializowanych jest częścią leczenia. Powinna zawierać odpowiednią ilość energii, białka, tłuszczów, węglowodanów oraz witamin i składników mineralnych.

Dieta pacjenta dializowanego powinna być:

- Niskosodowa
- Niskopotasowa
- Niskofosforanowa
- bogato białkowa.

Zapotrzebowanie na węglowodany uzależnione jest od wieku, płci i aktywności fizycznej. U chorych hemodializowanych zalecane jest spożywanie węglowodanów złożonych, które powinny pokrywać 50-60% dziennego zapotrzebowania na energię.

W diecie chorych dializowanych należy ograniczyć tłuszcze nasycone, podaż spożywanych lipidów nie powinna przekraczać 30% dziennego zapotrzebowania na energię. Ze względu na dużą zawartość tłuszczu z diety powinny być wykluczone:

- tłuste mięso wieprzowe i wołowe
- wędliny podsuszane np. kabanosy, salami,
- tłuste wędliny mielone np. mortadela, parówkowa, parówki, kielbasa śląska
- wędliny podrobowe np. kiszki, pasztety, salcesony, wątrobianki.

Pacjent dializowany powinien jeść mięso gotowane lub pieczone w folii, powinien unikać ryb a w szczególności tych drobnych, - sardynki, szprotki, oraz innych ryb np.: łosoś, pstrąg, śledź, makrela czy karp.

Zbyt duża podaż białka u pacjentów dializowanych powoduje nagromadzenie produktów ich rozpadu, a co za tym idzie wzrasta poziom stężenia fosforu, mocznika i potasu w surowicy.

Zapotrzebowanie na białko u osób hemodializowanych wynosi 1g do 1,4 g/kg/dobę. Zaleca się białko pochodzenia zwierzęcego, najlepiej chude mięso np.: pierś z indyka.

W związku z nasileniem się niewydolności nerek, dochodzi do wzrostu poziomu fosforu we krwi spowodowanego upośledzeniem wydalania, jak również w trakcie zabiegu dializy usuwanie fosforu jest niewystarczające.

Dieta zupełnie pozbawiona fosforu nie istnieje, gdyż fosfor jest obecny niemal w każdym produkcie spożywczym. Sole kwasu fosforowego z uwagi na ich właściwości stabilizujące i emulgujące mają szerokie zastosowanie w przemyśle spożywczym, głównie w przetwórstwie mięsnym, w wyrobie serek topionych, koncentratów zup i deserów w proszku, oraz napojów typu cola.

Prawidłowa dieta wpływa na dobry stan zdrowia i odżywienia, a także na brak powikłań oraz ogranicza występowanie niekorzystnych objawów jak świąd, swędzenie, zmiany skórne, bóle kości i stawów, nudności czy bezsenność.

Ograniczenie stężenia fosforanów w organizmie pozwala na zmniejszenie nasilenia nadczynności przytarczyc i osteodystrofii nerkowej, a w szczególności zapobiega występowaniu poważnych powikłań sercowo-naczyniowych oraz kostnych.

Osobom dializowanym zaleca się, aby zawartość fosforu w diecie mieściła się w granicach 800-1000 mg na dobę. Zawartość fosforu w diecie zależy głównie od ilości spożywanego mięsa oraz produktów nabiałowych.

Wykazano, że w zaawansowanej niewydolności nerek ograniczenie spożycia fosforu w diecie do 700 mg/dobę pozwala na utrzymanie normofosfatemii.

Dieta taka jest jednak trudna do przestrzegania i grozi rozwojem niedożywienia. Trwająca przeciętnie 4 godziny hemodializa pozwala usunąć z organizmu jedynie około 300 mg fosforu, gdy zdrowe nerki usuwają nawet 3000 mg na dobę.

Produkty, których należy unikać przez pacjentów dializowanych w celu ograniczenia fosforu to: mleko skondensowane, mleko w proszku, sery żółte, topione, kasza gryczana, muesli, płatki owsiane, pieczywo pełnoziarniste, ciasta z dużą zawartością proszku do pieczenia, podroby, wątróbka, serca, cielęcina, ryby, śledzie, makrele, sardynki, szprotki, łosoś, warzywa-fasola, groch, szpinak, grzyby, owoce suszone, orzechy, kakao, czekolada, masło.

Zbyt mała podaż wapnia objawia się głównie powikłaniami ze strony układu nerwowego poprzez tężyczkę, mrowienie palców, języka i warg a nadmiar wapnia powoduje jądłowstręt, wymioty, nudności i zaparcia.

Ustalenie diety bogatej wapń jest trudne, gdyż produkty z dużą zawartością tego pierwiastka są również źródłem fosforu, dlatego w celu utrzymania optymalnego stanu gospodarki fosforanowo-wapniowej zaleca się suplementację preparatów wapnia i aktywnej postaci witaminy D.

Zapotrzebowanie na składniki pokarmowe uzależnione jest od stopnia niewydolności i konieczności wprowadzenia ograniczeń dietetycznych, dlatego chory powinien znać produkty, których spożycie jest zalecane w danym okresie choroby, które powinien ograniczyć, a które wyeliminować z codziennej diety.

Zgodnie z art.4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wykonywanie zawodu pielęgniarki to udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje.

W świetle tej ustawy zawód pielęgniarki jest autonomiczny, tzn. że może udzielać określone świadczenia zdrowotne (zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne) bez zlecenia lekarza. Należą do nich min. świadczenia zapobiegawcze, czyli prowadzenie poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością, prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia dorosłych i dzieci, edukacja zdrowotna, rozumiana jako aktywne działanie w celu poprawy świadomości zdrowotnej populacji.

Pielęgniarki stale podnoszące swoje kwalifikacje zawodowe poprzez studia pielęgniarskie, kursy kwalifikacyjne, specjalizacje są odpowiednio przygotowane do prowadzenia edukacji zdrowotnej. Ogromny potencjał dobrze przygotowanych pielęgniarek może posłużyć pacjentom i ich rodzinom do dobrego przygotowania do radzenia sobie z chorobą, samoopieką i samopielęgnacją. Ważne jest, aby pacjent stał się partnerem, to jest podmiotem, w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia i życia z chorobą. Skutecznie prowadzona edukacja zdrowotna pozwala nie tylko na ograniczenie postępu choroby, zmniejsza ryzyko wystąpienia niektórych powikłań, oraz wpływa na poprawę samopoczucia chorych. Pozwala również na zdobycie większej świadomości i współodpowiedzialności pacjentów za swoje zdrowie, dzięki czemu pacjenci aktywniej uczestniczą w procesie leczenia.

Bardzo ważne jest wyrobienie motywacji u pacjenta do stosowania diety. Należy eksponować korzyści, które płyną z przestrzegania zaleceń dietetycznych, a unikać tak zwanych technik straszenia. Duże znaczenie w motywowaniu chorego ma ukazanie związku pomiędzy stosowaną dietą a stanem zdrowia i samopoczuciem.

Dodatkową motywacją powinno być informowanie pacjenta o postępach widocznych w wynikach badań.

Zajęcia edukacyjne można przeprowadzić w sposób indywidualny i grupowy, można się posłużyć rozmową, wykładem, pogadanką, można przeprowadzić pokaz, z użyciem ulotek, plakatów, filmów, slajdów. Rozmowa edukacyjna jest jedną z najlepszych indywidualnych form przekazywania wiedzy pacjentom, bezpośredni kontakt i zaufanie jakim pacjenci obdarzają pielęgniarki ułatwia zrozumienie przekazywanych treści.

Ważną częścią procesu edukacji jest ocena skuteczności, której można dokonać za pomocą ankiety, quizu sprawdzającego poziom zdobytej przez pacjenta wiedzy.

Pacjenci i ich rodziny uczestniczące w zajęciach edukacyjnych mają możliwość zapoznania się z zasadami dbałości o własne zdrowie, zapobiegania wystąpienia powikłań.

Przekazywanie treści przez osoby prowadzące powinno być dostosowane do wieku, zdolności percepcyjnych,

zdolności przyswajanie nowych informacji. Bardzo ważne jest okresowe przypominanie i powtarzanie przekazywanych treści, gdyż często pacjenci dializowani w związku z moczną mają zaburzenia pamięci. Edukacja powinna być prowadzona w sposób ciągły i wieloetapowy.

Język powinien być dostosowany do poziomu wykształcenia i zdolności rozumienia przekazywanych treści. ■

Agata Fikus

Literatura u autora.



Informacje

UWAGA!!!

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie informuje, że od października 2014 r. pielęgniarki i położne mogą uzyskać bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca.

Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Warunkiem uzyskania dostępu do czytelnicy jest:

1. złożenie wniosku do OIPIp,
2. uzyskanie kodu PIN (kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej),
3. opłacanie składek członkowskich przez ostatnie 3 lata.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie należy go uaktywnić w koncie serwisu www.ibuk.pl.

Wniosek i instrukcja dodania kodu PIN znajduje się na naszej stronie internetowej www.oipip.czyst.pl ■

AKTUALIZACJA OBOWIĄZKOWEGO UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ!!!

Przypominamy o **obowiązku dostarczania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Biuro OIPIp w Częstochowie) aktualnej polisy OC wraz z wnioskiem o zmianę w rejestrze dla osób wykonujących działalność leczniczą w ramach działalności leczniczej jako indywidualna / grupowa praktyka pielęgniarki / położnej.**

Wniosek, który dotyczy wyłącznie przedstawienia

dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Od **1 kwietnia 2013r.** wnioski o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru i wykreślenie z rejestru mogą być składane **wyłącznie w postaci elektronicznej**, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450 z późn. zm.) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.).

WYCIĄG Z USTAWY Z DNIA 15 KWIETNIA 2011 r. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Art. 107.

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.**
2. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. ■

Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Oferta kursów OIPIp w Częstochowie

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatryczne

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe
11. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
12. Pielęgniarstwo onkologiczne

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran – Odleżyny Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
6. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
7. Szczepienia ochronne Nr 03/08
8. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
9. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
10. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
11. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
12. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
15. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego – kurs dla pielęgniarek „systemu”
16. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów

SZKOLENIA DOKSZAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiokardografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego
5. Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia zdrowotnego
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylną i obrzęku limfatycznego
6. Diagnostowanie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi.

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów połączonych kursów/szkoleń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPIp pokój nr 407 lub telefonicznie tel. 519 862 186 ■

**Prezydium Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie Uchwałą Nr
28/P/VI/09/2014 z dnia 18 września
2014 roku wyraziło zgodę na renowację
nagrobka rosyjskiej pielęgniarki
T.M. Smorkałowej pochowanej
w kwaterze żołnierzy radzieckich na
Cmentarzu Kule w Częstochowie.**

O świcie 16 stycznia 1945r. grupa czołgów 54 brygady pancerniej dowodzona przez Majora Siemiona Chochriakowa

oraz 23 Brygada Piechoty Zmotoryzowanej Gwardii dowodzona przez Kapitana Nikołaja Goriuszkiną po przeprawie przez Pilicę wyruszyła w kierunku Częstochowy. W Św. Annie doszło do starcia z załogą niemiecką. Na poważny opór wojska radzieckie natknęły się w Mstowie, ale już po południu dotarły do Częstochowy wdzierając się przez lukę w barykadzie na ul. Warszawskiej – zaskakując Niemców.

Na obecnym placu Daszyńskiego wojska podzieliły się na dwie grupy, pierwsza poszła w kierunku dworca Stradom, a druga do dawnej dzielnicy żydowskiej. Około godziny 18.00 Rosjanie zdobyli okolice Cmentarza Kule. Najcięższe walki toczyły się w okolicach Jasnej Góry i ulicy Św. Barbary i dalej w kierunku Lublińca. Jeszcze 16 stycznia wieczorem dowódcy I Frontu Ukraińskiego, Marszałek Ivan Koniew nakazał dowódcy 5 Armii Gwardii wydzielanie oddziału do wyzwolenia Częstochowy. Siły dowodzone przez Pułkownika Dudnika dotarły do miasta w południe 17 stycznia, ale już o 7.00 rano czasu moskiewskiego dowódca 54 brygady pancerniej Iwan Czugunkow zgłosił meldunek o całkowitym wyparciu wojsk niemieckich z miasta. Częstochowa była już wolnym miastem.

Sukces wojsk radzieckich w wyzwoleniu Częstochowy wynikał ze złe funkcjonującej organizacji sił niemieckich oraz szybkich i efektywnych działań niewielkiego oddziału Chochriakowa, inaczej mówiąc Chochriakow całkowicie zaskoczył Niemców. Straty w ludziach przy wyzwoleniu miasta Częstochowy jakie poniosła armia radziecka to: 10 oficerów, 18 zabitych żołnierzy oraz 42 rannych.

Niestety w żadnych doniesieniach nie znalazłam informacji o stratach w służbach medycznych. Bohaterstwo wojsk walczących o wolność jest opisywane w literaturze, uwieczniane na filmach, jednak rola kobiet w tym szczególnie pielęgniarek wciąż pozostaje w zapomnieniu.

Najpiękniejsze lata młodości pielęgniarka Smorkałowa spędziła idąc z wojskiem rosyjskim do wolności. Pielęgniarka Smorkałowa została wysłana w nieznane miejsca, pełne niebezpieczeństw, gdzie musiała stawić czoło ciężkim warunkom, dyskomfortowi fizycznemu, psychicznemu i wyczerpaniu. Służyła ramię w ramię z żołnierzami, troszczyła się o nich kiedy byli chorzy lub ranni. Zapewne płakała nad tymi, którzy już nie mogli wrócić do domu. Pracowała niestrudzenie znosząc te same trudy co żołnierze. Odwaga i poświęcenie tej młodej zaledwie 23- letniej pielęgniarki jest naprawdę inspirująca. Zmagając się z trudnymi warunkami ta młoda pielęgniarka ryzykowała własne życie pracując ze świadomością, że to w jej rękach leży życie rannych żołnierzy.

Nie powinniśmy zapominać o takich bohaterskich kobietach. Pielęgniarka Smorkałowa zginęła gdzieś w okolicach bądź nawet w samej Częstochowie idąc z wojskiem w kierunku wyzwolenia naszego miasta. Niestety na dzień dzisiejszy nie posiadamy informacji o dokładnym miejscu i czasie śmierci tej pielęgniarki. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiła podjąć próbę nawiązania kontaktu z rodziną pielęgniarki, jeżeli uda nam się dotrzeć do jakichkolwiek informacji w tym temacie. Ponadto Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych postanowiła ufundować nową tablicę nagrobną oraz objąć opieką grób pielęgniarki Smorkałowej. ■

Przewodnicząca ORPIp w Częstochowie
Halina Synakiewicz



Warszawa, dnia 16 grudnia 2013 r.
Poz. 1562

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 12 grudnia 2013 r.

W sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne

Na podstawie art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm. 2)) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Specjalizacje dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) geriatrycznego;
- 4) internistycznego;
- 5) onkologicznego;
- 6) operacyjnego;
- 7) opieki długoterminowej;
- 8) opieki paliatywnej;
- 9) pediatrycznego;
- 10) psychiatrycznego;
- 11) ratunkowego;
- 12) rodzinnego.

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

3. Specjalizacja dla położnych może być prowadzona w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) ginekologiczno-położniczego;
- 2) rodzinnego.

4. Specjalizacja dla pielęgniarek i położnych może być prowadzona w dziedzinie pielęgniarstwa:

- 1) epidemiologicznego;
- 2) neonatologicznego.

§ 2. 1. Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki;
- 2) chirurgicznego;
- 3) diabetologicznego;
- 4) geriatrycznego;
- 5) internistycznego;
- 6) kardiologicznego;
- 7) nefrologicznego z dializoterapią;
- 8) neonatologicznego;
- 9) neurologicznego;
- 10) onkologicznego;
- 11) operacyjnego;
- 12) opieki długoterminowej;
- 13) opieki paliatywnej;
- 14) pediatrycznego;
- 15) psychiatrycznego;
- 16) ratunkowego;
- 17) rodzinnego;
- 18) środowiska nauczania i wychowania;
- 19) transplantacyjnego.

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

3. Kursy kwalifikacyjne dla położnych mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa:

- 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
- 2) operacyjnego;
- 3) rodzinnego.

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

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

Minister Zdrowia:
B.A. Arłukowicz

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456 oraz z 2013 r. poz. 940, 1245 i 1287.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 oraz z 2007 r. Nr 102, poz. 708), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456 oraz z 2013 r. poz. 940, 1245 i 1287).

BiRaKo[®]
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

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

KALENDARZE DO REJESTRACJI NA 2015 ROK

- KALENDARZE DZIENNE KSIĄŻKOWE PRZEZNACZAJĄ CAŁĄ STRONĘ NA KAŻDY DZIEŃ
- KALENDARZE TYGODNIOWE 1 TYDZIEŃ NA DWÓCH STRONACH
(CAŁY TYDZIEŃ NA ROZKŁADÓWCE)

ZAPRASZAMY
ATRAKCYJNE CENY

„Człowiek jest wielki
nie przez to, co ma
nie przez to, kim jest,
lecz przez to, czym dzielił się z innymi”.
Jan Paweł II

w związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę, podziękowania za
długoletnią pracę,
zaangażowanie na rzecz środowiska pielęgniarskiego,
wspieranie chorych
Życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają dla Pani



Henryki Rozbickiej

Halina Synakiewicz
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie,
oraz

Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

GODZINY PRACY BIURA

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.

OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰



*„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś,
kto jeszcze mógł być z nami.”*

Z przykrością
zawiadamy,
iż w dniu 17 października
2014 roku
po długiej i ciężkiej
chorobie odeszła nasza koleżanka

Grażyna Cierpiot

Była pielęgniarką wielkiego serca,
wspaniałym przyjacielem.
Swoją pogodą ducha, humorem
i serdecznością obdzielała nas wszystkich.
Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
zmarłej
składają Pielęgniarki i Położne
Z Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych Częstochowie.

POLECAMY CIĘ BOŻEJ OPIECE



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

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa
otuchy
rodzinie zmarłej
Pielęgniarki

Pani Grażyny Cierpiot

Składają
Pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala
Neuropsychiatrycznego w Lublińcu.

Grażynko jesteś i będziesz ciągle wśród
nas. W naszych sercach, w naszych
myślach. Uwolniona od cierpienia,
otulona miłością aż po niezmierzony czas.

*„Z każdym oka mgnieniem udajemy się do celu,
który jest naszym przeznaczeniem”*

Koleżance

Jolancie Ciekot

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

Składają:
Pielęgniarki i Położne z Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego
w Częstochowie,
Pielęgniarki i Położne z Centrum
Medycznego "Małgorzata"
Oraz
Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
Bo zostawili ślady w naszych sercach.”*

Koleżance

Jolancie Poroszewskiej

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki i Położne
z SP ZOZ Miejskiego Szpitala
Zespolonego w Częstochowie
Oraz
Przewodnicząca i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**Debata Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
oraz Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
nt. sytuacji pielęgniarstwa w Polsce
Częstochowa, 16 października 2014 roku.**



**Uroczyste rozdanie Dyplomów uzyskania tytułu Pielęgniarki Specjalisty
w dziedzinie Pielęgniarstwa zachowawczego - Częstochowa dnia 6 października 2014 roku.**



RENOWACJA NAGROBKA ROSYJSKIEJ PIEŁĘGNIARKI T.M. SMORKAŁOWEJ.

