

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Jubileusz 100-lecia urodzin pielęgniarki Franciszki Pinis

Marzec 2015r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



7 kwietnia Dzień Pracownika Służby Zdrowia

Z okazji Dnia Pracownika Służby zdrowia składam wszystkim pracownikom Ochrony zdrowia najserdeczniejsze życzenia, pomyślności i wytrwałości w tej trudnej a odpowiedzialnej pracy.

Ratując życie i zdrowie drugiego człowieka zasługujecie na najwyższe uznanie.

Życzę dużo zdrowia, radości, uśmiechu i satysfakcji z wykonywanej pracy oraz uznania i szacunku przełożonych.



Przewodnicząca
ORPiP w Częstochowie
Halina Synakiewicz

Z okazji Świąt Wielkanocnych
życzę

Wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom,
Położnym i ich najbliższym dużo radości,
miłej świątecznej atmosfery i dużo wiosennego
 optymizmu, wiary w drugiego człowieka
 i zwyczajnej ludzkiej życzliwości.

Przed wszystkim jednak życzę pogodnych
Świąt Wielkiej Nocy, spokojnych dyżurów,
serdecznych spotkań rodzinnych
oraz tradycyjnie

Smacznego Jajka i Mokrego Dyngusa.



Przewodnicząca ORPiP
w Częstochowie
Halina Synakiewicz

W NUMERZE:

Wybory delegatów

Prezydium - Kalendarium

Porady prawne

NIPiP

Kalendarz szczepień

Prace autorskie

Informacje

Kondolencje

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.czyst.pl

www.oipip.czyst.pl

Ośrodek szkoleniowy:

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

WYBORY DELEGATÓW VII KADENCJI OIPIP W CZĘSTOCHOWIE

SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY,

w listopadzie 2015 roku odbędzie się Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Delegatów OIPIP w Częstochowie, podczas którego delegaci wybiorą swoich przedstawicieli do organów izby oraz Delegatów na Krajowy Zjazd VII kadencji.

Od kwietnia rozpoczynamy w rejonach wyborczych wybory delegatów na VII kadencję.

Przyjdź na zebranie wyborcze jeśli chcesz zostać delegatem i mieć wpływ na podejmowane decyzje przez Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, lub przyjdź wybrać delegatów na VII kadencję.

Rejestr wyborców odrębnie dla każdego rejonu wyborczego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jest jawny i umożliwiony jest do wglądu w Biurze OIPIP w Częstochowie, ul. Pułaskiego 25, w godzinach pracy izby - dla wszystkich członków wpisanych do rejestru pielęgniarek i położnych.

Czynne prawo wyborcze przysługuje pielęgniarkom i położnym wpisanym na listę członków danego rejonu wyborczego. Pielęgniarki i położne powinny sprawdzić czy są wpisane na listę wyborców. Nat 30 dni przed zebraniem wyborczym lista wyborców udostępniona jest u pełnomocnych przedstawicieli w rejonie.

Każdy uczestnik zebrania wyborczego proszony jest o zabranie ze sobą prawa wykonywania zawodu i okazanie go przy podpisywaniu listy obecności i odbiorze karty do głosowania.

Wszystkim członkom naszej izby życzę trafnych wyborów delegatów na VII kadencję.

Przewodnicząca ORPiP
w Częstochowie Halina Synakiewicz. ■

Uchwała Nr 7/VI/01/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 4 marca 2015 roku

w sprawie zarządzenia wyborów delegatów na Okręgowe Zjazdy Pielęgniarek i Położnych VII kadencji, ustalenia rejonów wyborczych i określenia liczby delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych

Na podst. art. 31 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz.

1038 z późn. zm.) w związku z § 8 Regulaminu wyborów do organów izby oraz tryb odwoływania ich członków przyjętego uchwałą nr 8/VI/2012 II Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 30 marca 2012 roku, uchwała się co następuje:

§1

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych zarządza wybory delegatów VII kadencji na Okręgowe Zjazdy Pielęgniarek i Położnych.

§2.

1. Upoważnione do głosowania są pielęgniarki i położne wpisane na listę członków Okręgowej Izby na dzień 1 marca 2015 roku, z wyłączeniem pielęgniarek i położnych zawieszonych w prawie wykonywania zawodu.
2. Zarządza się sporządzenie rejestru wyborców zawierającego następujące dane :
a/ imię i nazwisko,
b/ numer prawa wykonywania zawodu.
3. Do rejestru wyborców można dopisać pielęgniarki i położne, które zostały skreślone z listy członków innej okręgowej izby, o ile przedstawią zaświadczenie, że nie brały udziału w wyborach.
4. Rejestr wyborców wraz z aneksami wpisów stanowią załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 3.

Wykaz rejonów wyborczych stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§4.

1. Określa się, że jednego delegata wybiera się na 40 osób zarejestrowanych w danym rejonie wyborczym.
2. Przy ustalaniu liczby delegatów na okręgowy zjazd z każdego rejonu wyborczego obowiązuje zasada zachowania proporcjonalności w określeniu liczby delegatów spośród pielęgniarek i spośród położnych.
3. Jeżeli w wyniku podzielenia liczby pielęgniarek i położnych należących do rejonu wyborczego przez liczbę określoną w ust. 1, reszta dzielenia przewyższa połowę tej liczby, przyznaje się dodatkowy mandat.
4. Wykaz ilości delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych określa załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.
5. W przypadku, gdy na podstawie § 2 ust.3 do rejestru wyborców w rejonie wyborczym zostanie dopisana dodatkowa osoba, a wpłynie to na ilość mandatów, Okręgowa Rada aneksem zmienia treść załącznika nr 3.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia. ■

Sekretarz
mgr Barbara Płaza

Przewodnicząca
mgr Halina Synakiewicz

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 3/VI/05/2014 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie z dnia 9 grudnia 2014r.

Regulamin Okręgowej Komisji Wyborczej

§1

1. Pierwsze posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej zwołuje Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
2. Na posiedzeniu, o którym mowa w ust. 1 w głosowaniu jawnym (bądź tajnym stosując przepisy § 6-8 Regulaminu wyborów Załącznik do Uchwały nr 10 KZPiP) dokonuje się wyboru: Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej wiceprzewodniczących i sekretarzy. Powiadomienie o spotkaniu może również być przekazywane - telefonicznie, faksem lub drogą elektroniczną.

§2.

1. Pracami Okręgowej Komisji Wyborczej kieruje jej Przewodniczący, a w razie jego nieobecności funkcję tę pełni wyznaczony przez niego wiceprzewodniczący.
2. Decyzje o zwołaniu kolejnych posiedzeń Okręgowej Komisji Wyborczej podejmuje jej Przewodniczący, a w razie jego nieobecności wyznaczony przez niego wiceprzewodniczący.
3. Zawiadomienie o terminie i miejscu posiedzenia przesyła się na 7 dni przed dniem spotkania. Powiadomienie o spotkaniu może również być przekazywane drogą telefoniczną, elektroniczną, bądź faksem.
4. Obsługę biurową Okręgowej Komisji Wyborczej zapewnia Sekretarz OR.

§3.

1. Decyzje Okręgowej Komisji Wyborczej podejmowane są na posiedzeniach, zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy członków Komisji.
2. Z przebiegu posiedzenia sporządza się protokół, który zawiera stwierdzenie przebiegu obrad, stosunek głosów w podejmowanych decyzjach. Do protokołu załącza się listę obecności.

§4.

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje rejestr wyborców, który obejmuje osoby wpisane do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych prowadzonego z Izby **na dzień 1 marca 2015 r.**, którym przysługuje czynne prawo wyborcze.
2. Rejestr wyborców, o którym mowa w ust. 1 jest jawny i wgląd do niego umożliwiony jest w biurze OIPIP.
3. Osoby, które z powodu przeniesienia się na teren innej Izby zostały skreślone z listy członków OIPIP, a nie brały udziału w wyborach, dostają zaświadczenie podpisane przez Przewodniczącą ORPiP poświadczające ten fakt.
4. Do rejestru wyborców mogą być dopisane pielęgniarki i położne wpisane na listę członków OIPIP, o ile przedstawią zaświadczenia, o którym mowa w ust. 3 wydane przez Izbę do której poprzednio dana osoba przynależała.

§5.

1. Okręgowa komisja Wyborcza przygotowuje projekt podziału obszaru OIPIP na rejony wyborcze, który przedstawia do zatwierdzenia Okręgowej Radzie.

2. Rejony wyborcze obejmują zakłady opieki zdrowotnej, inne formy organizacyjno-prawne w których pielęgniarki i położne wykonują zawód lub osoby wpisane do rejestru, a nie wykonujące aktualnie zawodu.
3. Rejony wyborcze mogą obejmować część zakładu opieki zdrowotnej lub części innej jednostki organizacyjno-prawnej, w których pielęgniarki i położne wykonują zawód.
4. Można utworzyć odrębny rejon wyborczy dla osób wpisanych do rejestru prowadzonego przez Izbę, a nie wykonujących aktualnie zawodu.

§6

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje rejestr wyborców odrębnie dla każdego rejonu wyborczego.
2. Rejestr wyborców zawiera następujące dane:
 - a) imię i nazwisko
 - b) numer prawa wykonywania zawodu
3. Rejestr wyborców, o którym mowa w ust. 1 wywieszany jest do publicznej wiadomości w rejonie wyborczym poprzez wywieszenie na tablice informacyjne na 30 dni przed terminem zebrania wyborczego.

§7

1. Reklamacje związane z rejestrem wyborców składane są na piśmie w terminie 14 dni przed terminem wyborów. W przypadku przesyłki listowej decyduje data stempla pocztowego.
2. Reklamacje, o których mowa w ust. 1 rozpatrywane są przez Okręgową Komisję Wyborczą w terminie 7 dni od daty wpływu reklamacji, a o podjętych decyzjach niezwłocznie informuje się ORPiP.
3. Od decyzji Komisji Wyborczej nie służy odwołanie. Decyzja Komisji Wyborczej jest decyzją ostateczną.
4. O podjętych decyzjach w sprawie złożonych reklamacji powiadamia się na piśmie osoby wnoszące reklamację, niezwłocznie po zakończeniu prac Okręgowej Komisji Wyborczej.
5. Złożenie odwołania do decyzji Okręgowej Komisji Wyborczej wstrzymuje wybory w rejonie wyborczym.
6. Okręgowa Komisja Wyborcza nie rozpatruje reklamacji nie podpisanych lub opatrzonych nieczytelnym podpisem.

§8

Zawiadomienia o zebraniach wyborczych dokonuje się poprzez wywieszenie komunikatu na tablicach ogłoszeń we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej i innych jednostkach organizacyjnych na terenie rejonu wyborczego, co najmniej na 14 dni przed wyznaczonym terminem.

§9

Zebranie wyborcze organizuje się w jednym dniu, w trakcie którego wybiera się komisję mandatowo-skrutacyjną, zgłasza się kandydatów i w głosowaniu tajnym wyłania się delegatów.

§10.

1. W zawiadomieniu o zebraniu wyborczym powinno być wskazane: dzień i godzina rozpoczęcia oraz miejsce obrad a także planowany porządek dzienny.
2. Wzór powiadomienia stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§11

1. Zebranie wyborcze otwiera przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej i prowadzi go do momentu wyboru Przewodniczącego zebrania wyborczego, po czym pełni nadzór nad prawidłowym przebiegiem zebrania wyborczego i pełni funkcję doradcy.
2. Za zgodą członków zebrania wyborczego zebranie może poprowadzić przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej.

§12

1. Wybory są ważne bez względu na liczbę głosujących.

§13.

1. Zgłoszenia kandydatów na delegatów przyjmuje się na ustny bądź pisemny wniosek wyłącznie od członka samorządu uczestniczącego w zebraniu wyborczym.
2. Zgłoszony kandydat powinien wyrazić zgodę na kandydowanie, a w przypadku niemożności uczestniczenia w zebraniu wyborczym oprócz pisemnej zgody na kandydowanie powinni również pisemnie przedstawić krotki przebiegu pracy zawodowej i społecznej oraz program, wizję swojej pracy w samorządzie.
- 3. Nie można łączyć kandydowania z udziałem w pracach Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej.**
4. Liczba kandydatów jest nieograniczona.
5. Listę kandydatów zamyka się, jeżeli po trzykrotnym zapytaniu przez Przewodniczącego zebrania brak jest kolejnych zgłoszeń.

§14.

Stosuje się te same zasady do wszystkich zgłaszanych kandydatów we wszystkich rejonach wyborczych.

§15.

1. Karta do głosowania obejmuje następujące dane:
 - a) pieczęć OIPiP,
 - b) oznaczenie rejonu wyborczego (nazwa jednostki, numer rejonu)
 - c) alfabetyczną listę kandydatów, a w przypadku zachowania proporcjonalności dwie listy kandydatów z zaznaczeniem zawodu,
 - d) wskazanie jaka jest dopuszczalna liczba wskazań
 - e) pouczenie o sposobie głosowania
2. Wzór karty do głosowania stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

§16.

1. Komisja Mandatowo-Skrutacyjna przygotowuje odpowiednią ilość kart do głosowania, równą liczbie osób zarejestrowanych w rejestrze wyborców rejonu wyborczego.
2. Każda osoba znajdująca się w rejestrze wyborców rejonu wyborczego po okazaniu np. dowodu tożsamości, prawa wykonywania zawodu, innego dokumentu ze zdjęciem otrzymuje kartę do głosowania.

§17.

1. Głosować można tylko osobiście.
2. Głosuje się poprzez skreślenie nazwisk osób, które nie uzyskały akceptacji.

3. Można skreślić wszystkie nazwiska - jeżeli żadna ze zgłoszonych osób nie została zaakceptowana przez wyborcę i taki głos jest ważny, ale bez wskazania.
4. Głos jest nieważny, jeśli:
 - jeżeli nie ma skreśleń bądź pozostało nie skreślonych więcej nazwisk niż mandatów do objęcia,
 - karta do głosowania została przekreślona.

§18.

Okręgowa Komisja Wyborcza zapewnia warunki umożliwiające zachowanie tajności głosowania zabezpieczając urnę i zapewniając odpowiednie warunki podczas wypełniania kart do głosowania.

§19.

Zasady pracy Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej przy obliczaniu wyników głosowania:

- a) Pracą Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej kieruje jej Przewodniczący wyłoniony z pośród wybranych członków Komisji, przestrzegając zasad określonych w Uchwale nr 10 KZPIP oraz przepisach niniejszego Regulaminu.
- b) Karty nie wydane do głosowania w związku z nieobecnością osób, przelicza się i sprawdza czy ich ilość odpowiada liczbie osób, które nie wzięły udziału w głosowaniu. W przypadku braku kart do głosowania należy powtórzyć cały cykl głosowania.
- c) Przed przystąpieniem do liczenia głosów oddanych na poszczególnych kandydatów należy w pierwszej kolejności:
 - policzyć ilość oddanych głosów
 - policzyć i zabezpieczyć głosy nieważne, o których mowa w § 17 ust. 4.
- d) Prace związane z realizacją pkt.3 i 4 wykonywane są przez Komisję Mandatowo-Skrutacyjną w pełnym składzie.
- e) Liczenie ilości głosów na poszczególnych kandydatów może odbywać się poprzez rozdzielenie zadań, ale wyniki powinny być wyrywkowo weryfikowane przez Przewodniczącego.
- f) Karty do głosowania wraz z dołączoną dokumentacją z liczenia głosów, którą podpisują osoby biorące udział w liczeniu, zabezpiecza się np. w zaklejonej kopercie. Na miejscu zaklejonym podpis składa Przewodniczący Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej.

§20.

1. Z prac Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej sporządza się protokół według wzoru określonego w załączniku do niniejszego Regulaminu.
2. Przewodniczący Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej niezwłocznie po zakończeniu pracy Komisji odczytuje protokół lub wywiesza jego kopię na tablicy informacyjnej.
3. Karty z oddanymi głosami i protokół z głosowania stanowią załącznik do protokołu z zebrania wyborczego.

§21.

1. Dokumentację zebrania wyborczego stanowią:
 - a) powiadomienie o zebraniu wyborczym
 - b) protokół przebiegu zebrania wyborczego
 - c) listy obecności
 - d) listy zgłoszonych kandydatów na delegatów
 - e) protokół Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej
 - f) zabezpieczone głosy



2. Dokumentacja z zebrania wyborczego o której mowa w ust 1. dostarczana jest bez zbędnej zwłoki Okręgowej Komisji Wyborczej, która sprawdza poprawność przeprowadzenia wyborów.
3. W przypadku stwierdzenia uchybień Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.
4. Dokumentacja z zebrania wyborczego o której mowa w ust 1. udostępniana jest do wglądu członkom zebrania wyborczego w biurze OIPIP w terminie dwóch tygodni od daty ich otrzymania.
5. Członkowie zebrania wyborczego mają prawo wniesienia skargi na przebieg wyborów do Okręgowej Komisji Wyborczej w terminie dwóch tygodni o daty ich zaistnienia.
6. Skargi, o których mowa w ust 5 rozpatrywane są na posiedzeniu Okręgowej Komisji Wyborczej.
7. Od decyzji Okręgowej Komisji Wyborczej służy odwołanie do Okręgowej Rady.
8. W przypadku uznania skargi za zasadną i stwierdzenia uchybień Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.

§22.

1. Dokumentację z wyborów, której mowa w § 21 należy zabezpieczyć przed utratą wskutek wystąpienia zdarzeń losowych.
2. Dokumentacja z wyborów przechowywana jest w biurze OIPIP przez okres jednej kadencji - do czasu zakończenia następnych wyborów, a po tym okresie podlega brakowaniu i zniszczeniu.



Prezydium - Kalendarium

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 25 lutego 2015 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyło osiem pielęgniarek.
- Anulowano adnotację o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej pielęgniarki.
- Stwierdzono z uwagi na zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu - wygaśnięcie prawa wykonywania zawodu dla dwóch pielęgniarek.
- Wykreślono z rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną indywidualną praktykę pielęgniarki.
- Stwierdzono posiadanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarki zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki.

- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek - na kwotę 6 000.00 zł.

KALENDARIUM

Marzec 2015 rok

23.02.2015r. W Urzędzie Marszałkowskim w Katowicach odbyło się spotkanie Przewodniczących OR z Bielska Białej, Częstochowy i Katowic oraz przedstawicieli zarządu regionu Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Oddziału Śląskiego z Wicemarszałkiem Województwa Śląskiego Aleksandrą Skowronek. Podczas spotkania omawiano sytuację pielęgniarstwa i położnictwa w naszym województwie. Pani Wicemarszałek zadeklarowała cykliczne spotkania w powyższym temacie.

03.03.2015r. Przewodnicząca OR i Sekretarz OR uczestniczyły w uroczystych obchodach Jubileuszu 100lecia urodzin Pielęgniarki Franciszki Pinis. W imieniu Okręgowej Rady na ręce Pani Franciszki przekazano kosz kwiatów i urodzinowy tort.

04.03.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

10.03.2015r. W siedzibie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej odbyło się spotkanie Koła Terenowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Częstochowie.

12.03.2015r. W Siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komitetu Organizacyjnego Konferencji naukowo szkoleniowej pt. „Bezpieczne środowisko pracy pielęgniarki i położnej.” Konferencja odbędzie się 20 maja 2015 roku w Częstochowie.

16.03.2015r. W Śląskim Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach odbyło się spotkanie Przewodniczących OR z Bielska Białej, Częstochowy i Katowic oraz przedstawicieli zarządu regionu Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Oddziału Śląskiego z Wicewojewodą Śląskim. Podczas spotkania omawiano sytuację pielęgniarstwa i położnictwa w naszym województwie.

23.03.2015r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego przy NIPIP w Warszawie.

23.03.2015r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących OR.

24-25.03.2015r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP w Warszawie.

26.03.2015r. W Sali Sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy odbył się V Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VI kadencji.

27.03.2015r. W Urzędzie Marszałkowskim w Katowicach odbyło się kolejne spotkanie Przewodniczących OR z Bielska Białej, Częstochowy i Katowic oraz przedstawicieli zarządu regionu Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Oddziału Śląskiego z Wicemarszałkiem Województwa Ślą-



skiego Aleksandrą Skowronek. Podczas spotkania omawiano sytuację pielęgniarstwa i położnictwa w naszym województwie.

31.03.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

31.03.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

31.03.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. ■

Porady prawne



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 (Dz.U.poz.1136)

Warszawa, 28.10.2014 r.

Ministerstwo Zdrowia Departament Pielęgniarek i Położnych - 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

Warszawa, 23.10.2014

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 (Dz. U. poz. 1136) 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 diagnostycznych 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 pielęgniarstkich 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 zamie-

szczane 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, 1) wykaz badań diagnostycznych, 2) sposób i tryb wystawiania recept, 3) wzór recepty, 4) sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania, 5) 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 Sopliński

Odpowiedź prawnika

08-10-2014

Czy pielęgniarka środowiskowo-rodzinna może na zlecenie lekarza podać w warunkach domowych dożylnie pyralginę i żelazo?

Odpowiedź:

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, zwana też pielęgniarką środowiskowo-rodziną, powinna wykonywać zabiegi w postaci iniekcji dożylnych w domu pacjenta wyłącznie na pisemne zlecenie lekarskie, zawarte w dokumentacji medycznej. Zlecenie lekarskie powinno określać nazwę leku, dawki, sposób i czasookres podawania, również informację, o tym, że zabieg należy wykonać w warunkach domowych, bez obecności lekarza. Pielęgniarka może podać w warunkach domowych, pyralginę i żelazo dożylnie, na zlecenie lekarza, które zawiera opisane powyżej szczegóły w dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:

Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) - dalej r.z.p.o.z., „Zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej”, w części I nakłada na pielęgniarkę i położną obowiązek planowania i realizacji kompleksowej opieki pielęgniarskiej i pielęgnacyjnej, opieki położniczo-neonatologiczno-ginekologicznej nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, w zakresie:

- 1) promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
- 2) świadczeń pielęgnacyjnych;
- 3) świadczeń diagnostycznych;
- 4) świadczeń leczniczych;
- 5) świadczeń rehabilitacyjnych.

Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarka POZ) zostały określone w dziale A części II załącznika nr 2 do r.z.p.o.z. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje z lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze (ust. 2 pkt 1 części II działu A załącznika nr 2 do r.z.p.o.z.), z innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych (ust. 2 pkt 5 części II działu A załącznika nr 2 do r.z.p.o.z.). Ustęp 6 pkt 2 części II działu A załącznika nr 2 do r.z.p.o.z. przewiduje, iż świadczenia lecznicze, zgodnie z odrębnymi przepisami, obejmują podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych. Powyższy obowiązek, co należy podkreślić, dotyczy wszystkich pacjentów objętych opieką przez pielęgniarkę POZ.

W tym miejscu należy powołać się na opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, który wyraził pogląd, że: „wykonywanie iniekcji (domięśniowych, dożylnych) leku, który może spowodować wystąpienie gwałtownych reakcji uczuleniowych, czy innego rodzaju zaburzeń niekorzystnych dla stanu zdrowia pacjenta (np. penicylina, preparaty żelaza) wykonywane jest tylko w warunkach ambulatoryjnych, z pełnym zabezpieczeniem w zestaw ratujący życie i w obecności lekarza. Również przy wykonywaniu świadczeń leczniczych w domu pacjenta, pielęgniarka zobowiązana jest do spełnienia wymaganych standardów, tzn.

posiadania zestawu przeciwwstrząsowego i możliwości nawiązania kontaktu telefonicznego”.

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dopuszcza jednak możliwość podawania dożylnie w warunkach domowych pyralginy i preparatów żelaza itp., jednakże pod pewnymi warunkami, dotyczącymi wyposażenia pielęgniarki w zestaw przeciwwstrząsowy. Wyposażenie pielęgniarki POZ zawiera załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. Nr 18, poz. 94).

Ponadto Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego zaleca, aby pielęgniarki środowiskowe/rodzinne dążyły do uzupełnienia swoich kwalifikacji w postaci ukończenia kursu specjalistycznego w zakresie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Artykuł 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1139 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p., stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.).

W szczególnych sytuacjach warto również pamiętać też o treści art. 12 ust. 2 u.z.p.p., w myśl którego pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, określone w art. 12 ust. 1 u.z.p.p., dotyczące obowiązku udzielenia świadczenia przez pielęgniarkę w sytuacji, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Naczelną zasadą wykonywania zawodu pielęgniarki jest dbałość o zdrowie i dobro pacjenta, co zostało wyrażone w art. 11 ust. 1 u.z.p.p., zgodnie z którym pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. ■

Iwona Choromańska
Serwis Prawo i Zdrowie

Odpowiedź prawnika

10/02 2014

Czy pielęgniarka może podać pacjentowi antybiotyk i pobrać krew w ambulatorium bez obecności lekarza?

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Tak więc podstawą do podania antybiotyku pacjentowi dorosłemu, dziecku w ambulatorium będzie udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać nazwę zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania oraz częstotliwość wykonywania. Lekarz nie musi być obecny w ambu-

latorium, gdy pielęgniarka podaje pacjentowi antybiotyk (inny lek), chyba że w zleceniu lekarskim jest wyraźnie zapisane, że antybiotyk (inny lek) należy podać w obecności lekarza.

Należy jednocześnie podkreślić, iż w ambulatorium znajduje się zestaw przeciwwstrząsowy i pielęgniarka podająca antybiotyki powinna znać działanie podawanych leków, ich sposób podawania, przechowywania i skutki uboczne oraz posiadać wiedzę i umiejętności z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zastosowania produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie. Pielęgniarka powinna mieć też możliwość nawiązania natychmiastowego kontaktu telefonicznego z lekarzem w przypadku gdy podanie leku spowoduje wystąpienie zaburzeń niekorzystnych dla stanu zdrowia pacjenta.

Ponadto uprzejmie informuję, iż za zlecenie lekarskie odpowiedzialność ponosi lekarz. Pielęgniarka odpowiada za prawidłowe wykonanie zlecenia, zgodnie z aktualną wiedzą. Jednocześnie art. 12 ust. 2. powyższej ustawy przewiduje, iż pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego niezgodnego z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności wskazujące, iż zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W odniesieniu do kwestii pobierania krwi u pacjenta dorosłego, dziecka przez pielęgniarkę w ambulatorium należy wskazać, iż w sytuacji gdy pielęgniarka otrzymuje zlecenie lekarskie dotyczące pobrania krwi pacjenta powinna to zlecenie wykonać bez obecności lekarza. Należy wyraźnie zaznaczyć, iż pielęgniarka może pobierać krew od pacjentów do badań laboratoryjnych ściśle według zlecenia lekarskiego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zapewniającym bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjenta oraz pielęgniarki. ■

Dział Prawny NRPiP.

Przedruk: Dziennik Gazeta Prawna, 29.01.2015 nr 19

Absurdalne wymogi NFZ blokują zabiegi w Unii

Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia znalazły sposób na blokowanie wyjazdów tym pacjentom, którzy potrzebują kosztownego leczenia za granicą

Ustawa transgraniczna (Dz.U. z 2014 r. poz. 1491), która obowiązuje od ponad dwóch miesięcy, miała, co do zasady, umożliwić skorzystanie z szybszego leczenia za granicą i w efekcie ominięcie kolejki w polskich szpitalach. Jej skutki są na razie odwrotne. Chorzy, którzy nie są wpisani na żadną listę oczekujących, nie otrzymają zgody na wyjazd.

Nie ma pozwolenia, brak zwrotu

Otrzymanie zgody NFZ jest potrzebne w przypadku większości zabiegów i operacji (poza chirurgią jednego dnia – w tym trybie robiona jest m.in. zaćma), a także drogich badań. Bez niej pacjent nie otrzyma refundacji poniesionych kosztów leczenia poza granicami Polski.

Wniosek o wydanie zgody pacjent musi złożyć do oddziału wojewódzkiego NFZ. Przy czym w formularzu trzeba podać

m.in. dopuszczalny (określony indywidualnie dla danego chorego) czas oczekiwania na dane świadczenie w Polsce oraz czas przewidywany zgodnie z listą oczekujących. I tu pojawia się problem – mają go ci chorzy, którzy nie są wpisani do kolejki. Lekarz nie może więc wpisać we wniosku, ile będą czekać na pomoc medyczną w kraju. Odsyła chorych do NFZ. Ten informuje, że w celu ustalenia czasu oczekiwania na zabieg w kraju muszą wpisać się do kolejki. Zażądał tego np. mazowiecki oddział funduszu od rodziców dziecka, które wymaga pilnej operacji kardiochirurgicznej.

– Żeby spełnić to żądanie, próbowaliśmy zapisać syna do kolejki w Centrum Zdrowia Dziecka. Powiedziano nam, że mamy wpisać się do kardiologa. Potem po wykonaniu badań zbierze się konsylium, które zdecyduje, czy dziecko kwalifikuje się do operacji. Oczywiście nie wpisaliśmy się do kolejki, bo zabieg w Niemczech mamy już 3 lutego – opowiada Agnieszka Trochanowska, matka rocznego chłopca z wadą serca, które w Polsce było poddane nieudanej operacji. W efekcie wymaga teraz pilnej wymiany zastawki. Zabieg w Niemczech będzie kosztował 22,5 tys. euro. Żeby je zebrać, rodzice musieli zapożyczyć się u rodziny i znajomych.

Z odpowiedzi przesłanej DGP przez Krzysztofa Bąka, rzecznika prasowego resortu zdrowia, wynika, że wniosek osoby niezapisanej do żadnego świadczeniodawcy w Polsce nie kwalifikuje się do pozytywnego rozpatrzenia.

– Nie jest możliwe porównanie dopuszczalnego czasu oczekiwania z przewidywanym czasem oczekiwania na dane świadczenie w kraju – podkreśla Krzysztof Bąk. – Przesłanką wydania zgody jest ustalenie, że czas oczekiwania pacjenta na określone świadczenie w kraju przekracza ten czas, który można uznać za akceptowalny w ocenie lekarza. Można tego dokonać tylko na podstawie informacji od konkretnego świadczeniodawcy, u którego pacjent znajduje się na liście oczekujących – dodaje Bąk.

Takie interpretacje burzają ekspertów.

– NFZ przerzuca działania administracyjne, które leżą w jego kompetencji, na lekarza i pacjenta – stwierdza Piotr Piotrowski, założyciel Fundacji 1 czerwca. Tłumaczy, że zgodnie z art. 42k polskiej ustawy transgranicznej minister zdrowia po zasięgnięciu opinii samorządu lekarskiego powinien wydać rozporządzenie, w którym określi sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenia w Polsce. Takiego aktu prawnego resort zdrowia nie wydał do tej pory.

Lekarz musi mieć umowę

Na tym problemy pacjentów się nie kończą. Wniosek przed o wydanie zgody musi być – przed złożeniem go do NFZ – wypełniony nie tylko przez pacjenta, ale także lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (czyli działającego w ramach NFZ). Medycy odmawiają. Z taką sytuacją spotkało się już kilkoro rodziców, którzy współpracują z Fundacją 1 Czerwca. Lekarze boją się kontroli funduszu. Trzech ortopedów z Łodzi odmówiło wypełnienia dokumentów naszemu podopiecznemu – informuje Piotr Piotrowski. – Natomiast jeden z profesorów powiedział rodzicom chorego dziecka, że jest urzędnikiem państwowym i musi dbać o to, aby pieniądze, które chcą wywieźć za granicę, zostały w jego klinice – dodaje.

Unia Europejska może uznać, że Polska niewłaściwie wdrożyła dyrektywę transgraniczną

Pacjent może pójść do sądu

Co robić, gdy fundusz nie chce wydać zgody, a czas nagli? – Jedyną możliwością dla pacjenta, którego życie lub zdrowie jest zagrożone wskutek nieudzielenia danego świadczenia, to wyjechać za granicę i tam poddać się zabiegowi. Oczywiście po powrocie trzeba będzie udowodnić, że szybka operacja uratowała życie. Co nie będzie proste. Ocena, czy zagraniczny wyjazd był uzasadniony, będzie należała do NFZ. To on ostatecznie decyduje o zwrocie kosztów. Niestety obawiam się, że trzeba będzie ich dochodzić w sądzie – twierdzi Justyna Prus z kancelarii prawnej KNTM.

Natomiast Natalia Łojko, radca prawny z kancelarii Kiełszowska Rutkowska Kolasiński, zwraca uwagę na to, że piętrzenie przeszkód biurokratycznych przez NFZ może mieć swoje konsekwencje dla rządu. Otóż Komisja Europejska może uznać, że Polska niewłaściwie implementowała dyrektywę transgraniczną.

Fundacja 1 czerwca już zapowiedziała, że podejmie kroki w celu zorganizowania wysłuchania w tej sprawie w Parlamencie Europejskim. Zamierza podczas niego przedstawić problemy, z jakimi spotykają się w Polsce osoby chcące skorzystać z zagranicznego leczenia. – Prosimy o kontakt wszystkie osoby, które podczas złożenia wniosków do NFZ spotkały się z trudnościami administracyjnymi, ewentualnie ich pisma zostały odrzucone. Chcemy bowiem złożyć do Komisji Europejskiej stanowisko polskich pacjentów poparte konkretnymi przykładami – zapowiada Piotr Piotrowski.

Wniosków jak na lekarstwo

Na razie w całym kraju do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęły jedynie 4 wnioski o wydanie zgody na leczenie transgraniczne. Na dodatek wszystkie zostały odesłane z prośbą o uzupełnienie.

NFZ realizuje natomiast w miarę płynnie wnioski o zwrot kosztów leczenia – przede wszystkim zabiegów usunięcia żączy – które można wykonywać za granicą bez uprzedniej zgody NFZ.

Refundowane są także koszty świadczeń, z których chorzy skorzystali za granicą przed wejściem w życie ustawy transgranicznej. Wszystkie zaległe wnioski są realizowane bez względu na to, czy dane leczenie wymagało uprzedniej zgody, czy też nie. Do NFZ wpłynęło ich 233 na kwotę 2,07 mln zł. Fundusz wydał już 43 decyzje administracyjne w sprawie zwrotu kosztów. 10 z nich już się uprawomocniło, w 9 przypadkach dokonano wypłaty należnej kwoty zwrotu. ■

Ścieżki leczenia za granicą

Leczenie planowe w państwach europejskich na podstawie dyrektywy transgranicznej

PACJENT BEZ ZGODY NFZ MOŻE WYJECHAĆ M.IN. NA ZABIEGI CHIRURGII JEDNEGO DNIA (NP. USUNIĘCIE ŻĄCZY)

PACJENT MUSI UZYSKAĆ UPRZEDNIĄ ZGODĘ NA WYKONANIE ZA GRANICĄ ŚWIADCZEŃ WSKAZANYCH PRZEZ MINISTRA ZDROWIA, M.IN. TAKICH JAK:

- wszystkie wymagające pobytu pacjenta w szpitalu dłuższego niż dobę
- leczenie w ramach programów lekowych
- terapia izotopowa
- badania genetyczne
- pozytonowa tomografia emisyjna

- badania medycyny nuklearnej
- tomografia komputerowa
- rezonans magnetyczny

UZYSKUJE REFUNDACJĘ KOSZTÓW WEDŁUG STAWEK OBOWIĄZUJĄCYCH W PAŃSTWIE PACJENTA

Leczenie planowe w Państwach UE/EFTA

PACJENT MOŻE WYJECHAĆ TYLKO NA ZABIEGI NIEZBĘDNE ZE WZGLĘDÓW MEDYCZNYCH. LECZENIE ODBYWA SIĘ NA ZASADACH OBOWIĄZUJĄCYCH W KRAJU, W KTÓRYCH MA ONO MIEJSCE. PACJENT PONOSI TAKIE SAME KOSZTY, JAKBY BYŁ OBJĘTY UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE.

Leczenie w przypadkach nagłych

W PRZYPADKU NAGŁEGO POGORSZENIA ZDROWIA ORAZ NIESPODZIEWANYCH ZDARZEŃ, TAKICH JAK NP. URAZ NARCIARSKI, LECZENIE ODBYWA SIĘ NA PODSTAWIE KARTY EKUZ

Beata Lisowska



Warszawa, 16-02-2015 r.

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Ul. Pory 78
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami odnośnie stosowania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 696) w podmiotach nie będących podmiotami leczniczymi, np. w domach pomocy społecznej, Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje, do wiadomości, stanowisko w tej sprawie Głównego Inspektoratu Sanitarnego. ■

z poważaniem
Dyrektor
Departament Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Pani
Elżbieta Walentyn
Zastępca Dyrektora
DPS „Betania” w Lublinie

W odpowiedzi na przekazane nam przez Ministerstwo Zdrowia Pani pismo, które dotyczy wątpliwości odnośnie stosowania

przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 696), uprzejmie informuję jak niżej.

Kwestie zapobiegania narażeniu na szkodliwe czynniki biologiczne są regulowane kilkoma powiązаныmi ze sobą przepisami Kodeksu pracy, wydanymi na jego podstawie aktami wykonawczymi oraz innymi ustawami. Najszerze zastosowanie znajduje w przedmiotowych kwestiach przepis art. 222l § 1 Kodeksu pracy, zgodnie z którym w razie zatrudniania pracownika w warunkach narażenia na działanie szkodliwych czynników biologicznych pracodawca stosuje wszelkie dostępne środki eliminujące narażenie, a jeżeli jest to niemożliwe - ograniczające stopień tego narażenia, przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Ponadto zgodnie z art. 215 pkt 1 w związku z art. 217 Kodeksu pracy pracodawca jest obowiązany zapewnić, aby stosowane narzędzia pracy zapewniały bezpieczne i higieniczne warunki pracy, w szczególności zabezpieczały pracownika przed urazami.

Ww. przepisy mają rangę ustawową i bez wątpienia odnoszą się do wszystkich miejsc pracy, w których w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych (wykonywanie iniekcji itd.) występuje potencjalne narażenie na patogeny przenoszone drogą krwiopochodną (m.in. wirusy HBV, HCV i HIV), a więc również do domów pomocy społecznej.

Należy podkreślić, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. stanowi jedynie doszczegółowienie sposobów realizacji obowiązków pracodawcy, które wprost wynikają z art. 222l § 1 oraz art. 215 pkt 1 w związku z art. 217 Kodeksu pracy. Zakres przedmiotowy ww. rozporządzenia został wskazany w jego § 1 ust. 1, zgodnie z którym rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Dedykowanie przepisów rozporządzenia podmiotom wykonującym działalność leczniczą jest związane z faktem wysokiej liczby narażeń, które w nich występują i wiąże się z nałożeniem na te podmioty dodatkowych wymogów o charakterze administracyjnym związanych z np. z obowiązkiem opracowania Raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (§10 oraz § 11 rozporządzenia). Domy pomocy społecznej oraz inne placówki pomocy społecznej nie są podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w związku z tym ww. dodatkowe obowiązki sprawozdawcze, które wynikają z przedmiotowego rozporządzenia do DPS-ów się nie stosują, co w żadnym razie nie oznacza jednak że pracodawcy zatrudniający personel w domach pomocy społecznej, są zwolnieni z wynikającego wprost z art. 222l § 1 oraz art. 215 pkt 1 w związku z art. 217 Kodeksu pracy obowiązku zapobiegania oraz ograniczania skutków narażenia na biologiczne czynniki chorobotwórcze oraz zapewnienia pracownikowi bezpiecznych narzędzi pracy. Nakazane przepisami Kodeksu pracy odpowiednie wykorzystanie osiągnięć nauki i techniki oznacza również obowiązek wykorzystania bezpiecznych narzędzi medycznych oraz profilaktyki ekspozycyjnej. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. stanowią jednoznaczną wskazówkę interpretacyjną, co jest obecnie uznawane przez polskie prawo jako poziom zabezpieczeń oparty o wykorzystanie ww. osiągnięć nauki i techniki.

Reasumując należy podkreślić, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. jest jedynie jednym z całego szeregu aktów prawnych regulujących obowiązki pracodawcy w zakresie zapewnienia bezpiecznych narzędzi oraz ochrony personelu przed biologicznymi czynnikami zakaźnymi w miejscu pracy. Każda sytuacja faktyczna występująca na określonym stanowisku pracy, w tym stanowisk pracy w domach opieki społecznej, dotycząca zagadnień związanych z ochroną zdrowia pracownika powinna być rozpatrywana w kontekście całokształtu obowiązujących w Polsce przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, które mogą zostać do niej zastosowane. Kwestie te są regulowane zarówno za pomocą Kodeksu pracy, jak również przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.) - w szczególności jej art. 41 ust. 5, który określa również sposób finansowania postępowania poekspozycyjnego. ■

Dyrektor
Departamentu Zapobiegania oraz Zwalczania
Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi
Izabela Kucharska



Kalendarz szczepień

Kalendarz szczepień na rok 2015: szczepienia obowiązkowe i zalecane ze zmianami

Ministerstwo Zdrowia opublikowało program szczepień na rok 2015. W programie zawarto zmiany w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych, między innymi polegające na zmianie kręgu osób im podlegających. Wprowadzono również nowe wskazania przy niektórych rodzajach szczepień.

Obwieszczenie ministra zdrowia z 30 października 2014 roku w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2015 (Dz. Urz. MZ poz. 72) względem poprzedniego obwieszczenia wprowadza zmiany do szczepień obowiązkowych:

- w zakresie szczepienia przeciw WZW typu B 1 roku życia, dopuszczalne jest jej wykonanie domięśniowo lub podskórnie (poprzednio tylko domięśniowo);
- w szczepieniu przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (trzecia dawka) w 5-6 miesięcy życia (po 6-8 tygodniach od poprzedniego szczepienia), dodano uwagę, iż u dzieci z przeciwwskazania do szczepienia przeciw krztuścowi szczepionką pełnokomórkową oraz u dzieci urodzonych przed 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g należy zastosować szczepionkę błonico-tężcowo-krztuścową z bezkomórkowym komponentem kształtu (Dtap)
- według wskazań producenta szczepionki, zaś w przypadku orzeczenia przeciwwskazania do szczepienia przeciw krztuścowi należy zastosować szczepionkę błonico-tężcową (DT);
- w zakresie obowiązkowego szczepienia przeciw odrze, śwince, różyczce (pierwsza dawka) dodano uwagę, iż ma być wykonana szczepionką autenowaną skojarzoną.

Obwieszczenie wprowadza również zmiany do obowiązkowych szczepień osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie:

- szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW typu B) może być podawana domięśniowo lub podskórnie (poprzednio tylko domięśniowo);
- szczepienie przeciw tężcowi jest obowiązkowe dla osób zranionych, narażonych na zakażenie tężcem i wykonywane jest domięśniowo lub podskórnie - poprzednie obwieszczenie wskazywało na osoby ze wskazań indywidualnych, zranionych, narażonych na zakażenie tężcem oraz w zależności od sytuacji epidemiologicznej i dokonywane mogło być podskórnie;
- szczepienie przeciw błonicy jest obowiązkowe dla osób narażonych na zakażenie wskutek styczności z chorymi na błonicę i może być podawane domięśniowo lub podskórnie - poprzednio dotyczyło osób ze wskazań indywidualnych, osób ze styczności z chorymi na błonicę lub w zależności od sytuacji epidemiologicznej i podawane było podskórnie;
- w przypadku szczepienia przeciw ospie wietrznej dodano uwagę, iż rekomendowany jest dwudawkowy cykl szczepienia;
- szczepienie przeciw wściekliznie dotyczy osób narażonych za zakażenie w wyniku styczności ze zwierzęciem chorym na wściekliznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem i podawane może być domięśniowo lub podskórnie - poprzednio dotyczyło osób ze wskazań indywidualnych oraz mających styczność ze zwierzęciem chorym na wściekliznę lub podejrzanym a zakażenie wirusem.

Nowe obwieszczenie wprowadza też zmiany w zakresie szczepień zalecanych niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w przypadku szczepienia przeciw WZW typu B do katalogu osób, które powinny je wykonać, dodano osoby chore na nowotwory układu krwiotwórczego, ponadto w uwagach do szczepienia dodano, iż nie jest konieczne szczepienie przypominające osób zdrowych uprzednio zaszczepionych podstawowo, pomimo stężenia przeciwciał anty HBs poniżej poziomu ochronnego (10 j.m./l) - poprzednio użyto sformułowania „nie należy”;
- w przypadku zalecanego szczepienia przeciw odrze, śwince, różyczce dodano uwagę, iż nie należy go wykonywać na 4 tygodnie przed planowaną ciążą i w okresie ciąży - poprzednie obwieszczenie wskazywało uwagę, zgodnie z którą po szczepieniu nie należy zachodzić w ciążę przez 3 miesiące;
- w regulacjach o szczepieniu przeciw grypie uzupełniono katalog osób, którym zaleca się jego wykonanie o dzieci z wadami wrodzonymi serca zwłaszcza sinicznymi, z niewydolnością serca, z nadciśnieniem płucnym oraz o osoby chore na nowotwory układu krwionośnego;
- w przypadku zalecanych szczepień przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi zmieniono katalog osób z dzieci w 14 roku życia na młodzież;
- zwiększono katalog osób w stosunku do których zalecane jest wykonanie szczepienia przeciw inwazyjnym zakażeniom *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* o dzieci i osoby dorosłe z zaburzeniami odporności, wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, zakażeniem HIV, przewlekłą chorobą nerek i zespołem nerczycowym, białaczką, chorobą Hodgkina, uogólnioną chorobą nowotworową związaną z leczeniem immunosupresyjnym, w tym przewlekłą steroidoterapią i radioterapią, szpiczakiem mnogim;



- w zakresie szczepienia przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (POLIOMYELITIS) zmieniono katalog osób, wobec których jest ono zalecane, na osoby wyjeżdżające do rejonów endemicznego występowania zachorowań oraz o osoby powyżej 19 roku życia dotychczas nieszczepionym, ponadto zmieniono rodzaj podawanej szczepionki, w zależności od sytuacji epidemiologicznej: doustną OPV monowalentną lub poliwalentną (zawierającą 1 lub 2 lub 3 typy wirusa) lub inaktywowaną IPV poliwalentną (zawierającą 1,2,3 typ wirusa);
- w odniesieniu do szczepienia przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) zmieniono krąg osób, wobec których zalecane jest szczepienie o osoby przed inicjacją seksualną - poprzednio szczepienie to odbywało się według wskazań producenta szczepionki;
- w przypadku zalecanych szczepień przeciw gruźlicy zmieniono katalog osób na osoby do ukończenia 15 roku życia nieszczepione przeciw gruźlicy w ramach szczepień obowiązkowych - poprzednio noworodki i dzieci do 15 roku życia.

W informacjach uzupełniających, dotyczących szczepienia przeciw gruźlicy dodano, iż w przypadku wystąpienia wątpliwości co do stanu zaszczepienia przeciw gruźlicy, zaległe szczepienie przeciw gruźlicy może być przeprowadzone po konsultacji w poradni specjalistycznej wykonującej szczepienia ochronne. ■

Opracowanie:
Jacek Tkacz

Prace autorskie



Wpływ rehabilitacji na stan psycho-somatyczny pacjentów z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa

„O ile Bóg przebacza zawsze, a człowiek przebacza czasem - natura nie przebacza nigdy. Gdy ktoś sprzeciwia się naturze, ona go karci, mści się, odpowiada ciosem”.

Zdrowy kręgosłup powinien spełniać wszystkie swoje funkcje dyskretnie i bezproblemowo. Jednak czy w ogóle istnieje zdrowy kręgosłup?

Problem dolegliwości bólowych kręgosłupa jest bardzo rozpowszechniony u wielu osób obu płci w średnim i w starszym wieku. Uprzykrza i utrudnia życie i pracę. W naszym kraju stanowi on jedną trzecią wszystkich przyczyn zwolnień i czasowej niezdolności do pracy. Statystyczne badania wskazują, iż bólu pleców doświadcza na wet 65% populacji raz w roku, a 84% raz w życiu. Skala problemu jest bardzo duża ze względów medycznych, pacjenci ci stanowią obecnie pokaźną grupę w poradniach różnych specjalności głównie neurologów, ortopedów i specjalistów rehabilitacji. Jest to także poważny problem ekonomiczno-społeczny, ponieważ absencja chorobowa jest nieraz bardzo długa i powtarzająca się. Wiele osób musi z powodu bólów kręgosłupa zmienić rodzaj zajęcia zawodowego lub przejść na rentę. Schorzenie to w dzisiejszych czasach dotyczy także bardzo dużej liczby młodych ludzi,

których trudno jest zakwalifikować do grupy pacjentów mających zmiany określone mianem tzw. zużycia. Do rozwoju patologii w obrębie stawów kręgosłupa prowadzi z reguły spłot różnych przyczyn i niekorzystnych czynników w tym także natury psychicznej. Jest on procesem postępującym i wynika z nieprawidłowego trybu życia, przeciążeń, zaniechania aktywności fizycznej. Nasza psychika narażona jest na przeciążenia wynikające z nadmiaru bodźców. Ostatnie lata przyniosły znaczny postęp w diagnostyce schorzeń kręgosłupa oraz leczeniu. Musimy zdawać sobie sprawę, że po ustąpieniu ostrego zespołu bólowego, aby nie powtórzyła się sytuacja, konieczna jest zmiana swojego stylu życia, który uwzględni trwale zwiększenie aktywności ruchowej oraz stosowanie ćwiczeń. Muszą one stanowić stały punkt dnia.

Zwróćmy także uwagę na nasze dzieci, które w szkołach siedzą po parę godzin dziennie na nieodpowiednio skonstruowanych krzesłach, pochylając się nad nieodpowiednimi dla nich ławkami o wadliwej konstrukcji. Wożąc dzieci do szkoły samochodem odbieramy im tę minimalną sposobność ruchu, jaką była kiedyś wędrowka pieszo do szkoły. Z badań TVS OBOP wynika, że dziecko spędza przed ekranem średnio dwie godziny i trzydzieści minut dziennie, co podsumowując daje jeden miesiąc w roku. Do tego dochodzi jeszcze nieodpowiednie odżywianie, które sprzyja otyłości. Od nadopiekuńczej mamy, która zamiast zachęcać do ruchu, maluch słyszy uwagi „nie biegaj, bo się spocisz”, „nie biegaj, bo się zmęczysz”.

Zaczynamy dbać i doceniać rolę kręgosłupa dopiero, wtedy, gdy zaczyna boleć. Choroba zwyrodnieniowa dotyczy wszystkich stawów organizmu. Skoro dotyczy struktur ruchowych człowieka to jeszcze do niedawna uważano ją za normalny proces zużywania się i starzenia stawów. Dziś już nie mamy wątpliwości, że jest to odrębne schorzenie, które polega na postępowym uszkodzaniu chrząstki stawowej, przebudowie kości i tworzeniu wyrostów kostnych ze stwardnieniem warstwy podchrzęstnej oraz do powstania torbieli podchrzęstnych, co w konsekwencji prowadzi do trwałego upośledzenia funkcji stawów i kalectwa.

Kręgosłup człowieka składa się z 33-34 kręgów połączonych ze sobą stawami oraz krążkami międzykręgowymi zwanymi potocznie dyskami. Dzielimy go na odcinki: szyjny, który zbudowany jest z 7 kręgów, piersiowy natomiast z 12. Następnym odcinkiem kręgosłupa jest część lędźwiowa składająca się z 5 kręgów i zostaje nam kość guziczka nieodgrywająca żadnej roli z punktu widzenia mechaniki. W jej skład wchodzi 4 kręgi, które nie mogą się względem siebie przemieszczać. Kręgi oddzielone są od siebie krążkami międzykręgowymi z wyjątkiem przestrzeni między C1-C2 oraz pomiędzy kością krzyżową, a kością guziczną. Krążki międzykręgowe umożliwiają zgięcie, wyprost i ruchy boczne tułowia, a także łagodzą i amortyzują wstrząsy, na które kręgosłup jest narażony. Zewnętrzna część krążka zbudowana jest z elastycznej i bardzo wytrzymałej tkanki włóknistej, tzw. pierścienia włóknistego, środek stanowi natomiast tzw. jądro miążdżyste mające charakter galaretowatej masy zawierającej około 90% wody. Wielkość krążka jest różna w zależności od odcinka kręgosłupa, w którym się znajduje, nie jest on unerwiony i nie posiada naczyń krwionośnych, a odżywia się na zasadzie pompy ssąco-tłoczącej pobierając potrzebne składniki z płynu tkankowego. Wniosek z tego taki, że dysk najlepiej odżywia się, gdy kręgosłup jest w ruchu, a co zatem idzie, gdy my jesteśmy w ruchu.



Rys. 1
Schemat budowy kręgosłupa.

Jeżeli popatrzymy na kręgosłup z boku skojarzy nam się z lekko spłaszczoną literką S zauważymy cztery krzywizny dwie skierowane swą wypukłością ku przodowi i dwie ku tyłowi. Jest to lordoza szyjna, kifoza piersiowa, lordoza lędźwiowa i kifoza krzyżowa. Dzięki tym specyficznym krzywiznom utrzymujemy pionową pozycję ciała, ponadto dzięki nim kręgosłup ma większą wytrzymałość i lepiej łagodzi wstrząsy podczas poruszania się.

Organizm człowieka zaprogramowany jest jak komputer, a wszystkie jego części są ze sobą powiązane. Szczególną pozycję zajmuje w nim kręgosłup, który stanowi centralną część układu kostnego. Pełni trzy podstawowe funkcje tj. motoryczną, ochronną i podporową, czyli:

- utrzymuje ciężar ciała;
- utrzymuje ciało w równowadze;
- łagodzi wstrząsy;
- chroni rdzeń kręgowy i korzenie kręgowie.

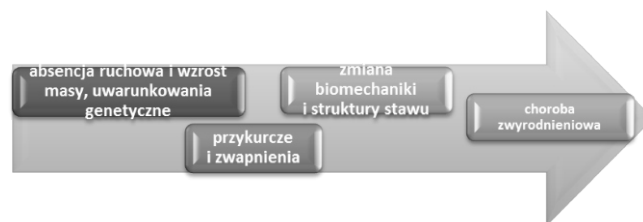
Dzięki stawom międzykręgowym łączącym poszczególne kręgi ze sobą jesteśmy w stanie wykonać ruchy zginania, prostowania, rotacji, skłonów. Kiedy ruchomość w stawach ulegnie zaburzeniu – odczuwamy ból? Funkcja ochronna kręgosłupa polega na zabezpieczeniu przed urazami rdzenia kręgowego. Można stwierdzić, iż kręgosłup jest centralną częścią szkieletu. stanowi formę rusztowania, na którym „zawieszona” jest obręcz barkowa, miedniczna oraz głowa.

Kręgosłup swoją stabilność zawdzięcza również więzadłom oraz mięśniom łączącym poszczególne kręgi ze sobą. Więzadła cechuje mała elastyczność i rozciągliwość, służą głównie stabilizacji, chronią przed nadmiernymi ruchami zginania. Mięśnie natomiast oprócz funkcji stabilizacyjnej, biorą udział w dynamicznej funkcji kręgosłupa, czyli ruchach prostowania, zginania, rotacji oraz ich kombinacjach. Części kostne kręgosłupa tworzą ochronę dla rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych biegnących w kanale nerwowym oraz układu współczulnemu znajdującemu się zewnątrz kanałowo.

Postawa ciała i sposób poruszania się dorosłego człowieka są zaprogramowane już od najwcześniejszych chwil życia. Przyczyny powstania choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa można podzielić na pierwotne i wtórne. Przychodząc na świat otrzymujemy określone predyspozycje tak też pierwszą prawdopodobną przyczyną występowania chorób zwyrodnieniowych są mutacje genowe chromosomów wadliwe ustawienie kości ogonowej.

Do przyczyn związanych z biomechaniką należą przykurcze mięśniowe w obrębie dolnego odcinka kręgosłupa związane z absencją lokomotoryczną spowodowaną siedzącym trybem życia, który ma znaczący wpływ na cały organizm, gdyż zazwyczaj prowadzi do nadwagi, wręcz otyłości, co z kolei oddziałuje na układ kostno-stawowy szczególnie na odcinek lędźwiowy kręgosłupa. Przyjmuje on coraz to większe obciążenie podczas lokomocji czy siedzenia.

Podsumowując: do podstawowych przyczyn szeregu rozmaitych dolegliwości bólowych pleców zaliczamy nieprawidłowe obciążanie kręgosłupa, mało higieniczny tryb życia, no i koniecznie musimy wziąć pod uwagę czynniki natury psychicznej. Każdy z nas reaguje na zaburzenia samopoczucia psychicznego tym co w nas najślabsze - zaburzeniami somatycznymi. U jednych osób występują bóle brzucha, żołądka, u innych natomiast objawia się bólami głowy, karku czy też pleców. Czynniki te tworzą łańcuch przyczynowo-skutkowy przedstawiony poniżej.



Rys. 2 Mechanizm powstawania choroby zwyrodnieniowej

Miejsce, w którym zaczyna boleć kręgosłup związane jest z naszym dotychczasowym trybem życia i z danym odcinkiem kręgosłupa, który ze względu na swoje położenie i pracę, jaką musi wykonać w codziennym funkcjonowaniu człowieka najszybciej ulega destrukcji.

Rozróżniamy trzy rodzaje zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa:

- zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze w obrębie trzonów kręgowych;
- zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze stawów międzykręgowych;
- uszkodzenie i zwyrodnienie krążka międzykręgowego.

Pielęgnowanie w chorobach zwyrodnieniowych kręgosłupa

Dolegliwości bólowe spowodowane chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa mogą prowadzić do różnorodnych zaburzeń zarówno w sferze somatycznej, psychicznej jak i społecznej. Przeprowadzamy wywiad określający lokalizację i nasilenie bólu np. w skali VAS od 0 do 10, musimy zaobserwować reakcje niewerbalne takie jak zaciskanie dłoni, grymas twarzy, oraz zaobserwować czynniki wyzwalające ból. Pozwoli nam to w znacznym stopniu zmniejszyć dolegliwości bólowe, poprawić sprawność fizyczną pacjenta. Choroby narządu ruchu w mniejszym lub w większym stopniu ograniczają ruchomość chorego, a w wielu przypadkach prowadzą do trwałego inwalidztwa.

Zadaniem właściwej pielęgnacji jest utrzymanie chorego jak najdłużej w stanie pełnej samodzielności poprzez:

- aktywizujemy pacjenta w zakresie samodzielnego wykonywania codziennych czynności;
- umożliwiamy pacjentowi wykonanie czynności w tak długim czasie, jaki jest mu potrzebny, aby w pełni wykorzystał swoją sprawność, dlatego iż możliwość wykonania danej czynności zwiększa poczucie własnej wartości oraz pewności siebie;
- mobilizujemy do uczestnictwa w rehabilitacji ruchowej i zabiegach fizykoterapeutycznych.

Pacjent z powodu bólu ma obniżony nastrój, potęgowany brakiem akceptacji niepełnosprawności i uzależnienia od pomocy innych, występują zaburzenia snu:

- oddziałujemy na postawę pacjenta, wzbudzamy wiarę we własne możliwości;
- okazujemy gotowość do pomocy i wysłuchania chorego;
- wyposażamy łóżko w odpowiedni materac, który zapobiegnie patologicznemu ułożeniu ciała, pomagamy w częstej zmianie pozycji, która zmniejsza ucisk tkanek i poprawia krążenie;
- stosujemy udogodnienia, które ułatwiają stabilizację stawów, co zmniejsza ryzyko uszkodzenia i zapewnia odpowiednie ułożenie stawów oraz całego ciała, minimalizuje powstawanie przykurczów;
- mobilizujemy pacjenta do aktywnej współpracy w procesie rehabilitacji i leczenia;
- angażujemy pacjenta w czynności rozrywkowe, zgodnie z indywidualnymi upodobaniami, pozwala to na odwrócenie uwagi od jego problemów związanych z chorobą i zwiększa poczucie własnej wartości;
- należy przeanalizować z chorym proces chorobowy, prognozy i oczekiwania na przyszłość. gdyż taka analiza dostarcza wiedzy choremu i umożliwia uczestniczenie jego w procesie leczenia i usprawniania;
- w ostrych stanach zapewniamy i zachęcamy do odpoczynku w łóżku lub fotelu, gdyż systematyczny odpoczynek jest konieczny w tym okresie.

Zapewniamy pacjentowi potrzebę bezpieczeństwa i pomocy podczas przemieszczania się:

- obuwanie powinno dobrze utrzymywać stopę, na płaskiej antypoślizgowej powierzchni;
- stosujemy maty antypoślizgowe w łazience;
- zostawiamy oświetlenie nocne;
- usuwamy z podłogi ruchome dywany, chodniki;
- towarzyszymy pacjentowi podczas przemieszczania się;
- stosujemy udogodnienia, aparaty ortopedyczne, uchwyty przy wannie;
- uczymy chorego, jak należy korzystać ze sprzętu ortopedycznego;
- przystosowujemy pomieszczenia dla osób niepełnosprawnych.

Zaopatrzenie chorego w sprzęt pomocniczy i ortopedyczny oraz nauczanie pacjenta sposobu korzystania z tych urządzeń mających pomóc w poruszaniu się oraz samoobsłudze.

Współuczestniczymy w procesie leczenia poprzez:

podawanie leków zleconych przez lekarza przed przystąpieniem do czynności związanych z ruchem. Leczenie farmakologiczne zmniejsza ból stawowy, napięcie mięśni, ułatwia udział w terapii usprawniającej; układamy pacjenta w wygodnej pozycji w łóżku lub sadzamy w fotelu;

udzielamy pomocy przy wykonywaniu przez chorego ćwiczeń biernych. Systematyczna gimnastyka poprawia funkcję układu mięśniowo--stawowego oraz wpływa na lepsze samopoczucie. Musimy pamiętać, iż nieodpowiednio dobrane i niewłaściwie przeprowadzone ćwiczenia nasilają dysfunkcje i dolegliwości bólowe, oceniamy i monitorujemy nasilenie się procesu zapalnego stawów, zmian zwyrodnieniowych czy natężenia bólu. Powodzenie wykonywania ćwiczeń usprawniających uzależnione jest od aktywności procesu zapalnego stawów, procesu zwyrodnieniowego oraz stopnia ubytku masy kostnej.

Zalecamy pacjentowi w miarę możliwości korzystanie z leczenia ambulatoryjnego i uzdrowiskowego - zabiegów kinezy i fizjoterapii.

Profilaktyka

Osoby, które przebyły ostry zespół bólowy kręgosłupa powinny zadać sobie trzy podstawowe pytania a mianowicie:

- co mogą uczynić, by przeciwdziałać bólom kręgosłupa?
- co pragną w tej sprawie zrobić?
- jakiej pomocy mogą oczekiwać od innych?

Potrzebna jest skuteczna, trwała zmiana nawyków w tym również myślowych. Wymaga to sporo cierpliwości, samodyscypliny, zaparcia:

- konieczne jest wykonywanie codziennie przez 15-20 minut ćwiczeń przywracających równowagę napięcia mięśniowego;
- często należy wykonywać ćwiczenia rozciągające, aby zachować elastyczność stawów kręgosłupa i kończyn dolnych, oraz wzmacniające mięśnie;
- utrzymać prawidłową masę ciała;
- unikać pozostawiania przez długi czas w nienaturalnych pozycjach oraz długiego siedzenia i stania bez zmian pozycji ciała;
- siadać na krześle z odpowiednim oparciem w takiej pozycji, aby kolana były na poziomie niższym niż biodra;
- chodzić w prawidłowy sposób, nosić wygodne i zapewniające dobre podparcie buty na niskim obcasie;
- spać na twardym materacu;
- ograniczyć sytuacje wywołujące przewlekły niekorzystny stres z jego psychogennymi skutkami w narządzie ruchu, dlatego też konieczne jest;
- nauczanie się sposobu usuwania skutków przewlekłego stresu
- oraz obniżenia do minimum ryzyka przeciążeń zewnętrznych związanych z życiem w określonym środowisku;
- przy podnoszeniu należy trzymać przedmiot jak najbliżej siebie;
- równomiernie obciążać kończyny górne;
- zmniejszyć odległość, z jakiej sięga się po dany przedmiot;
- w przypadku dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego zaleca się spanie na równym łóżku z małą poduszką pod kark, zaleca się wykonywanie ćwiczeń stabilizujących odcinek szyjny kilka razy w ciągu dnia przez 10-15 minut.

Aby wejść w wiek starczy ciesząc się zdrowiem i kondycją musimy nawyki profilaktyki kształtować już we wczesnym okresie życia, ponieważ „ruch jest najważniejszym czynnikiem zapobiegającym przedwczesnemu starzeniu się.”

Wnioski

Wyniki swojej pracy porównałam z kilkoma pozycjami dostępnymi w internecie. Z dostępnych informacji na podstawie badań Goczyckiej, dotyczących pacjentów leczonych w Stołecznym Centrum Rehabilitacji Schorzeń Narządu Ruchu w Konstancinie, rozkład wieku osób z chorobami krzyża wskazuje na największe nasilenie dolegliwości pomiędzy 41 a 50 rokiem życia (40%). Warto zaznaczyć, że w grupie do 25 lat na te dolegliwości skarży się 2,6%, w przedziale 23-30 lat – 3,9% a w kolejnym przedziale 31-40 – 17%.

Z badań Fiutko i Goczyckiej prowadzonych wśród górników kopalni „Wujek” wynika, że chociaż $\frac{3}{4}$ respondentów jeszcze nie przekroczyło 40 roku życia, to aż 79% skarży się na bóle kręgosłupa, które w tej zbiorowości rozpoczęły się wyjątkowo wcześniej.

Wszystkie te wyniki zbiegają się z otrzymanymi w mojej pracy, gdzie najliczniejszą grupą skarżącą się na bóle kręgosłupa były osoby pomiędzy 46, a 65 rokiem życia.

Zdaniem Joukamaa nie ulega wątpliwości, że u pewnej grupy pacjentów istnieje związek pomiędzy bólami kręgosłupa a bodźcami psychicznymi, co więcej problemy psychologiczne zdarzają się wśród tych pacjentów częściej. Nie udało się jednak wyrokować czy zagadnienia psychiczne warunkują bóle kręgosłupa, czy odwrotnie oraz że postawiono więcej pytań niż udzielono odpowiedzi. Garron i Leavitt wykazali istniejący związek pomiędzy bólami kręgosłupa, a zahamowaniem agresji i wrogości. Z kolei badania Sternbacha, Wolfa i Murraya udowodniły, że mężczyźni cierpiący na bóle kręgosłupa cechuje większa wrogość, depresja oraz poczucie lęku, aniżeli kobiety z takimi bólami.

Joukamaa zwraca uwagę, że w badaniu związków pomiędzy cechami osobowości a bólami kręgosłupa należy mieć na względzie dwa zastrzeżenia

- 1) brak dowodów na to, aby patologicznie cechy osobowości występowały tylko u osób z bólami kręgosłupa;
- 2) wiele cech osobowości korelujących z bólami kręgosłupa występuje także u chronicznie chorych z innego powodu

Podsumowując tę dyskusję nie można jednoznacznie stwierdzić czy dolegliwości pacjentów związane z bólem kręgosłupa wywołują określone zachowania psychiczne. Dowiedziono, że psychologia odgrywa ważną rolę w całym życiu pacjentów. Dlatego też często złe samopoczucie psychiczne może znacznie podwyższyć odczucie bólu kręgosłupa.

Przeprowadzenie badania ankietowego i wykonane analizy wskazują na pozytywne wielopłaszczyznowe działanie terapii w ośrodku. Podstawową zmianą było wykazanie zmniejszenia odczuwalności bólu przez pacjentów korzystających z leczenia w poradni. Wskaźnik odczuwalności bólu w 10 stopniowej skali spadł średnio z 6 punktów do 2,46 punktu.

Drugim z poruszanych aspektów była jakość opieki medycznej zarówno poprzez kontakt w poradni rehabilitacyjnej jak i lekarzami oraz pielęgniarkami podczas przeprowadzonego leczenia. Zdecydowana większość pozytywnie oceniła te zagadnienia. Dodatkowo ponad 80 % pacjentów poddanych badaniu ankietowemu oceniła, iż do zachowania sprawności fizycznej potrzebowaliby minimalnie dwóch takich serii zabiegów w ciągu roku.

Kolejnym z zagadnień była ocena podstawowego zdrowia psychicznego z wykorzystaniem kwestionariusza i skali HAD. Poprzez przedstawione analizy można zauważyć znaczną poprawę subiektywnej oceny pacjentów poddanych badaniu i ich odczuć porównując odpowiedzi z przed badania do tych wykonanych po leczeniu.

Ostatnim punktem było zestawienie dotyczące zachowań agresywnych w badanej grupie. Tutaj też nastąpiła poprawa, z początkowej liczby 36 osób, które przyznały się do zachowań agresywnych przed przystąpieniem do zabiegów, sytuacja uległa poprawie i tylko 6 osób w dalszym ciągu miała problemy z tymi zachowaniami.

Maria Podyma

Bibliografia u autora.

Przeszczepy nerek. Specyfika opieki nad dawcą i biorcą przeszczepu.

Przeszczepianie narządów jest metodą ratowania życia chorego, który potrzebuje zdrowego narządu lub tkanek, aby żyć. Metoda ta polega na wszczepieniu biorcy narządów lub tkanek, pochodzących od innego człowieka.

Rodzaje przeszczepów:

1. Autoprzeszczep – przemieszczenie w inne miejsce narządu lub tkanki u tego samego osobnika.
2. Izoprzeszczep – transplantacja w obrębie dwóch osobników identycznych genetycznie (bliźnięta jednojajowe).
3. Alloprzeszczep – jest to zabieg dokonywany między osobnikami tego samego gatunku, którzy nie są identyczni genetycznie. Oczywiście pewna zgodność musi być zachowana.
4. Ksenoprzeszczep – transplantacja między osobnikami różnych gatunków. Tu wyróżniamy ksenoprzeszczep zgodny – narząd pobrany jest od małego naczelnika dla człowieka, oraz ksenoprzeszczep niezgodny – narząd pochodzi od świni.

Przeciwwskazania bezwzględne:

1. Zakażenie wirusem HIV.
2. Narkomania.
3. Choroba nowotworowa z uogólnionymi przerzutami.
4. Niewydolność krążenia oporna na leczenia konwencjonalne.
5. Uogólniona miażdżyca z nieodwracalnymi powikłaniami ze strony serca i mózgu.
6. Niewydolność układu oddechowego w przebiegu przewlekłych chorób płuc.
7. Podeszły wiek (powyżej 70 lat).
8. Choroby psychiczne oraz niezdyscyplinowanie chorego.

Przeciwwskazania względne:

1. Wiek chorego (poniżej 2 r.ż. i powyżej 65 r.ż.).
2. Obecność czynnych (utajonych) zakażeń – stomatologiczne, laryngologiczne, układu oddechowego, moczowego.

3. Nałogowe palenie tytoniu.
4. Choroby wątroby – aktywna postać wzw typu B.
5. Choroby układu krążenia.
6. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, kamica pęcherzyka żółciowego, żylaki podudzi, hemoroidy.
7. Leczenie p/prątkowe i kolagenoz – po 6 miesiącach.

Samokontrola chorych po przeszczepieniu nerki

1. Wizyty kontrolne u lekarza zespołu transplantacyjnego lub nefrologa.
2. Higiena rany pooperacyjnej.
3. Kontrola temperatury ciała, RR krwi i tętna.
4. Sprawdzenie objętości wydalanego moczu i przyrostu wagi ciała – przyrost masy o ponad 1kg/dobę lub ponad 2kg/tydzień należy natychmiast skonsultować z lekarzem.
5. Higiena jamy ustnej.
6. Ogólna higiena ciała.
7. Higiena skóry i włosów
 - Kortykosterydy – (Prednison, Encorton) stosowane po przeszczepie mogą powodować zmiany o typie trądziku – leczenie pod kontrolą dermatologa,
 - Pielęgnacja wysuszonej skóry delikatnymi kosmetykami,
 - Prednison – powoduje osłabienie włosów – stosować odżywkę,
 - Nadmierny porost włosów na całym ciele (cyklosporyna-Neoral),
 - Ekspozycja na słońce – pacjenci po przeszczepieniu narządów są bardziej narażeni na raka skóry, w związku z tym, że ich układ odpornościowy nie jest w stanie naprawić wszystkich uszkodzeń spowodowanych działaniem promieni ultrafioletowych na skórę.
8. Zakaz przyjmowania leków na własną rękę.
9. Dbanie o kondycję fizyczną – pozwala utrzymać sprawność, dobre samopoczucie i zapobiega powstawaniu osteoporozy. Większe wysiłki uzgodnić z lekarzem.

10. Dieta i odżywianie

- Leczenie immunosupresyjne może nasilać zaburzenia metaboliczne, może dojść do nie tolerancji węglowodanów lub ujawnienia się cukrzycy (ograniczyć ilość węglowodanów),
- U osób z tendencją do nadwagi stosować dietę zbilansowaną i z ograniczoną ilością tłuszczów,
- Zaburzeniom gospodarki lipidowej w postaci hipercholesterolemii może zapobiegać stosując dietę ograniczającą ilość cholesterolu i nasyconych kwasów tłuszczowych,
- Wskazane jest wypijanie około 2l wody mineralnej w celu ułatwienia wydalania przez nerki zbędnych dla organizmu produktów,
- Nie popijać sokiem grejpfrutowym leków: Prograf, Neoral – sok może spowodować wzrost stężenia tych leków we krwi i wystąpienie działań nie pożądanых,
- Kortykosterydy nasilają gromadzenie sodu w organizmie co powoduje zatrzymanie wody i wzrost RR krwi (należy ograniczyć spożycie sodu),
- Kortykosterydy powodują nadmierną utratę potasu i fosforanów, natomiast Cyklosporyna A może podwyższać stężenie potasu (dbać o prawidłowy poziom potasu w surowicy),
- Nadmierny katabolizm białek, kompensować białkiem w diecie,
- Ograniczyć używki – mocną kawę, alkohol, ostre przyprawy, palenie tytoniu – drażniące przewód pokar-

mowy (kortykosterydy powodują zaostrzenie dolegliwości wrzodowych).

11. Poprawa czynności układu endokrynnego powoduje powrót libido i regularny cykl miesięcznych. U kobiet ze względu na ryzyko zakażeń nie stosować wkładek domacicznych.
12. Ocenia się, że 1/50 kobiet z przeszczepioną nerką zachodzi w ciążę i rodzi dziecko – ciąża ma być dokładnie zaplanowana, uzgodniona z lekarzem, co najmniej rok po przeszczepie. Leki immunosupresyjne w najniższych dawkach.
13. Nie unikać podróżowania, ale kierować się zdrowym rozsądkiem.
14. Szczepienia – pacjent po przeszczepie, otrzymujący leki hamujące układ naturalnej odporności nie powinien otrzymywać szczepionek zawierających żywe lub nawet osłabione drobnoustroje. Można stosować jedynie szczepionki z martwych lub inaktywowanych wirusów, ale tylko w porozumieniu z lekarzem.
15. Zwierzęta domowe – nie zaleca się utrzymywania zwierząt domowych, ze względu na ryzyko zakażeń.
16. Rośliny doniczkowe źródłem zakażeń glebowych.
17. Czystość pomieszczeń mieszkalnych, łodówek, łazienek, bielizna pościelowa zmieniana co tydzień.

Zasady obowiązujące przy kwalifikowaniu potencjalnych, żywych dawców nerki.

1. Wstępna rozmowa z potencjalnym żywym dawcą nerki w ośrodku dializ lub transplantacyjnym, który będzie wykonywał przeszczep.
 - Obawy potencjalnego dawcy.
 - Zapoznanie z przebiegiem przygotowania zabiegu.
 - Poinformowanie o potencjalnym ryzyku zabiegu (wczesne i późne powikłania).
- Na podstawie obserwacji przeprowadzonych w USA ustalono
 - Że śmiertelność dawcy związana z nefrektomią wynosi 0,03 do 0,1%.
 - Wczesne powikłania pooperacyjne, którym można zapobiec, a mogące być przyczyną śmierci, występują u 1,4 do 1,8% dawców (zatorowość płuc, zawał serca).
 - Pooperacyjne powikłania o lżejszym przebiegu obserwowano u 3 do 20% dawców (zakażenia układu moczowego, rany pooperacyjnej, zakrzepowe zapalenie żył, wzw typu B lub C).
 - Czas przeżycia, przyczyny zgonu, częstość rozwoju nadciśnienia tętniczego i niewydolność nerki nie różnią się od obserwowanych ogólniej populacji.
 - Wykazano, że dawcy nerek żyli dłużej: po 20 latach żyło 86% dawców w porównaniu z 66% osób z populacji ogólnej (dawcami byli dokładnie przebadani, zdrowi ludzie, przebywający pod stałą opieką lekarską).
2. Ocena stanu ogólnego dawcy
 - Wykonanie badań wykluczających chorobę nerek, układy krążenia, oddechowego, przewodu pokarmowego i innych.
 - Odznaczenie grupy głównej krwi AB0.
 - Wykluczenie zakażeń wirusowych HIV, HBV, HVC oraz WR.
 - Wykonanie testu krzyżowego, jeśli wynik jest ujemny to u dawcy oznacza się antygeny zgodności tkanki i porównuje je z antygenami zgodności tkankowej biorcy.

3. Podawanie szczepionki – po zakwalifikowaniu dawcy podanie szczepionki przeciw WZW B.
4. Ostateczna ocena dawcy i biorcy w ośrodku transplantacyjnym przez komisję składającą się z nefrologa, chirurga i psychologa:
 - Podpisanie zgody przez potencjalnego dawcę w obecności ww. komisji na oddanie nerki.
 - Ustalenie terminu arteriografii nerkowej
 - Ustalenie terminu nefrektomii i przeszczepu nerki.

Zalety przeszczepienia nerek od dawców żywych:

1. Skrócenie czasu oczekiwania na przeszczep lub możliwość przeszczepienia przed rozpoczęciem leczenia dializami.
2. Możliwość wybrania odpowiedniego czasu na operację (lepsze przygotowanie dawcy, biorcy i zespołu transplantacyjnego).
3. Skrócenie czasu zimnego niedokrwienia.
4. Lepsze przeżycie nerki przeszczepionej w porównaniu z przeszczepami ze zwłok.

Wykazano, że po 10 latach funkcjonuje:

- 75% przeszczepów od dawców identycznych (bliźnięta jednojajowe),
- 56% przeszczepów od innych dawców żywych,
- 44% przeszczepów od osób zmarłych. Dawcą nerki może być członek rodziny chorego (pokrewieństwo genetyczne) lub też osoba spokrewniona emocjonalnie (mąż, żona, przysposobieni rodzice).

Decyzja o oddaniu nerki powinna być podjęta bez presji otoczenia chorego. Jej motywem powinna być miłość i chęć ulżenia cierpieniom bliskiej osoby. Powinna mieć altruistyczny charakter. Określa się ją darem serca.

Badania psychologiczne dawców wykazały, że:

- 96% z nich zostałoby jeszcze raz dawcą,
- jedynie 4% żałuje swojej decyzji,
- 90% dawców uważa, że ich zdrowie uległo pogorszeniu,
- u ponad 50% dawców doszło do poprawy samopoczucia, wzrostu samooceny, poczucia większej wartości, poprawy stosunków w rodzinie.

Przygotowanie biorcy do zabiegu przeszczepienia nerki

1. Po wstępnym okresie dializoterapii ok. 3-6 miesięcy, po usunięciu przeciwwskazań dokonuje się kwalifikacji pacjenta do przeszczepu nerki.
2. Dane osobowe i medyczne zostają umieszczone na tzw. Liście oczekujących na przeszczep zarówno w regionalnym ośrodku transplantacyjnym jak i na tzw. Centralnej Liście Biorców w biurze krajowej organizacji koordynującej pobrania i transplantację narządów „POLTRANSPLANT” w Warszawie.
3. Pacjent – Broca musi być zawsze dostępny i gotowy na wezwanie zespołu transplantacyjnego na wypadek uzyskania nerki do przeszczepu.
 - pacjent pod telefonem,
 - spakowane przedmioty niezbędne w szpitalu,
 - leczenie stomatologiczne, laryngologiczne,
 - pacjent po wezwaniu pozostaje bez jedzenia i picia,
 - zgłasza się do ośrodka.

4. Próbkę krwi biorcy porównane z próbkami krwi dawcy
 - test krzyżowej zgodności tkankowej,
 - porównanie antygenów zgodności tkankowej z HLA dawcy.
5. Ostateczna kwalifikacja biorcy do przeszczepienia
 - ocena zgodności immunologicznej,
 - aktualny stan kliniczny:
 - badanie przedmiotowe,
 - rtg klatki piersiowej,
 - badania laboratoryjne,
 - krzyżówka krwi,
 - badania bakteriologiczne (mocz, kał wymaz z gardła).
6. W zależności od potrzeby, może być wykonywana dializa przed transplantacją
7. Przygotowanie pola operacyjnego – ogolić
8. W niektórych ośrodkach w celu dekontaminacji (odkażenia) biorcy podaje się antybiotyki
9. Rozmowa z pacjentem
10. Podpisanie zgody na zabieg
11. Nawet w ostatniej chwili może się zdarzyć, że zabieg zostanie odwołany m.in. z powodu dyskwalifikacji dawcy
12. Ośrodki transplantacyjne proponują ośrodkom dializ przygotowanie biorcy rezerwowego.

Technika zabiegu operacyjnego

Nerkę pochodzącą od dawcy umieszcza się pozaotrzewnowo w prawym lub lewym dole biodrowym. Naczynia przeszczepu zostają połączone z naczyniami biorcy. Moczowód przeszczepu wszczepia się do pęcherza moczowego pacjenta. Zabieg trwa od 2-4 godzin.

Czynniki decydujące o podjęciu pracy przez przeszczepioną nerkę:

1. Prawdliwość techniki pobrania nerki.
2. Sposób konserwacji.
3. Czas przechowywania nerki (niedokrwienie zimne dopuszczalne do 48 godzin).
4. Czas wyjęcia nerki z oziębnego płynu do przywrócenia w niej krążenia (niedokrwienie ciepłe).

W polskich warunkach ponad połowa przeszczepów podejmuje funkcję natychmiast, w pozostałych przypadkach dochodzi do rozwoju ostrej niewydolności przeszczepionej nerki, która może utrzymywać się przez kilka tygodni – chorzy ci wymagają dializoterapii. 5-7% przeszczepów nigdy nie podejmuje funkcji.

Po zabiegu wykonuje się kontrolne USG nerki, biopsję nerki w celu postępowania leczenia, przy podejrzeniu odrzucenia przeszczepu.

Opieka pooperacyjna:

1. Intensywny nadzór
2. Ochrona przed infekcją
3. Płyny podawane dożylnie
4. Wczesne uruchamianie pacjenta
5. Po ok. 2-4 tygodni pacjent wypisany do domu.

Objawy odrzucenia przeszczepu:

1. Gorączka.
2. Bóle mięśniowe i złe samopoczucie.
3. Zmniejszająca się objętość wydalanego moczu.
4. Nieprawidłowe testy laboratoryjne czynności nerek.
5. Podwyższenie RR krwi.



Leczenie immunosupresyjne

Celem tego leczenia jest skuteczne zablokowanie układu immunologicznego biorcy, w wyniku czego organizm biorcy nie rozpoznaje przeszczepionej nerki jako obcej. Leczenie immunosupresyjne rozpoczyna się już przez rozpoczęciem zabiegu i podaje się: Cell Cept i Neoral lub Prograf. Następnie przed unaczynieniem przeszczepu i po zakończeniu zabiegu podaje się hormony sterydowe. Dawki leków obniża się stopniowo, w miarę upływu czasu. Leki immunosupresyjne należy przyjmować przez cały okres funkcjonowania przeszczepu.

Leczenie immunosupresyjne niesie za sobą wiele zagrożeń, wynikających z toksyczności stosowanych leków i powikłań infekcyjnych.

Cyklosporyna – powoduje przerost dziąseł, nadmierne owłosienie,

Trakrolimus – jest neurotoksyczny, powoduje nadciśnienie i cukrzycę,

Azatiopryna – może uszkadzać szpik, wątrobę, trzustkę, wywołuje biegunkę,

Cell Cept – może uszkadzać szpik, wywołuje biegunkę lub bóle stawów,

Prednison – wywołuje objawy zespołu Cushinga, nasila osteoporozę.

Wszystkie leki immunosupresyjne zwiększają ryzyko wystąpienia nowotworów. Stała immunosupresja sprzyja rozwojowi infekcji bakteryjnych, wirusowych, grzybiczych układu oddechowego, moczowego. Osoby z przeszczepioną nerką powinny unikać kontaktów z ludźmi rozsiewającymi infekcje. ■

Romańska Woletta

Bibliografia u autora.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z CHOROBA ALZHEIMERA W WARUNKACH DOMOWYCH-ANALIZA INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

Proces pielęgnowania jest metodą pracy pielęgniarki nad pacjentem i jego środowiskiem. W przeciwieństwie do pielęgniarstwa tradycyjnego jest to nowoczesna i dynamiczna metoda pracy. Pozwala na zaplanowanie i realizowanie ciągłej opieki. Stosując diagnozę pielęgniarską, pielęgniarka podejmuje celowe i planowe działania, które mają na celu poprawę stanu zdrowia lub utrzymanie dotychczasowego. Bierze również udział w diagnozowaniu, leczeniu i rehabilitacji.

Na właściwe zastosowanie metody badawczej case study w pielęgniarstwie ma wpływ wiele czynników. Należy zgromadzić dane, zaplanować i zrealizować swoje działania oraz ocenić czy przyniosły one zamierzony skutek.

W celu formułowania diagnozy pielęgniarskiej wykorzystuje się różne techniki. Podstawową i najczęściej stosowaną formą jest wywiad pielęgniarski, czyli rozmowa z chorym lub jego opiekunem. Zgromadzone w ten sposób dane powinny zawierać informacje o stanie bio-psycho-społecznym pacjenta i środowiska, w którym przebywa. Następną techniką jest wnikliwa obserwacja pozwalająca uzupełnić lub zwerifikować posiadane już informacje. W metodzie gromadzenia danych istotnym elementem jest analiza zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz uzupełnienie informacji od innych członków zespołu terapeutycznego. Danymi o pacjencie będą też wyniki różnych parametrów (RR, częstość tętna, oddech, stężenie poziomu glukozy we krwi) przeprowadzonym przez pielęgniarkę. W oparciu o przedstawione dane należy ustalić działania, jakie powinny być podjęte przez pielęgniarkę oraz w jakim zakresie pacjent wymaga pomocy. Ustalenie planu pielęgnowania rozpoczyna się od stwierdzenia ważności problemów pielęgniacyjnych. Priorytetem będą problemy zagrażające życiu lub ciężkie zagrożenia zdrowia pacjenta [10, 17]. Kolejne działania obejmują problemy niezagrażające jego życiu oraz te, które mogą wpływać na jakość życia.

Planowanie pomocy w oparciu o diagnozę pielęgniarską obejmuje pielęgnowanie w różnych fazach choroby, łącznie z fazą terminalną i opieką paliatywną. Planując opiekę należy wziąć pod uwagę zdolność chorego do samodzielności i samopielęgnacji oraz wydolność opiekunco-pielęgniacyjną rodziny. Osoba chora lub rodzina musi zaakceptować plan, który niekonsultowany nie rokuje możliwości realizacji. Ważne jest również określenie celów, jakie zakłada się osiągnąć. Powinny być one precyzyjne i realne do osiągnięcia. Uwzględnia się możliwość doprowadzenia do takiego stanu, który jest uznawany za najbardziej odpowiedni.

Biorąc pod uwagę realizację założonych działań należy, iż powinny być one spójne z działaniami lekarskimi i zaakceptowane przez rodzinę. W trakcie realizacji mogą wystąpić jego modyfikacje związane ze stanem pacjenta lub zmianą sytuacji rodziny. Zmiany w realizacji wiązać się mogą również z różnego rodzaju trudnościami (podmiotowymi lub przedmiotowymi).

W ostatnim etapie pielęgniarka stwierdza czy został zrealizowany założony plan. Ocenia czy stan chorego jest pożądany, jak założono, czy jest korzystniejszy od tego, który postawiono w diagnozie. Określa czy uzyskano ogólną poprawę oraz zminimalizowano czynniki ryzyka zagrażające pogorszenia stanu.

W mojej pracy przedstawiłam główne problemy pielęgniacyjne pacjentki z chorobą Alzheimera. Dużą rolę miał tutaj wywiad z córką, która jest jej opiekunem. Chora sama nie mogła udzielić wywiadu, ponieważ kontakt werbalny i niewerbalny z nią jest uniemożliwiony z uwagi na zaawansowany stan choroby.

WYWIAD

Pacjentka G. S. l.84. Kobieta jest wdową, przebywa na emeryturze. Przed wystąpieniem objawów chorobowych zajmowała się domem i wychowywaniem wnuków. Leczyła się na nadciśnienie tętnicze, przyjmowała lek Amlozek 5 mg 1x1 tab.

W rodzinie nie występują żadne przewlekłe choroby. Pacjentka mieszka w domu jednorodzinnym z córką i zięciem. W mieszkaniu są 4 pokoje, kuchnia, łazienka. Warunki mieszkaniowe są bardzo dobre. Mieszkanie jest suche, czyste, słoneczne.

Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły u pacjentki 9 lat temu. Kobieta mieszkała wówczas z mężem i to on zauważył, że ma ona problemy z wykonywaniem prostych czynności. Początkowo było to zapominanie, gubienie przedmiotów codziennego użytku, występowały problemy z porozumiewaniem, gdyż chora miała trudności z doбором słów. Po wizycie u neurologa i wykonaniu badań (TK głowy) opisano zmiany zanikowo-niedokrwienne w strukturach korowych mózgowia. Stwierdzono u niej chorobę Alzheimera. Rozpoczęto terapię środkami farmakologicznymi – Cogiton 1x10 mg oraz terapię zajęciowo-ruchową.

Niestety choroba postępowała dalej, 5 lat temu zmarł mąż pacjentki, co miało wpływ na pogorszenie stanu zdrowia. W tym czasie córka zrezygnowała z pracy zawodowej, gdyż kobieta wymagała już całodobowej opieki. W ciągu ostatniego roku stan zdrowia pogorszył się znacznie. Objawy chorobowe, które temu towarzyszyły to: całkowita utrata zdolności wykonywania czynności życia codziennego, trudności z poruszaniem się, zaburzenia snu. W ciągu dnia uruchamiana była do pozycji siedzącej ze spuszczonej nogami. Pacjentka nie rozpoznawała bliskich osób, nie mówiła, nie kontrolowała zwieraczy. Miała trudności z połykaniem i ze spożywaniem posiłków. Utrata całkowitego kontaktu ze światem.

W listopadzie 2013r. Córka zaobserwowała u chorej następujące objawy: suchy kaszel, problemy z odkrztuszaniem zalegającej wydzieliny, temp. powyżej 38°C. W tym dniu w godzinach wieczornych u chorej wystąpiła duszność. Córka wezwała karetkę, którą pacjentka została przewieziona do Szpitala Powiatowego w Myszkowie do oddziału chorób wewnętrznych. U pacjentki rozpoznano spastyczne zapalenie oskrzeli i płuc.

Podczas pobytu w szpitalu wykonano u chorej następujące badania: morfologia, moczu, kreatynina, alut, aspat, elektrolity, cukier, INR, APTT, troponina, EKG, USG jamy brzusznej. Wyniki badań nie odbiegały od normy.

Zastosowano leczenie:

- Augmentin 2x1,2 g we wlewie dożylnym
- IPP 20 mg 1x1 tab.
- Spironol 100 mg 0-1-0 tab.
- Kaldym 2x1 tab.
- Cogiton 10 mg 1x1 tab.
- Po 10 dniowym pobycie w szpitalu stan chorej uległ poprawie, została wypisana do domu i objęta pielęgniarską opieką długoterminową.

Badanie fizykalne przeprowadzone w styczniu 2014r. :

Skóra:

- temperatura - 36,7°C
- napięcie – prawidłowe
- wilgotność – sucha
- brak odparzeń i odleżyn

Układ oddechowy:

- liczba oddechów – 24 oddechów/min
- oddech – utrudniony
- kaszel – wilgotny
- zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym

Układ krążenia:

- RR – 130/80 mmHg
- tętno – 88 uderzeń/min
- sinica – nie występuje
- obrzęki – na kończynach dolnych oraz okolicy krzyżowo – lędźwiowej tylnej

Układ pokarmowy:

- zaburzenia łykania i połykania, odżywianie sondą żołądkową
- nietrzymanie stolca

Układ moczowo – płciowy:

- narządy zewnętrzne bez zmian
- nietrzymanie moczu

Układ nerwowy:

- brak świadomości

Układ mięśniowo – szkieletowy:

- budowa prawidłowa
- pacjentka leżąca, samodzielnie nie porusza się i nie wykonuje żadnych czynności

Narządy zmysłów:

- wzrok, słuch, węch – niemożliwe do stwierdzenia prawidłowego funkcjonowania zmysłów

Diagnoza pielęgniarska

Pacjentka z całkowitym deficytem w zakresie samoopieki i samopielęgnacji z powodu zaawansowanego stanu choroby Alzheimera. Nie jest w stanie wykonywać jakichkolwiek czynności.

Chora nie ma możliwości odkrztuszania zalegającej wydzieliny z drzewa oskrzelowego i jamy ustnej. Z tego też powodu ma problemy z oddychaniem.

Od dłuższego czasu pacjentka ma trudności z rozdrabnianiem pokarmów i przełykaniem. Istnieje u niej duże ryzyko wystąpienia niedożywienia i odwodnienia, dlatego na zlecenie lekarza odżywiana jest przez zgłębnik żołądkowy.

Na skutek długotrwałego unieruchomienia oraz całkowitej niepełnosprawności w zakresie poruszania mogą wystąpić u pacjentki przykurcze kończyn związane z deficytem ruchu. Z powodu zaburzeń funkcji zwieraczy u podopiecznej występuje nietrzymanie moczu i stolca. Pacjentka jest osobą otyłą, toteż brak ruchu oraz niekontrolowanie wypróżnień mogą przyczyniać się do powstawania odleżyn, bądź odparzeń. Bardzo ważne jest zdrożenie działań profilaktycznych. W związku z brakiem świadomości chora nie jest w stanie samodzielnie wykonywać jakichkolwiek czynności, w tym również czynności higienicznych.

Głównymi opiekunami pacjentki jest córka i zięć, którzy chętnie zajmują się matką, jednak wymagają wsparcia i pomocy w zaistniałej sytuacji. Opiekunowie są chętni do współpracy pielęgniarką opieki długoterminowej.

Ustalono plan opieki nad podopieczną, aby w maksymalny sposób zminimalizować ryzyko powikłań, a także przygotować



i wspomóc rodzinę do pełnionych funkcji.

PLAN OPIEKI

Plan opieki i interwencje pielęgniarские.

Diagnoza pielęgniariska:	Duszność i trudności w odkrztuszaniu zalegającej wydzieliny z drzewa oskrzelowego i jamy ustnej powodująca ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego.
Cel:	zmniejszenie duszności zapewnienie drożnego drzewa oskrzelowego zapobieganie zastoinowemu zapaleniu płuc ułatwienie ewakuacji wydzieliny na zewnątrz
Plan opieki:	<ul style="list-style-type: none"> - ułożenie chorej w pozycji półsiedzącej z zastosowaniem udogodnień (pod plecy podłożenie poduszki, kończymy dolne zgięte w stawach kolanowych) - zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu, w którym przebywa chora (wilgotność w granicach 50-70 %, temperatura pomieszczenia 18-20° C) - częsta zmiana pozycji ciała powodująca uruchomienie wydzieliny z drzewa oskrzelowego - wykonywanie inhalacji nebulizatorem: Mucosolvan inhalacje 15 mg/2 ml (2ml leku + 0,9% NaCl) - toaleta drzewa oskrzelowego - oklepywanie klatki piersiowej spirytusem salicylowym 15-20 razy od dołu do góry, od zewnątrz do wewnątrz za pomocą krótkich, szybkich ruchów - odsysanie zalegającej wydzieliny za pomocą ssaka elektrycznego - odsysanie wydzieliny równomiernymi i spokojnymi ruchami - wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych w celu ułatwienia ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych

Diagnoza pielęgniariska:	Ryzyko wystąpienia niedożywienia i odwodnienia związane z zaburzeniami i zniesieniem odruchu połykania oraz brakiem świadomości.
Cel:	dostarczenie pokarmów, płynów i leków zachowanie funkcji wchłaniania błony śluzowej jelita zapobieganie występowaniu zaburzeń wodno-elektrolitowych
Plan opieki:	<ul style="list-style-type: none"> - założenie i wymiana zgłębnika przez nos 1x w tygodniu - przymocowanie zgłębnika przyklepcem i codzienna zmiana miejsca przyklejenia

- sprawdzenie położenia sondy poprzez osłuchiwanie okolic nadbrzusza lub przez aspirację treści żołądkowej
- obserwacja czy w śluzówce nosa nie tworzą się odleżyny
- oczyszczanie nosa poprzez odciągnięcie zgłębnika o ok 5 cm, ponownie wsunięcie i przymocowanie
- podawanie posiłków o właściwej konsystencji i temperaturze
- ilość karmień 5-7 na dobę, co 2-3 godz., jednorazowa porcja 200-250 ml, przerwa nocna 8 godz.
- podawanie ok. 1000 ml płynów na dobę przez sondę
- podawanie rozdrobnionych leków w niewielkiej ilości wody
- przepłukiwanie zgłębnika 50-100 ml wody po każdym karmieniu
- zamykanie światła zgłębnika zaciskiem lub zatyczką po każdorazowym karmieniu i płukaniu
- obserwacja skóry i błon śluzowych języka
- wykonywanie toalety jamy ustnej wodnym roztworem fioletu gencjany lub gliceryną z sokiem cytrynowym kilkakrotnie w ciągu dnia w celu zapobiegania zmianom (aftom, pleśniawkom)

Diagnoza pielęgniariska:	Możliwość wystąpienia odleżyn spowodowana brakiem aktywności fizycznej, zaburzeniami w wydalaniu i utrzymywaniu właściwego stanu higieny.
Cel:	zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn zapobieganie oparzeniom i odleżynom
Plan opieki:	<ul style="list-style-type: none"> - ocena ryzyka wystąpienia odleżyn według skali Norton - ułożenie chorej na zmiennociśnieniowym materacu przeciwoleżynowym - regulacja ciśnienia w materacu w zależności od masy ciała - zmiana pozycji ułożeniowej co 1-2 godz. - stosowanie środków pomocniczych (poduszki, kliny, wałki, podkładki, kółka pod pięty, poduszki pod kolana) - układanie podopiecznej na boku z 30° nachyleniem w celu zmniejszenia nacisku sił napinających

	<ul style="list-style-type: none"> - w pozycji na boku przełożenie kończyn dolnych poduszką w celu zniwelowania wzajemnego odcisku - codzienna ocena stanu powłok skórnych ze szczególnym uwzględnieniem miejsc najbardziej narażonych - mycie całego ciała 2x dziennie z dodatkiem delikatnych środków myjących - nawilżenie i natłuszczenie skóry oliwką - w przypadku, gdy chora poci się lub zanieczyszcza, myć po każdorazowym zanieczyszczeniu - stosowanie pampersów i podkładowych chłoniących wilgoć - zmiana bielizny osobistej i pościelowej według potrzeb (bielizna z naturalnych włókien, niekrochmalona) - włączenie do diety posiłków bogatych w białka z uwzględnieniem żelaza, cynku, witamin A, B, C (mleko, jaja, wędlina, chude mięso, ryby-zmiksowane, przystosowane do karmienia przez sondę) - nauka rodziny odpowiedniej techniki obracania i przemieszczania chorej w celu odciążenia narządu ruchu
--	--

Diagnoza pielęgnacyjna:	Ryzyko wystąpienia przykurczy w stawach na skutek długotrwałego unieruchomienia.
Cel:	zapobieganie przykurczom zmniejszenie spastyczności mięśni pobudzenie krążenia
Plan opieki:	<ul style="list-style-type: none"> - pomoc rodzinie w zaopatrzeniu się w łóżko z funkcją regulacji wysokości - częste zmiany pozycji ułożeniowej pacjentki w łóżku - ćwiczenia wspomagane bierne w celu utrzymania ruchomości we wszystkich stawach - ćwiczenia bierne kończyn górnych: <ul style="list-style-type: none"> * wyprostowanie kończyn górnych * ruchy odwodzenia i przywodzenia kończyn górnych * ruchy okrężne w stawach barkowych kończyn górnych * ruchy zginania i prostowania kończyn górnych * zgięcie i prostowanie dłoni w stawie nadgarstkowym * ruchy okrężne dłoni * zgięcie i prostowanie palcy rąk * zaciśnięcie dłoni w pięść

<ul style="list-style-type: none"> - ćwiczenia bierne kończyn dolnych: <ul style="list-style-type: none"> * wyprost i zginanie kończyn dolnych * uniesienie kończyn do maksymalnej wysokości i opuszczenie * ruchy odwodzenia i przywodzenia kończyn dolnych * zgięcie i wyprostowanie kończyn dolnych w stawie kolanowym i skokowym - ćwiczenia głowy: <ul style="list-style-type: none"> * zgięcie głowy do przodu * zwrócenie twarzy w prawo, w lewo * przygięcie głowy do barku prawego i lewego - masaż wszystkich partii mięśniowych
--

Diagnoza pielęgnacyjna:	Nietrzymanie moczu i stolca spowodowane zaburzeniami funkcji zwieraczy.
Cel:	utrzymanie suchości i czystości skóry niedopuszczenie do odleżyn, bądź odparzeń
Plan opieki:	<ul style="list-style-type: none"> - dbanie o właściwą higienę osobistą ze zwróceniem szczególnej uwagi na okolice intymne - mycie okolic intymnych w kierunku od spojenia łonowego do odbytu - wydzielenie osobnych przyborów toaletowych - stosowanie pieluchomajtek, środków chłoniących wilgoć oraz regularna ich wymiana - cewnikowanie pęcherza moczowego na zlecenie lekarza z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki - wymiana cewnika Foleya co 2 tygodnie - dbanie o drożność i jałowość cewnika - regularne opróżnianie worka z moczem - zapobieganie cofaniu moczu poprzez podwieszenie worka poniżej poziomu pęcherza - zapobieganie biegunkom i zaparciom - zapobieganie maceracji skóry (stosowanie środków pielęgnacyjnych na skórę) - dobór odpowiedniej bielizny (luźna, z naturalnych włókien) - przestrzeganie diety bogatobłonnikowej z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych (płatki owsiane, otręby pszenne, kasze miksowane) - przygotowanie rodziny do wykonywania czynności pielęgnacyjno-higienicznych



Diagnoza pielęgnarska:	Brak samodzielności w zaspokajaniu potrzeb higienicznych spowodowane zaburzeniami świadomości oraz całkowitym brakiem możliwości wykonywania jakichkolwiek czynności.
Cel:	utrzymanie ciała w czystości zaspokojenie potrzeb higienicznych poprawienie funkcji skóry: oddychania, krążenia, wydzielania
Plan opieki:	<ul style="list-style-type: none"> - mycie całego ciała 2x na dobę - kąpiel w łóżku 1x w tygodniu - toaleta jamy ustnej z czyszczeniem języka i protez zębowych 3x na dobę - mycie rąk i twarzy 3x na dobę - czesanie włosów 2x na dobę - toaleta oczu i uszu 1x na dobę - systematyczne obcinanie paznokci - codzienna zmiana bielizny osobistej - zmiana bielizny pościelowej według potrzeb - toaleta i zmiana pieluchomajtek po każdym zanieczyszczeniu - natłuszczanie skóry odżywczym balsamem lub kremem - używanie do mycia środków myjących przeznaczonych do skóry wrażliwej - toaleta okolic intymnych każdorazowo po oddaniu stolca z zachowaniem kierunku mycia od przodu do tyłu - temperatura pomieszczenia 20-22° C, wody 32-34° C - toaleta przeciwdoparzeniowa pod fałdami skóry i pod piersiami - zachowanie higieny otoczenia

Diagnoza pielęgnarska:	Obciążenia opiekunów wynikające z konieczności sprawowania długotrwałej opieki nad pacjentką.
Cel:	przygotowanie rodziny do sprawowania opieki i zminimalizowanie obciążenia
Plan opieki:	<ul style="list-style-type: none"> - ocena wydolności opiekuńczej rodziny - poinformowanie o przebiegu choroby, rokowaniu - przygotowanie pomieszczenia, w którym przebywa chora

- pomoc w zapewnieniu niezbędnego sprzętu i środków pomocniczych koniecznych do sprawowania opieki
- wsparcie emocjonalne poprzez pomoc w zaadaptowaniu się do zaistniałej sytuacji
- instruktaż odnośnie wykonywania czynności pielęgnacyjno-higienicznych
- przekazanie wiedzy na temat sposobu odżywiania chorej

OCENA DZIAŁAŃ PIELĘGNIARSKICH

Oceniając podjęte działania na rzecz pacjentki objętej pielęgniarstwem długoterminowym, określono w jakim stopniu osiągnięto zamierzone działania. W skutek zaplanowania i wykonania podjętych czynności stan pacjentki jest zadowalający.

Uzyskano taki stan pacjentki, który jest najbardziej odpowiedni co do stanu zdrowia. Zaspokojone potrzeby odżywiania, wydalania, czystości, ruchu i bezpieczeństwa. Pokój, w którym przebywa pacjentka jest przystosowany do wymagań (suchy, czysty, słoneczny). Łóżko, na którym leży jest dostępne z dwóch stron, ma funkcję podnoszenia i opuszczenia. Zminimalizowano u chorej skutki powikłań ze strony układu oddechowego. Odżywianie przez sondę zapobiegło niedożywieniu i odwodnieniu. Skóra chorej jest sucha, czysta, nie występują odleżyny, ani oparzenia. Zaspokojono również potrzebę ruchu, zmniejszono ryzyko zniknięcia i spastyzacji mięśni. Rodzina pacjentki jest należnie przygotowana do sprawowania opieki nad matką. Doskonale radzi sobie w zaistniałej sytuacji. Wsparcie emocjonalne oraz podejmowanie działań profilaktycznych przygotowało rodzinę do współpracy w procesie pielęgnowania. Jest ona wydolna opiekuńczo. ■

Beata Królik

Bibliografia u autora.

Informacje



ŻYCIORYS P. FRANCISZKI PINIS

P. Franciszka Pinis urodziła się 3 marca 1915 roku w Częstochowie. Rodzice Florian i Marianna. Rodzeństwo: miała cztery siostry i dwóch braci. Do 22 stycznia 2007 roku mieszkała przy ul. Armii Krajowej 66 m 63, a następnie w Domu Pomocy Społecznej przy ul. Wieluńskiej 1 w Częstochowie.

Ukończyła dwuletnią Szkołę Pielęgniarską we Wrocławiu i półroczną w Warszawie. Podjęła pracę 15 kwietnia w Przychodni Lekarskiej przy ul. Kościuszki – „było to moje pierwsze i ostatnie zatrudnienie”, „przepracowałam tam do emerytury” – chyba do 1972 roku. Pani Franciszka – mówi, że miała szczęście do ludzi. Pracowała jako pielęgniarka dziecięca, wykonywała szczepienia. Czas nauki i pracy wspomina jako trudny okres powojenny, była to „okropna harówka”. Wyróżniała się szczególną wrażliwością, życzliwo-

ścią i serdecznym stosunkiem do dzieci. Nastawienie do dzieci było ciepłe i empatyczne. „Do dziś jak widzę małe dziecko moje serce rośnie i każde bym od razu uściskała”. Podczas wykonywania obowiązków zawodowych odznaczała się wysoką kulturą osobistą, sumiennością, delikatnością. Zawsze przestrzegała zasad etyki zawodowej, swoje zadania wykonywała restrykcyjnie mając na względzie zasady i obowiązujące procedury.

Z dużym sentymentem P. Franciszka wspomina czas pracy, stosunek do zawodu pielęgniarki, podejście do pacjenta i współpracowników. Relacje w pracy były bardzo dobre. „Mam kontakt z p. dr Krystyną P (stan zdrowia nie pozwala na odwiedzin) i dr Anną – ta druga na ile może odwiedza mnie tutaj. Przychodzą byli sąsiedzi, zawsze otrzymuję kwiaty”.

Z wyboru osoba samotna. „Dzieci w rodzinie – kuzyni – nazywali mnie „Mamusia”, a żeby to nie sprawiało przykrości ich rodzicom byłam dla nich Frana lub Ciocia Frana. „Biegnać do mnie – mijali Mamę – mówiąc, że idą do Mamusi”. To świadczy o tym, jak ich kochałam a oni mnie. Każdego lata wyjeżdżałam na urlop zabierając dzieci sióstr. Miałam przy tym dodatkowy kłopot, czasem chorowali. Ale zabierałam, bo bardzo ich kochałam”.

„Świadomie przyszedłam do DPS. Cieszę się, że tutaj jestem. Choć z natury jestem typem samotnika – mam zapewnioną pomoc i godziwe warunki. Receptę na życie musi każdy sobie określić sam. Ważne, by je szanować, nie szkodzić przez używki. Największą moją radością jest możliwość uczestnictwa w codziennej Mszy Świętej, przyjmowanie Komunii Świętej. Lubię czytać prasę, dobre książki, spacerować i mam wokół życzliwe osoby, które mi w tym pomogą”.

P. Franciszka zawsze była przez ludzi dobrze traktowana i lubiana. Jest wdzięczna Panu Bogu za przeżytą każdą chwilę i cieszy się każdą chwilą – „To nie jest chwalenie się – to jest moje życie. Cieszę się, że mogę kontaktować się z tym, co się wokół dzieje”.

Wskazówka – rada na życie dla piszącej : „być dobrym, życzliwym dla otoczenia i ze zrozumieniem postępować z ludźmi”.

s. Waleria Postek

Szanowna Pani Franciszka Pinis Pielęgniarka

Z okazji 100- lecia urodzin w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie składam Pani najserdeczniejsze życzenia szczęścia, zdrowia i wszelkiej pomyślności w życiu osobistym. W dniu tak zaszczytnego Jubileuszu proszę przyjąć życzenia wielu kolejnych lat życia w dobrym zdrowiu.

Jest to niewątpliwie okazja niecodzienna i doniosła. Nie wielu z nas ma możliwość obchodzenia setnych urodzin. Sto lat, to czas, który dla większości z nas, zwłaszcza na początku życiowej drogi, wydaje się nie do osiągnięcia, to czas w którym zebrać można mnóstwo doświadczeń i mądrości, przeżyć wspaniałe chwile szczęścia i niezmierzonej radości.

Dane było Pani przeżyć cały wiek w naszej polskiej historii, doświadczyć trudów i radości z nim związanych. Tak długie życie jest skarbnicą doświadczeń dla kilku pokoleń pracowników ochrony zdrowia.

Dzisiejszy Jubileusz jest dla na mnie szczególną okazją do Podziękowania Pani za długoletnią pracę dla dobra ochrony zdrowia. Swoją nienaganną pracą zawsze służyła Pani społeczności a szczególnie młodemu pokoleniu miasta Częstochowy.

Pani recepta na długowieczność „ Szanować życie, dbać o siebie i nie używać używek” - niech będzie receptą na zdrowie dla nas wszystkich.

Zatem niech będzie mi wolno tą drogą podziękować Pani w imieniu własnym oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za wszelkie trudy i owoce minionych STU LAT oraz złożyć życzenia zdrowia i pogody ducha na kolejne lata.

Przewodnicząca ORPiP
w Częstochowie Halina Synakiewicz.



**„Prawdziwe szczęście trwa wiecznie
– jest w rękach długowieczności.**

**Życie to otwarta księga powiększonej skali
i każda chwila jest warta żeby ją utrwalić”.**

Dostojna JUBILATKO! P. Franciszko.

Tak wzniosła i wyjątkowa chwila jaką jest 100 rocznica urodzin nie zdarza się często, w naszym Do-mu jest po raz trzeci. Dar, którego Pani doświadcza jest skarbnicą i drogocennym dziedzictwem dla nas a szczególną wartość stanowi dla Pani najbliższych osób.

Ten, niecodzienny Jubileusz to dla mnie moment, w którym chcę Pani podziękować za wszelkie trudy i owoce minionych 100 lat, za ofiarną pracę, miłość do człowieka i do Pana Boga, za lata spędzone w Naszej Społeczności DPS, za ciche życie, rozmodlenie i wysoką kulturę osobistą przejawianą w codziennych relacjach.

Składam najserdeczniejsze gratulacje oraz życzenia dobrego zdrowia, spokoju, z uśmiechem i pogodą ducha w klimacie wdzięczności, szacunku i życzliwości otoczenia na dalsze lata życia. Życzę mocy ducha i wiele radości każdego dnia, oby uśmiech często gościł na Pani twarzy pomimo doznawanych trudności i niedogodności codziennego dnia.

„Niech Pan Ci błogosławi i niech Cię strzeże. Niech Ci ukaże oblicze swoje i zmiłuje się nad Tobą. Niech zwróci oblicze swoje ku Tobie i niech Cię obdarzy pokojem. Pan niech Ci błogosławi.”/ Lb. 6. 24 -26./ A Maryja Niepokalana Matka otacza Opieką.

S. Waleria Postek – Dyrektor DPS
Częstochowa 3.03.2015

Podziękowania

*Najlepsze życzenia, to marzeń spełnienia.
Bo coś piękniejszego, niż właśnie marzenia...?
Wiek emerytalny po to jest nam dany,
By realizować niespełnione plany.
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,
Tylko żyć i się delectować.
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.*



W związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę,
podziękowania za długoletnią pracę, codzienny
trud,
gotowość do niesienia pomocy potrzebującym,
poświęcenie i życzliwość
życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają dla Pani

Danuty Świdorskiej -Sternik

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
oraz
Pielęgniarki i Położne z SP ZOZ w Lublińcu. ■



Pani Annie Kotlińskiej

w związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę,
z podziękowaniami za długoletnią, sumienną
i pełną poświęceń pracę, codzienny trud,
i życzliwość.

Wyjątkowe oddanie, rzetelność, cierpliwość,
którymi zawsze się wyróżniała się w pracy.
Życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają

Pielęgniarki i Położne Miejskiego Szpitala
Zespolonego w Częstochowie

oraz
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie. ■

Wycieczka do Budapesztu

W dniach 22-24 maja 2015 roku OIPIP w Częstochowie
organizuje wycieczkę do Budapesztu.

Orientacyjny koszt na 1 osobę wynosi 570 zł.

Bilety wstępu do zwiedzanych obiektów dodatkowo płatne.

Osoby chcące uczestniczyć w wycieczce zapraszamy do
biura OIPIP.

Obowiązkowa zaliczka 100 zł.

**Informujemy, iż posiadamy jeszcze
kilka wolnych miejsc!**

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**



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

NON OMNIS MORIAR

Z wielkim smutkiem
przyjęliśmy wiadomość
o śmierci Naszej Koleżanki
Położnej

Barbary Glińskiej

Życie zawodowe związała ze szpitalem w
Blachowni gdzie pełniła przez wiele lat funkcję
Położnej Oddziałowej Oddziału Położniczo -
Ginekologicznego.
Basiu, dziękujemy Ci za wieloletnią współpracę,
życzliwość, empatię.
Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach
i w naszej pamięci.
Wyrazy współczucia dla całej Rodziny
składają
koleżanki i koledzy ze Szpitala w Blachowni.

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

Z przykrością zawiadamiamy,
iż w dniu 27 lutego 2015 roku
po długiej i ciężkiej chorobie
odeszła nasza koleżanka

Barbara Glińska

Była położną 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

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

Jubileusz 100-lecia urodzin pielęgniarki Franciszki Pinis



Jubileusz 100-lecia urodzin pielęgniarki Franciszki Pinis

