



OKRĘGOWA IZBA Pielęgniarek i Położnych

POZNAŃ

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-1029





Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Grunwaldzka 65, 60-311 Poznań
www.oipip-poznan.pl

e-mail: sekretariat@oipip-poznan.pl
sekretariat: tel. 618620950
fax 618620951
rejestr: tel. 618620954, 618620955
księgowość: tel. 618620953

Bank Zachodni WBK III Oddział Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Przewodnicząca Okręgowej Rady
– Teresa Kruczkowska

Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady
– Tomasz Kaczmarek
– poniedziałki i środy godz. 14.00-19.00

– Marzena Skalska-Spychała
– wtorki i czwartki godz. 14.00-19.00

Sekretarz Okręgowej Rady
– Jolanta Plens-Gałęska

Skarbnik Okręgowej Rady
– Wiesław Morek

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej
– Magdalena Krajewska

Zastępcy Okręgowego Rzecznika:
Barbara Kulesza, Wiesława Piotrowska,
Barbara Stefaniak
Renata Szafranek, Katarzyna Kaja
Dyżury III i IV środa miesiąca

Okręgowy Sąd
Przewodnicząca – Małgorzata Pięt
Członkowie – Marzena Banach, Małgorzata Gawlik,
Ewa Kusztal, Alla Rejniak, Maria Chmielewska,
Elżbieta Mikołajewska
Dyżury III i IV środa miesiąca

Okręgowa Komisja Rewizyjna
Przewodnicząca – Teresa Przewoźna
Członkowie – Danuta Budna, Emilia Marcinkowska,
Beata Skokowska, Mirosława Skrzypczak,
Jadwiga Drabowicz, Renata Witkowska

Dział Merytoryczny OIPIP
– Teresa Wiśniewska
– Małgorzata Nosal
poniedziałek-piątek 7.30-16.00

NOJIMZDANIEN

W jedności siła..... 1

WOKÓŁ ZAWODU

Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej..... 2-4
Zabiegi pielęgniarskie 5-6
Interpelacja Pani Poseł K. Lybackiej..... 6
Dylematy pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania..... 7
Podawanie antybiotyków - opinia 8
Odpowiedź Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie farmakologii
klinicznej..... 8
Wrześniowe spotkania ze zdrowiem..... 9

KONFERENCJE

Interdyscyplinarne aspekty opieki w zdrowiu i chorobie 10-11
Mam HCV i co dalej - zalecenia psychologa 12-14

DZIAŁALNOŚĆ OKRĘGOWEJ RADY

Zmiany w regulaminie refundacji 15
Protokoły z posiedzeń Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia 15

KOMUNIKATY

Wydarzenia 16
Praktyki Grupowe i Indywidualne - informacja 17

Biuro

Sekretariat OIPIP
Przyjmowanie i wydawanie wniosków
o refundację, pomoc społeczną
– poniedziałki, wtorki i piątki w godz. 8.00-16.00
oraz środy i czwartki 10.00-18.00
– Katarzyna Walas-Grossmann

Dział Prawa Wykonywania Zawodu

Przyjmowanie wniosków i wydawanie zaświadczeń o prawie
wykonywania zawodu oraz zezwoleń na wykonywanie indywi-
dualnej/grupowej praktyki pielęgniarek i położnych
poniedziałek-piątek w godz. 7.30-16.00
– Agnieszka Urbaniak, Anna Piekarska, Estera Stanisławiak

Księgowość

– czynna pn 13.00-19.00, wt 8.00-15.00 15.30-19.00
śr 8.00-15.00 15.30-18.30, czw 15.30-19.00
– Danuta Skorys
– Elżbieta Małgorzata Waligóra

Kasa

– czynna codziennie (oprócz sobót) w godz. 8.30-15.30

Radca Prawny OIPIP

Udziela porad w zakresie prawa pracy oraz przepisów związa-
nych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki/położnej
w czwartki od godz. 17.00-18.00
po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym (618620950)

W jednościi siła

W piątkowe przedpołudnie 14 września b.r. pod Urzędem Wojewódzkim w Poznaniu (także w innym miastach wojewódzkich) z inicjatywy OZZPiP zebrała się grupa pielęgniarek, pielęgniarzy, by wyrazić swój niepokój i troskę o dalsze losy naszej grupy zawodowej, a także potencjalnych pacjentów.

Kolejny raz niewydolny system ochrony zdrowia próbuje się naprawić kosztem pracowników oraz pacjentów. Długi szpitali rosą. Stoimy w przedsiönku przekształceń (prywatyzacji) zakładów opieki zdrowotnej w przedsiębiorstwa.

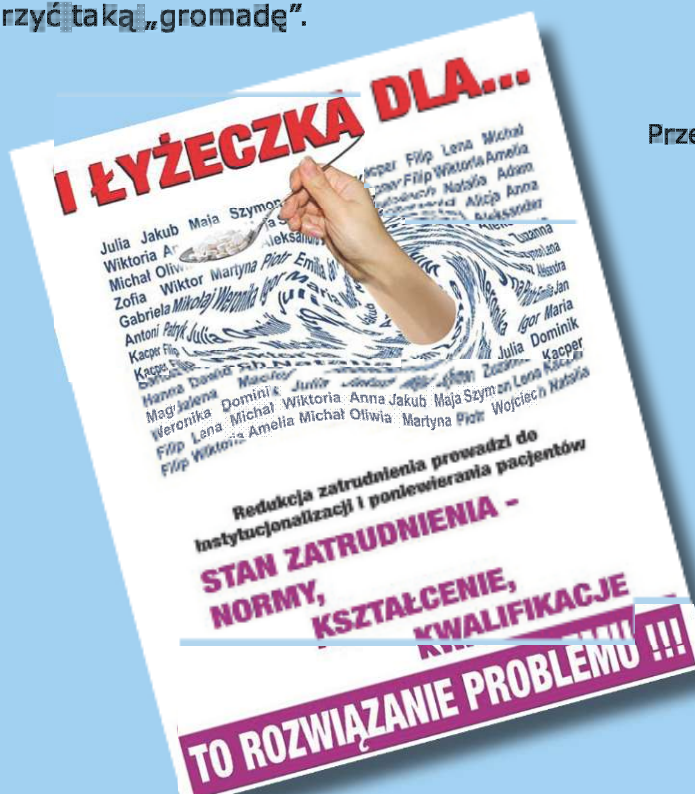
Już sama nazwa „przedsiębiorstwo” nie brzmi przyjaźnie. Oczyma wyobraźni widzę olbrzymi budynek, ludzi przemerkających pospiesznie, byle szybciej, byle więcej. A cóż produkuje to „przedsiębiorstwo” – zdrowie?

Z pewnością, ale za jaką cenę? Za cenę stopniowej jego utraty przez „producentów” (czytaj pielęgniarki i położne). Bo w konsekwencji do tego doprowadzi praca na prawie dwóch etatach, ciągły pośpiech, permanentne przemęczenie będące również następstwem troski o doskonalenie zawodowej, o byt rodzinny, by nie ulec degradacji zawodowej i materialnej.

Z jednej strony narzekamy na sytuację, że jest nas za mało, że pracujemy ponad siły, a z drugiej brniemy dalej w to co nam się nie podoba kształtując smutną dla nas rzeczywistość.

Kiedy jest ogromne zróżnicowanie środowiska pod wieloma względami, np. specjalności, płacy, wykształcenia, formy zatrudnienia i in. trudno znaleźć wspólny język, bardzo słaba jest nić porozumienia, a zamiast rzeczowej dyskusji następuje licytowanie. Taką grupą łatwo jest manipulować i osłabiać od wewnątrz, gdyż siła zawsze tkwi w jedności. Dobitnie podkreślił to pięćdziesiąt lat temu znany prakseolog i filozof Tadeusz Kotarbiński w słowach: „nawet by walczyć o prawa jednostki, trzeba się zbić w gromadę”.

Koleżanki, Koledzy! Może właśnie to jest ten moment i najwyższy czas by tworzyć taką „gromadę”.



Przewodnicząca ORPIP w Poznaniu
Teresa Kruczkowska

ASPEKTY PRAWNE WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI/POŁOŻNEJ

„Co pielęgniarka/położna wiedzieć powinna by żadnych powikłań nie była winna”

Regulacje prawne stworzone zostały nie po to aby utrudniać nam funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia lecz po to by chronić nas przed ryzykownymi sytuacjami i zdarzeniami zawodowymi. Ignorantia iuris nocet (łac. – „nieznajomość prawa szkodzi”). To jedna z podstawowych zasad prawa, wywodząca się z prawa rzymskiego. Zgodnie z nią, nie można zasłaniać się nieznajomością normy prawnej. W praktyce wyraża się ona tym, że nikt nie może podnosić, iż zachował się niezgodnie z normą dlatego, że nie wiedział o jej istnieniu. Prawo to system zasad i reguł postępowania, ustanowionych w określonej procedurze i publicznie ogłoszonych przez organy władzy państwowej, których przestrzeganie jest zapewnione poprzez groźbę użycia siły przez państwo. Świadomość Prawna – to ocena obowiązującego prawa przez społeczeństwo i postulaty dotyczące zmiany prawa w pożądanym przez społeczeństwo kierunku. **Odpowiedzialność** to konieczność, obowiązek moralny lub prawny odpowiedzialności za swoje czyny i ponoszenia za nie konsekwencji. **W etyce odpowiedzialność** jest określana jako świadomość człowieka, że za czyny wykonane bądź za niewykonanie czynów, a więc za zachowanie nakazane lub zakazane normą, jest oceniany pozytywnie lub negatywnie. Odpowiedzialność pielęgniarka/położna ponosi wobec siebie, wobec innych oraz wobec prawa. **Odpowiedzialność karna** związana jest z naruszeniem przez sprawcę zasad zapisanych w prawie obowiązującym społeczeństwo. Konsekwencje i postępowanie w razie naruszenia tych zasad określa Kodeks Karny. Przykładowe kwalifikacje czynów w tzw. procesach medycznych określa Art. 12 ust. 1 u.z.p.p. który nakłada na położną/pielęgniarkę obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, poważnego uszczerbku na zdrowiu zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami.

Nieudzielenie pomocy, narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, uszkodzenia ciała.

Takim działaniem może być również, wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, jeśli nastąpi powiadomienie do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, zainicjuje to postępowanie w danej sprawie i ewentualnie doprowadzi do procesu. Sankcje karne to nałożenie grzywny, zakaz wykonywania zawodu lub pozbawienie wolności. **Odpowiedzialność cywilna** jest to obowiązek wynagrodzenia wyrządzonej szkody lub straty przez jej sprawcę. Ma ona charakter majątkowy.

Regulacje prawne zawarte są w Kodeksie Cywilnym. Przepisem fundamentalnym dla tego reżimu jest art. 415 K.c.: Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Czasem nie musi być szkody, a pacjent lub jego rodzina, mogą mieć roszczenia, wówczas sąd przyznaje – zadośćuczynienie. Szkada medyczna jest to szkoda na osobie, którą jest każdy niepomyślny wynik wadliwego leczenia lub zaniechania leczenia, która to prowadzi bezpośrednio lub pośrednio do ubytku w majątku poszkodowanego albo utraty przez niego korzyści (Art. 361§2K.c.). Wina jest generalną przesłanką odpowiedzialności, chociaż prawo polskie zna przesłanki odpowiedzialności niezależnie od winy – na zasadzie ryzyka oraz na zasadzie słuszności. Winę położnej/pielęgniarki-co do zasady-musi udowodnić pacjent-Art. 6 K.c. **Odpowiedzialność służbowa** stanowi zobowiązanie pracownika do wykonania zadań określonych przez pracodawcę i ponoszenie odpowiedzialność za działania w tym zakresie. Odpowiedzialność materialna określona przez Kodeks Pracy, to konieczność ponoszenia przez pracownika konsekwencji za szkodę wyrządzoną zakładowi pracy. **UWAGA** -Błędny regulamin szpitala nie zwalnia od odpowiedzialności z norm prawnych- to moja odpowiedzialność, że zgadzam się na działania niezgodne z przepisami prawnymi np. dyżur bez lekarza choć ten w świetle przepisów być powinien, jeśli już muszę wykonać polecenie służbowe to niezbędnym jest pisemne oświadczenie/polecenie wydane przez przełożonego. **Odpowiedzialność zawodowa**, to obowiązek moralny lub prawny ponoszenia konsekwencji za *wykonane osobiście lub polecane innej osobie do wykonania czynności zawodowe lub za ich zaniechanie.* Jest związana z przynależnością do określonej grupy zawodowej i wiąże się z interpretacją przyjętych przez tę grupę norm określonych między innymi w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej R.P. Sprawy odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych rozpatrują Okręgowe Sądy i Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność za realizowanie opieki na możliwie najwyższym poziomie i z zastosowaniem właściwych metod, ochronę zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta, informowanie pacjenta o zakresie realizowanej opieki pielęgniarskiej, uzyskanie zgody pacjenta na proponowany program pielęgnowania, zapewnienie pacjentowi w czasie pielęgnowania warunków zachowania intymności, poszanowania wolności i godności osobistej, zachowanie tajemnicy zawodowej. **UWAGA** uchYLENIEM tajemnicy zawodowej jest każde udzielenie informacji przez telefon, bez względu na to komu się tą informację udziela i jak jest jej etiologia udzielania. Każdą czynność pielęgniarka/położna wyko-

nuje poprzez dołożenie należytej staranności, przez co należy rozumieć wywiązanie się przez osobę wykonującą zawód medyczny ze wszystkich powinności nałożonych przez przepisy prawa, z zastosowaniem właściwego w danej sytuacji postępowania medycznego oraz eliminowanie błędów o charakterze jatrogennym. Obowiązek dołożenia należytej staranności wyklucza obowiązek osiągnięcia określonego rezultatu, oznacza to, że osoba wykonująca zawód medyczny nie zobowiązuje się do tego, że z pewnością wyleczy lub poprawi stan zdrowia pacjenta, a jedynie zobowiązuje, że wszystkie czynności pielęgnacyjne wykona zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i należyta starannością. **Zgoda pacjenta.** Czynności medyczne zostały przez ustawodawcę pogrupowane w zależności od ich wagi i stopnia ryzyka i odpowiednio obwarowane niezbędnymi przesłankami wymaganymi dla skuteczności udzielanej zgody. Kryterium to pozwala na wyróżnienie dwojakiego rodzaju interwencji. Pierwsze to zabiegi operacyjne i interwencje stwarzające stan podwyższonego ryzyka (art. 34 ustawy o zawodzie lekarza z 5 XII 1996 r., Dz.U. nr 28, poz. 152 z późn. zm.). Drugą grupę stanowią pozostałe badania i zabiegi (art. 32 u.o.z.l.), w stosunku do których, o ile ustawa nie stanowi inaczej, zgoda może być udzielona ustnie, jak również w formie uproszczonej per facta concludentia (art. 32.7 u.o.z.l.), czyli przez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza/pielęgniarkę czynnościom medycznym. Do grupy czynności medycznych nie stwarzających stanu podwyższonego ryzyka (art. 32 u.o.z.l.) zaliczamy pobieranie krwi do analizy. Zgoda pacjenta na czynności lecznicze, zawsze musi być wyrażona w odpowiedniej formie, udzielona przez odpowiedni podmiot, świadoma, wyrażona przed wykonaniem czynności medycznej, udzielona pozytywnie. W treści zgody powinny znaleźć się przede wszystkim informacje na temat następstw i powikłań planowanego zabiegu, czyli musi ją poprzedzać prawidłowo udzielona informacja, zrozumiała i przystępna dla pacjenta. Jeśli tych informacji nie ma to pacjent może powiedzieć, że była to zgoda nieświadoma bo nie wiedział co go czeka, nie zdawał sobie z tego sprawy, ważne jest również miejsce oraz okoliczności podpisania zgody np. na korytarzu. Rodzaje zgody można podzielić na zgodę autonomiczną, zgodę równoległą udzielaną przez dwa podmioty, które mają taką samą moc prawną, oraz zgodę zastępczą wyrażaną za kogoś, kto sam o sobie decydować nie może. Formy zgody, to zgoda zwykła czyli zgoda ustna i dorozumiana oraz forma szczególna tzn. zgoda pisemna i zgoda w obecności świadków. Brak zgody i wszystkie okoliczności powinny być odnotowane w dokumentacji. Wyjątek stanowią tu sytuacje ratujące życie. Orzeczenie SN z 31 marca 2006r. Sąd Najwyższy uznał, że zabieg medyczny wykonywany bez świadomej zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wtedy, gdy wykonywany jest zgodnie z zasadami wiedzy. Ciekawym problemem przy pobraniu krwi jest wykonanie testów na obecność

wirusa HIV. Na ten temat Zespół ds. AIDS Naczelnej Rady Lekarskiej przyjął w 1992 r. stanowisko następującej treści:

1. Lekarz przeprowadzający czynności diagnostyczne służące rozpoznaniu choroby nie ma obowiązku uzyskiwania zgody pacjenta co do zakresu wykonywanych badań (w tym badań w kierunku zakażenia wirusem HIV). Lekarz ma obowiązek poinformowania pacjenta na jego wyraźne żądanie o celu wykonywania badań diagnostycznych (w tym w kierunku rozpoznania zakażenia HIV).
2. W każdym innym przypadku na wykonywanie testów wykrywających zakażenie HIV należy uzyskać zgodę pacjenta.

Nie wolno uzależniać jakichkolwiek badań i zabiegów lekarskich od uprzedniego wykonania i wyników tych testów. Nie dotyczy to sytuacji opisanej w punkcie 1. **Świadomy sprzeciw pacjenta** powinien być poprzedzony informacją o ryzyku zaniechania proponowanego leczenia, to znaczy pacjent został wyczerpująco i dostępnie poinformowany o negatywnych skutkach swojej decyzji oraz o negatywnych skutkach późniejszego zastosowania się do zaleceń. **Prawo do wyrażenia oświadczeń woli na przyszłość.** Oświadczenie woli na przyszłość jest dyspozycją zostawioną przez pacjenta, dotyczącą postępowania personelu medycznego w przyszłych sytuacjach leczniczych, w których pacjent sam nie będzie w stanie się wypowiedzieć. Przykładem są oświadczenia przynieszone przez pacjentów o nie podawaniu krwi i preparatów krwiopochodnych. Kiedy jednak podano krew, choć było widoczne i poznane bo w kilku miejscach pozostawione oświadczenie o nie podawaniu tych preparatów. Sąd Najwyższy wydając wyrok orzekł że: **najważniejsza jest nasza autonomiczna wola.** Inna to pisemna świadoma deklaracja kobiety przed porodem o braku zgody na nacięcie krocza- kiedy nastąpiło pęknięcie krocza 4 stopnia pacjentka wniosła oskarżenie. Sąd uniewinnił szpital, wobec powyższego pacjentka oskarżyła położną za udzielenie błędnej informacji w szkole rodzenia na temat nacięcia krocza. **Szczepienia ochronne.** W myśl art. 17 ust. 9 UoZiChZ obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby zobowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych. Oznacza to, że lekarz (również pielęgniarka, szczególnie jeśli jest odpowiedzialna za profilaktykę) ma obowiązek udzielenia pacjentowi, a w przypadku pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu, informacji dotyczących obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym, a także udzielenia informacji na temat szczepień zalecanych. Informacja na temat szczepień zalecanych powinna dotyczyć między innymi rodzaju szcze-

pienia, dostępnych preparatów, ilości szczepień w danym cyklu, odstępów czasowych w jakich musi zostać przeprowadzone kolejne szczepienie, najczęściej występujących następstw i powikłań szczepienia. Nieudzielenie przez lekarza wyczerpującej informacji na temat szczepień ochronnych i zalecanych, naraża lekarza na poniesienie odpowiedzialności cywilnej i zawodowej. Odpowiedzialność cywilna może powstać w związku z samym zaniechaniem informacji odnośnie szczepień zalecanych. Brak informacji, może z kolei skutkować negatywnymi następstwami zdrowotnymi po stronie pacjenta, w związku z brakiem odpowiedniej wiedzy dotyczącej możliwości i konieczności poddania się szczepieniu w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania. Należy podkreślić, że przez negatywne skutki zdrowotne należy rozumieć nie tylko samo ryzyko zachorowania na chorobę zakaźną, ale także powikłania po przebytej chorobie. Przykładem może być tocząca się sprawa o sumę zadośćuczynienia cywilnego 200 tyś zł, gdzie według poszkodowanego nastąpił błąd informacyjny, ponieważ nie został on poinformowany przez pielęgniarkę POZ o szczepieniu ochronnym zalecanym przeciwko kleszczom, w związku z powyższym wzrosło jego ryzyko zachorowania. Pacjent wyjechał w miejsce endemicznego występowania kleszczy i zachorował na boreliozę. Orzeczenie SN „pielęgniarka ponosi odpowiedzialność jeśli proces decyzyjny został zakończony poprzez zaniechanie przedstawienia informacji na temat dostępnego postępowania profilaktycznego (szczepienia zalecane), powikłań mogących wystąpić w związku z niewdrożeniem postępowania oraz negatywnych następstw do jakich może doprowadzić spóźnione zastosowanie się do zaleceń w tym zakresie”. **Przepisy karne:** art. 51 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.) **Kto:** wbrew obowiązki nie zawiadamia pacjenta lub osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 09.52.417) o obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub nie informuje o ochronnych szczepieniach zalecanych, podlega karze grzywny. **Odpowiedzialność pielęgniarek i położnych w zakresie dokumentowania świadczonej opieki.** Dokumentacja medyczna to dane oraz informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielanych mu przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych (na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Dokumentem medycznym jest każdy fizycznie wypełniony nośnik informacji, który zawiera obligatoryjnie co najmniej datę sporządzenia, oznaczenie tożsamości pacjenta, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, oznaczenie lekarza/pielęgniarki/położnej sporządzającej dokument. Wpisy dotyczące prowadzenia procesu pielęgnowania są doko-

nywane na bieżąco przez pielęgniarkę sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem i kontrolowane przez pielęgniarkę/położną oddziałową. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem. Uwaga-dokumentację podpisuje pracownik zakładu zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności, powstaje więc pytanie czy pielęgniarka na kontrakcie (nie jest pracownikiem zakładu) ma prawo dostępu i adnotacji w dokumentacji medycznej? Jeśli tak, to na jakich zasadach zostało to ustalone i zapisane w kontrakcie pomiędzy stronami. Pielęgniarka/położna wykonująca indywidualną praktykę zobowiązana jest ustawowo do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Natomiast Rozporządzenie Ministra z dnia 18 maja 2011 r. określa rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta. Dokumentacja udostępniana jest podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta osobie przez niego upoważnionej do uzyskania dokumentacji w przypadku jego zgonu. Uwaga-prawo wglądu dokumentacji medycznej nie jest prawem rodziny lub przyjaciół. Prawo nabywa konkretna osoba na podstawie upoważnienia złożonego przez pacjenta ustnie lub pisemnie. Lekarz, pielęgniarka, położna są zobowiązani wyjaśnić pacjentowi w sposób przystępny i zrozumiały treść wpisów zawartych w dokumentacji, a także nie wolno im zatajać przed pacjentem wyników badań, kart szpitalnych czy kart pacjenta. Utrudnianie pacjentowi wglądu do dokumentacji medycznej, bądź dokonywania z niej odpisów, stanowi naruszenie przepisu, który nakłada na podmiot leczniczy obowiązek udostępniania dokumentacji medycznej. Pracownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej pod rygorem odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej. Dokumentacja medyczna ze względu na zawartość i sposób sporządzania, ma podstawowe znaczenie dla opinowania sądowno-lekarskiego; może decydować o winie, o wysokości odszkodowania, zadośćuczynienia, o prawie do renty. Braki w dokumentacji utrudniają a czasem wręcz uniemożliwiają szpitalowi dowodzenie niezawinienia w przypadku roszczenia wynikłego ze szkody podczas leczenia i są powodem niekorzystnych dla szpitala ustaleń/roszczeń. W orzecznictwie S.N. skąpe prowadzenie dokumentacji jest oceniane jako nieprawidłowe, i w razie wątpliwości wynikłych na tle niepełnej dokumentacji, braku koniecznych informacji, wątpliwości tłumaczy na korzyść pacjenta.

Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych
mgr Małgorzata Pięt

Przedruk z „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” nr 5/2012

ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE

Wstrzyknięcia domięśniowe u małych pacjentów

Jednymi z najczęściej wykonywanych zabiegów przez pielęgniarki i położne są wstrzyknięcia domięśniowe u dorosłych. Dzieciom leki podaje się tą drogą znacznie rzadziej. O to, jakie są tego powody, pytamy Alinę Dzirbę, wybitną specjalistkę w tej dziedzinie.

MGR PIEL. ALINA DZIRBA
Medyczne Studium Zawodowe w Lublinie

głównym powodem oszczędzania dzieciom wstrzyknięć domięśniowych jest ryzyko uszkodzenia słabo rozwiniętych mięśni, jak również duża bolesność przy podawaniu leków tą drogą. Dawniej wstrzyknięcia domięśniowe były wykorzystywane najczęściej do podawania antybiotyków. Wzrost świadomości pielęgniarek i położnych o zagrożeniach zdrowotnych u małych dzieci związanych z takim postępowaniem spowodował nasilenie problemów z odmową podawania antybiotyków u noworodków i niemowląt do 3. miesiąca życia. W podejmowaniu tak trudnych decyzji znalazły wsparcie autorytetów. Zostały bowiem wydane w tej sprawie stanowiska konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii oraz konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

Stanowiska konsultantów krajowych

Doc. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska pisze: „Wykonywanie iniekcji dożylnych lub domięśniowych w domu chorego dziecka w wieku do 3. miesiąca życia uważam za nieuzasadnione i niedopuszczalne. Iniekcje dożylne mogą być wykonywane wyłącznie w warunkach szpitalnych, gdzie jest nadzór lekarza i możliwości kompleksowej pomocy w sytuacji wystąpienia powikłań. (...) Podobnie, stosowanie antybiotyków domięśniowo u dzieci do 3. miesiąca życia (często dwa lub trzykrotnie w ciągu doby) jest nieuzasadnione w warunkach domowych oraz okrutne”. Z kolei dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek zaleca: „W celu zminimalizowania ryzyka powstania powikłań, m.in. uszkodzenia nerwu kulszowego, uszkodzenia tkanki mięśniowej oraz bólu u noworodków i niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, zaleca się podawanie antybiotyków drogą infuzji i wykluczenie iniekcji domięśniowych, szczególnie wykonywanych w warunkach domowych”. Poza tym zajęła stanowisko w sprawie podawania debecyliny i w sprawie podawania antybiotyków z dodatkiem leków miejscowo znieczulających drogą domięśniową u dzieci. (Wymienione zalecenia konsultantów krajowych w pełnym brzmieniu opublikujemy w jednym z najbliższych numerów Magazynu).

Podawanie szczepionek

Jednakże prawie wszystkie szczepionki w postaci do wstrzyknięcia są przeznaczone do podawania domięśniowego lub podskórnego. Jedynym wyjątkiem od tej reguły jest szczepionka przeciwko gruźlicy (Ba-cillus Calmette-Guerin - BCG), którą należy wstrzykiwać śródskórnym. Drogę podania każdego preparatu immunologicznego określa jego producent. Postępowanie niezgodne z jego zaleceniami może zmniejszyć skuteczność szczepionki lub zwiększyć odsetek miejscowych

niepożądanych odczynów poszczepiennych. Sposób podania danej szczepionki zależy między innymi od obecności adjuwantów w jej składzie. Adjuwant nie jest antygenem, ale zwiększa odpowiedź immunologiczną na dany antygen. Większość szczepionek zawierających adjuwanty (np. DTaP, DT, Td, PCV, Hib, HepA, HepB oraz przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka - HPV) należy wstrzykiwać domięśniowo, ponieważ podanie podskórne lub śródskórne może wywołać miejscowe podrażnienie, stwardnienie i przebarwienie skóry, zapalenie i powstanie ziarniniaka.

Wstrzyknięcia domięśniowe szczepionek należy wykonywać według następujących zasad:

- Okolicę anatomiczną ciała, w którą się wykonuje wstrzyknięcie, trzeba wybrać stosownie do wieku i masy ciała pacjenta oraz rodzaju szczepionki. Długość igły trzeba natomiast dobrać indywidualnie, w zależności od wieku (masy ciała szczepionego) oraz miejsca wstrzyknięcia (rys. 1, 3).
- Wstrzyknięcia domięśniowe wykonuje się pod kątem 90° względem powierzchni skóry (rys. 2).
- Preparaty immunologiczne w postaci wstrzyknięć należy podawać w okolicę anatomiczną, w których ryzyko uszkodzenia nerwów, naczyń lub innych ważnych struktur jest małe: przednio-boczną powierzchnię uda lub okolicę naramienną (w zależności

Rys. 1. Zalecaną okolicą anatomiczną do wykonywania szczepień domięśniowych u dzieci < 3. roku życia jest przednio-boczną powierzchnia uda. Jest to również zalecana okolicą do szczepień podskórnych u niemowląt (< 12. m.ż.).

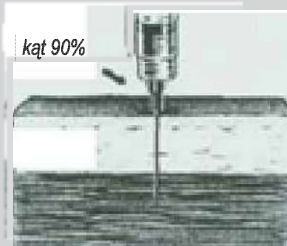


od wieku). Osoby wykonujące szczepienia powinny znać anatomię topograficzną okolicy ciała, w którą wstrzykują szczepionkę. Kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa ma właściwa technika wstrzyknięcia.

- Decyzję o wyborze długości igły oraz okolicy anatomicznej wstrzyknięcia należy podejmować dla każdego pacjenta indywidualnie, w zależności od: wielkości mięśnia, grubości tkanki podskórnej w miejscu wstrzyknięcia, objętości podawanej substancji, techniki wykonania oraz głębokości, na jaką powinna zostać wstrzyknięta szczepionka.
- W każdym przypadku wstrzyknięcia domięśniowego igła powinna być na tyle długa, aby dotarła do mięśni, a szczepionka nie przedostała się do tkanki podskórnej. Jednak nie może ona być zbyt długa, aby nie uszkodzić położonych głębiej nerwów, naczyń krwionośnych czy kości. Zastosowanie dłuższej igły powoduje mniejsze zaczerwienienie lub obrzęk, a także ból, niż stosowanie igły krótszej, ponieważ szczepionka jest deponowana w głębszej warstwie mięśni. Zmniejsza się także ryzyko wystąpienia u niemowląt miejscowych odczynów poszczepiennych.

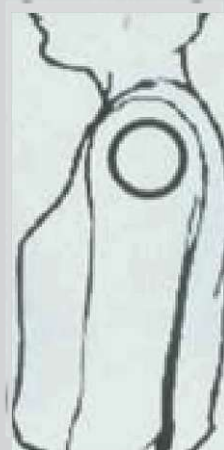
Rys. 2. Wstrzyknięcia domięśniowe należy wykonywać pod kątem 90° względem powierzchni skóry igłą o odpowiedniej długości.

skóra >
tkanka tłuszczowa (podskórna) >
tkanka miękką >



Ochrona nerwu kulszowego

U niemowląt i dzieci „nie należy wykonywać wstrzyknięć domięśniowych w okolicy pośladkowej, ponieważ stwarzają ryzyko uszkodzenia nerwu kulszowego. Zostało ono dobrze udokumentowane jako powikłanie po wstrzykiwaniu antybiotyków. Wiąże się także z ryzykiem zmniejszenia immunogenności szczepionki ze względu na grubą warstwę tkanki podskórnej. Jeżeli jednak podanie szczepionki w mięsień pośladkowy jest konieczne, należy bardzo dokładnie wyznaczyć anatomiczny punkt orientacyjny. Wstrzyknięcie należy wykonać w miejscu przecięcia się prostej wyprowadzonej prostopadle

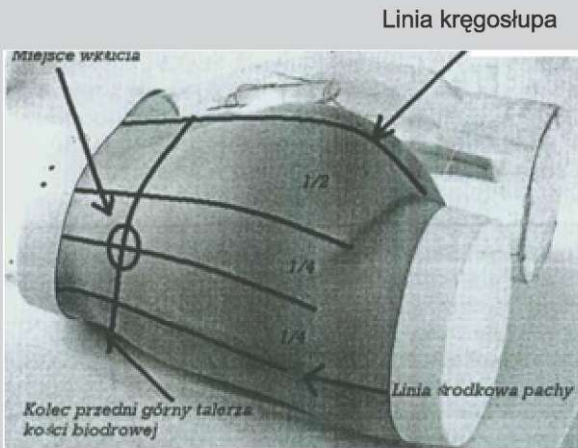


Rys. 3. Okolicą anatomiczną ciała zalecaną do wykonywania szczepień domięśniowych u dzieci i 3. roku życia, młodzieży i dorosłych jest powierzchnia nad mięśniem naramiennym.

do osi ciała dziecka z przedniego kolca górnego talerza kości biodrowej i prostej równoległej do osi ciała dziecka w zewnętrznej części pośladka (rys. 4).

Iniekcje u noworodka i niemowlęcia

Ważne jest poinformowanie matki o istocie, celu, miejscu wykonania iniekcji domięśniowej u jej dziecka. Na 60 minut przed zabiegiem



Rys. 4. Bezpieczny sposób lokalizacji miejsca wkłucia do mięśni pośladkowych po stronie grzbietowej.

można założyć znieczulający krem Emla na miejsce ułknięcia. Trzeba też określić miejsca podania leku, ocenić masę mięśniową w miejscu podania i wygodnie ułożyć noworodka w objęciach mamy (noga lekko ugięta w stawie biodrowym i kolanowym).

Wykonanie iniekcji zaczynamy od odkażenia skóry.

- Miejsce podania leku: palpacyjnie znaleźć krętarz większy, iniekcję wykonać w przednioboczną powierzchnię środkowej 1/3 uda pomiędzy krętarzem a kolanem. Iglę wprowadzić prostopadle do uda lub pod kątem 45° (u dzieci wychudzonych) w kierunku krętarza, na głębokość 3A jej długości.
- Wykonanie aspiracji: w celu wykluczenia podania leku do naczynia krwionośnego odciągnąć tłok lub odłączyć strzykawkę od nasady igły; pojawienie się krwi w strzykawce lub nasadzie igły świadczy o wprowadzeniu igły do naczynia krwionośnego.
- Po wykonaniu iniekcji usunąć igłę z mięśnia szybkim, zdecydowanym ruchem.
- Na koniec lekko ucisnąć gazikiem miejsce wkłucia.

OBCHODY MIĘDZYNARODOWEGO DNIA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ W GNIEŹNIE

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie wspólnie z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową zorganizowała uroczystą akademię z okazji święta pielęgniarek i położnych, połączoną z ceremonią „czepkowania” studentów II roku pielęgniarstwa. Uroczystość odbyła się w auli Prymasowskiego Wyższego Seminarium Duchownego w Gnieźnie. W uroczystości oprócz licznie zgromadzonych pielęgniarek i położnych, studentów, pracowników ZOZ i PWSZ uczestniczyli zaproszeni goście: Sekretarz OIPiP Poznaniu Jolanta Plens-Gałaska, Przewodnicząca Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Poznaniu Aleksandra Kopińska, Prezydent miasta Gniezna Jacek Kowalski, Starosta powiatu gnieźnieńskiego Dariusz Pilak, przedstawiciele działających w ZOZ związków zawodowych.

W trakcie uroczystości do pielęgniarek, położnych, studentów skierowano wiele ciepłych słów uznania, podziękowań za sprawowanie opieki nad potrzebującymi i cierpiącymi, gratulacji, życzeń osiągnięć zawodowych i naukowych.

Starosta gnieźnieński za wzorową pracę i wkład w rozwój zawodu odznaczył medalami milenijnymi Ewę Lutomską pielęgniarkę oraz Małgorzatę Kwiecień położną. Prezydent miasta w dowód uznania za długoletnią, sumienną pracę odznaczył medalami 1000 lecia zjazdu gnieźnieńskiego pielęgniarkę Marię Wawrzyniak i położną Irenę Sroczyńską.

Dyrektor ZOZ Jacek Frąckowiak podziękował za pracę na rzecz dobra i zdrowia pacjentów pielęgniarkom, pielęgniarskom wytypowanym z poszczególnych oddziałów i wręczył dyplomy uznania. Podziękowania i dyplomy otrzymały pielęgniarki, które reprezentowały ZOZ w Gnieźnie w II etapie VI Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2011”

Dyrektor Instytutu Nauk o Zdrowiu PWST prof. dr hab. far. Michał Umbreit wręczył studentom II roku pielęgniarstwa czepki jako symbol zawodu.

Pielęgniarka Naczelna w imieniu pielęgniarek i położnych ZOZ podziękowała za współpracę byłemu dyrektorowi Panu Włodzimierzowi Pilarczykowi.

Uroczystość uświetnił występ uczniów Szkoły Muzycznej w Gnieźnie.

Pielęgniarka Naczelna
ZOZ w Gnieźnie
Barbara Skulska-Saliła

Posel na Sejm RP
Krystyna Łybacka

Poznań, dnia 19 września 2012 r.

Szanowna Pani Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu RP

Na podstawie art. 192 Regulaminu Sejmu RP składam na ręce Pani Marszałek interpelację skierowaną do Ministra Zdrowia w sprawie warunków pracy i wynagrodzenia pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

Szanowny Panie Ministrze,

Praca Pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania ma szczególne znaczenie dla zagwarantowania właściwej profilaktyki zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Działające w szkołach gabinety pielęgniarskie pozwalają m. in. na wczesne diagnozowanie niektórych schorzeń i zagrożeń epidemiologicznych.

Pielęgniarki wykonujące swoją pracę w środowisku nauczania i wychowania wskazują na poważne niedoszacowanie wykonywanych przez siebie procedur. Konieczne jest ich zdaniem podwyższenie obowiązującej stawki kapitałowej, a także zwiększenie do 10,80 zł kwoty przeznaczonej na profilaktykę fluorkową.

Alarmującym i bardzo niepokojącym zjawiskiem jest coraz częstsza praktyka polegająca na żądaniu przez dyrektorów placówek oświatowych ponoszenia przez pielęgniarki opłat za dzierżawę znajdujących się na terenie szkół gabinetów. Bardzo proszę Pana Ministra o odpowiedź: czy znane są Panu Ministrowi wymienione wyżej postulaty i zastrzeżenia środowiska pielęgniarskiego i jakie widzi Pan Minister możliwości ich szybkiej realizacji?

Łączę wyrazy szacunku.
Krystyna Łybacka

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Pielęgniarek i Położnych

Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych

Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, iż do Ministerstwa Zdrowia wpływają informacje dotyczące sytuacji, w których pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej pomocy przedlekarskiej zobowiązane są przez dyrektora szkoły do uiszczania opłat za korzystanie z tego gabinetu.

Zgodnie z art. 67 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256 poz. 2572 z późn. zm.), do realizacji zadań statutowych szkoła publiczna powinna zapewnić uczniowi możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej pomocy przedlekarskiej. Zatem wykonywanie remontów obiektów szkolnych oraz zadań inwestycyjnych w tym zakresie, wyposażenie i zapewnienie funkcjonowania pomieszczeń do wykonywania zadań statutowych w szkołach publicznych jest obowiązkiem organów prowadzących te szkoły, którymi najczęściej są jednostki samorządu terytorialnego na szczeblu gminy oraz powiatu. Tym samym nie jest to zadanie świadczeniodawców realizujących świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania.

Mając na uwadze powyższe, Departament Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji dotyczących liczby pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, które są obciążane finansowo za możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej pomocy przedlekarskiej.

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

Poznań, dnia 29 sierpnia 2012r.

Pani Agnieszka Pachciarz
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

W imieniu Zespołu ds. Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania działającego przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu prosimy o doprecyzowanie zapisu znajdującego się w Zarządzeniu Nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, rozdział 7 § 27 ust. 5 w brzmieniu:

"Przypisania ucznia do typu niepełnosprawności (A, B, C), z wyłączeniem uczniów szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, świadczeniodawca dokonuje na podstawie wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, które znajdują się w dokumentacji szkoły lub jest w posiadaniu ucznia".

Problemy dotyczą w dużej mierze interpretacji tego zapisu w stosunku do dzieci i młodzieży w szkołach Typu I, uczniowie z niepełnosprawnością typ A, B, C w klasach ogólnych Typu I albo oddziałach (klasach) specjalnych w tych szkołach (typ ucznia 1.3.A). Pojawiły się one w wyniku niedostarczenia przez rodziców (mimo niepełnosprawności dziecka) dokumentu orzeczenia wystawionego przez lekarza orzecznika stwierdzającego niepełnosprawność. W powyższej sytuacji jest tak, że pielęgniarka posiada wiele dokumentów dotyczących choroby przewlekłej bądź niepełnosprawności wydanych przez specjalistę prowadzącego chore dziecko bądź orzeczenie z poradni pedagogiczno-psychologicznej.

Nadmieniamy, że opinia lub wydane oświadczenie dotyczące choroby przewlekłej czy niepełnosprawności u dziecka przez poradnię specjalistyczną nie zmieniają przynależności dziecka do niepełnosprawności czy choroby przewlekłej wynikającej z definicji.

Z ubolewaniem jednak zauważamy, że podczas kontroli przeprowadzanych przez NFZ, dla osób kontrolujących świadczeniodawcę dokumenty konieczne do wydania orzeczenia o chorobie przewlekłej bądź niepełnosprawności wydane przez specjalistę prowadzącego chore dziecko bądź orzeczenie z poradni pedagogiczno-psychologicznej, nie kwalifikują ucznia do Typu I, uczniowie z niepełnosprawnością typ A, B, C w klasach ogólnych Typu I (typ ucznia 1.3.A).

W związku z powyższym nasza prośba o rozbudowanie i zmianę zapisu zarządzenia w rozdziale 7 § 27 ust. 5. Proponujemy zapis w brzmieniu cytowanym na wstępie: „Przypisania uczniów do poszczególnych typów niepełnosprawności (A, B lub C), z wyłączeniem szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, świadczeniodawca dokonuje na podstawie wydanych orzeczeń o niepełnosprawności, orzeczeń lekarza specjalisty, poradni pedagogiczno-psychologicznej, które znajdują się w dokumentacji szkoły lub będących w posiadaniu ucznia”.

Przewodnicząca Zespołu ds. Pielęgniarek
Środowiska Nauczania i Wychowania
Danuta Staszewska-Kryślak

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu
Teresa Kruczkowska

Poznań, dnia 14 września 2012r.

Pan Karol Chojnacki
Dyrektor
Wielkopolski Oddział Wojewódzki
Narodowy Fundusz Zdrowia

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu oraz Zespołu Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania zwracam się do Pana Dyrektora o rozważenie możliwości podwyższenia stawki kapitacyjnej dla pielęgniarek świadczących opiekę uczniom w środowisku nauczania i wychowania. Zmniejszająca się z roku na rok liczba uczniów i niska, niezmienna stawka kapitacyjna powodują że realne dochody pielęgniarek maleją. Świadczenia pielęgniarki szkolnej są najniżej wycenione w podstawowej opiece zdrowotnej.

Kolejnym problemem, na który chciałabym zwrócić uwagę Pana Dyrektora, to finansowanie w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej. Stawka kapitacyjna w wysokości 5,40 zł w skali roku nie bilansuje potrzeb i wzrastających kosztów prowadzenia profilaktyki. Stąd prośba o wzrost stawki do kwoty 10,80 zł na jednego ucznia.

Mając na uwadze jakość świadczeń udzielanych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania liczę na przychylność Pana Dyrektora i podjęcie działań zmierzających do zwiększenia finansowania świadczonych usług na rzecz dzieci i młodzieży szkolnej.

Z poważaniem

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Poznaniu
Teresa Kruczkowska

Ważny Komunikat !

W związku z różną interpretacją odstępów czasowych przy podawaniu leków zleconych 2-3 razy w ciągu doby, zwróciłam się z zapytaniem w powyższej sprawie do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Farmakologii Klinicznej Pani prof. Anny Jabłeckiej. Treść zapytania i odpowiedź Pani Konsultant drukujemy poniżej oraz przedstawiamy na stronie internetowej naszej Izby, w zakładce: KONSULTANCI I OPINIE.

Poznań, dnia 18 maja 2012r.

Pani prof. dr hab. med. Anna Jabłecka
Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Farmakologii Klinicznej
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Zakład Farmakologii Klinicznej

W związku z różną interpretacją przez pracowników medycznych czasookresu podawania leków zleconych w kilku dawkach na dobę, zwracam się z zapytaniem czy:

- lek zlecony 3 x na dobę pielęgniarka /położna może podać w odstępach czasu krótszych niż 8 godzin?
- lek zlecony 2 x na dobę pielęgniarka /położna może podać w odstępie 8 godzin?

Problem dotyczy głównie podawania antybiotyków (np. Zinacefu) drogą iniekcji domięśniowej, zarówno u dorosłych jak i dzieci.

Wyrażam nadzieję, że opinia wydana przez Panią Konsultant rozwieje wszelkie wątpliwości w tym zakresie i pozwoli na jednoznaczną interpretację postępowanie personelu medycznego.

Z poważaniem
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu
mgr Teresa Kruczkowska

Poznań, 5.08.2012r.

Wielce Szanowna Pani mgr. Teresa Kruczkowska
Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu

Sprawa:
odpowiedź na pismo L.dz. 269/12 dotyczące dawkowania leków.

Szanowna Pani,
Na wątpliwości zawarte w Pani piśmie odpowiadam.
Należy ściśle przestrzegać schematu dawkowania leków.

Uzasadnienie;

Lek podaje się pacjentowi w celu uzyskania efektu terapeutycznego. Wymaga to wywołania, a następnie podtrzymania efektu farmakologicznego, który jest uwarunkowany występowaniem odpowiedniego stężenia leku w miejscu jego działania.

Prawidłowy efekt farmakologiczny tj. skuteczność działania leku i jego dobra tolerancja zależą od prawidłowego sposobu dawkowania leku. Rezultatem stosowania nieprawidłowych schematów dawkowania są:

- działanie toksyczne (przedawkowanie)
- brak lub słabe działanie (niedodawkowanie)

W ulotkach informacyjnych leków często znajdujemy wartości jego parametrów farmakokinetycznych, takie jak wartość biologicznego okresu półtrwania, biodostępność, szybkość eliminacji, czy stopień wiązania z białkami krwi. Dane te obrazują rozmiar i czas działania leku w organizmie, a także pozwalają ustalić indywidualnie dawkę dla pacjenta. Antybiotyki i inne leki przeciwbakteryjne to przepisywane grupy leków chorym w stanach poważnych infekcji (w tym krytycznych), co wymusza szczególną konieczność sto-

sowania zasad ich dokładnego dawkowania.

Celem antybiotykoterapii jest likwidacja mikroorganizmów w miejscu zakażenia, co uzyskuje się poprzez osiągnięcie odpowiedniego, efektywnego stężenia antybiotyku przy równoczesnym unikaniu działań niepożądanych. Skuteczne stężenie to takie, które utrzymuje się powyżej minimalnego stężenia hamującego (MIC - Minimal Inhibitory Concentration) lub minimalnego stężenia bakterioobójczego (MBC - Minimal Bactericidal Concentration). Przy określeniu optymalnej dawki dobowej, czasu i sposobu podawania antybiotyków analizuje się ich właściwości farmakokinetyczne (PK) i farmakodynamiczne (PD). Oceniane są zależności pomiędzy wrażliwością czynnika etiologicznego in vitro (MIC), a wskaźnikami PK/PD in vivo. Takie postępowanie pomaga w zapobieganiu rozwojowi kolonizacji i szerzeniu się wielooporności.

PK antybiotyków odnosi się do ich rozmieszczenia w organizmie oraz opisują profil zależności stężenia leku od czasu, podczas gdy PD związane jest ze stężeniem i działaniem przeciwdrobnoustrojowym antybiotyku w jego miejscu docelowym. Antybiotyki są substan-

cjami chemicznymi, potrafiącymi zniszczyć bądź zahamować rozwój bakterii. Nieodpowiednie stosowanie antybiotyku może ograniczyć jego skuteczność. Skuteczność leczenia przeciwbakteryjnego jest determinowana przede wszystkim aktywnością antybiotyku wobec czynnika etiologicznego. Równie istotnym elementem decydującym o efektywności terapii jest osiągnięcie odpowiedniego stężenia chemioterapeutyku w ognisku zakażenia i czas kontaktu leku z drobnoustrojem. Stwierdzenie, czy spełniono warunki wrażliwości, jest możliwe dzięki badaniu mikrobiologicznemu. Określenie wrażliwości może wprawdzie wskazać, jakie stężenie powinien przybrać antybiotyku w ognisku zakażenia, aby był skuteczny, jednak przewidzieć, jakie wartości ono przybierze, można tylko po uwzględnieniu jego właściwości farmakokinetycznych.

Dlatego podczas leczenia należy pamiętać o najważniejszych zasadach bezpiecznego stosowania antybiotyków. Jedną z nich jest ściśle przestrzeganie schematu dawkowania leku - ma to związek z czasem działania pojedynczej dawki antybiotyku. Zbyt długie przerwy pomiędzy kolejnymi dawkami leku, mogą powodować rozwój oporności bakterii na dany antybiotyki i obniżyć jego skuteczność.

Reasumując: Przypadki nieprawidłowego stosowania antybiotyków np. w skutek skracania czasu leczenia, obniżania dawki, nieprzestrzegania właściwej częstości dawkowania (niezgodnej z zaleceniami) może skutkować, że stężenie leku w organizmie, nie przełoży się na oczekiwaną skuteczność.

Prof. dr hab. med. Anna Jabłecka
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Farmakologii Klinicznej

Festyn „Wrześniowe Spotkania ze Zdrowiem” 1 września 2012r.

SP ZOZ MSW W POZNANIU IM. PROF. L. BIERKOWSKIEGO

„Wrześniowe Spotkania ze Zdrowiem” zakończone sukcesem! Ósmy już raz dopisali uczestnicy, sponsorzy i oczywiście pogoda.

W pierwszą sobotę września, tradycyjnie już zorganizowaliśmy Festyn rodzinny „Wrześniowe Spotkania ze Zdrowiem”. W tym wyjątkowym dniu, w roku nasz park przyszpitalny wypełnił się po brzegi. Festyn „Wrześniowe Spotkania ze Zdrowiem” uroczyście otworzył Dyrektor Szpitala Pan Przemysław Daroszewski. O artystyczną oprawę otwarcia za dbała nie tylko Orkiestra Wojskowa z Koszalina, ale również Bractwo Kurkowe i szalony kłown na szczudłach, który próbował przejąć rolę kapelmistrza.

Nasz festyn to przede wszystkim jednak profilaktyka i promocja zdrowia, w tym roku skupiona głównie na ratownictwie medycznym. Na jednej z polan w parku przyszpitalnym przygotowaliśmy namioty informacji zdrowotnej, a w nich poradnictwo dietetyczne, gdzie pod czujnym okiem zespołu specjalistów: dietetyka szpitalnego, pielęgniarki i lekarza oraz konsultantów z Poradni NutriArt mierzyliśmy poziom tkanki tłuszczowej, masy ciała, cukru we krwi czy ciśnienia tętniczego krwi. Nie zabrakło punktu informacyjnego z zakresu uzależnień, stwardnienia rozsianego, rehabilitacji leczniczej czy wreszcie nauki pierwszej pomocy. Żadne z tych stoisk nie powstałoby gdyby nie zaangażowanie naszych pracowników z Oddziału Psychiatrii Leczenia Uzależnień z Pododdziałem Detoksykacji, Poradni Stwardnienia Rozsianego, Zakładu Rehabilitacji Leczniczej i Osób Niepełnosprawnych czy Ratowników Medycznych z Izby Przyjęć. W części poświęconej zdrowiu, w naszym parku swoje miejsce znalazły również instytucje na co dzień zajmujące się innymi aspektami zdrowia. Wsparli nas: Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Raka Szyjki Macicy, Narodowy Fundusz Zdrowia, Drużyna Szpiku, Projekt Poznań w Formie czy Apteka Wielkopolska, która zorganizowała porady dermo kosmetyczne oraz farmaceutyczne. W czasie trwania festynu otworzyliśmy również naszą poliklinikę, gdzie na chętnych czekały bezpłatne i niewymagające skierowania badania i porady, m.in. badania gruczołu krokowego, cytologiczne, EKG, spirometryczne, czy audiometryczne. Udzieliliśmy również dziesiątek porad ortopedycznych i neurologicznych.

Nieodłącznym elementem naszego festynu była moc atrakcji dedykowana dla dzieci i młodzieży. I tym razem polana Żółwika Ludwiczka dostarczyła emocji naszym najmłodszym. Był dmuchany zamek, trampolina, malowanie twarzy, gry, konkursy i zabawy.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, jako szpital resortowy podległy Ministrowi Spraw Wewnętrznych współpracuje nie tylko ze służbami podległymi resortowi, ale również z pozostałymi służbami mundurowymi. Dzięki tej współpracy uczestnicy mieli okazję przy-



rzeć się z bliska sprzętem specjalistycznym, pojazdom i innym cudom techniki, które w swojej pracy wykorzystują służby mundurowe. Dzięki zaangażowaniu służb takich jak: Policja, Straż Pożarna, Szkoła Aspirantów PSP, Izba Celna, Służba Więzienna, 31 BLOT czy Straż Graniczna nasz Festyn jest nie tylko atrakcyjny, ale wywołuje również dreszczyk emocji. Jednym z głównych wydarzeń Festynu był pokaz umiejętności specjalistycznych technik policyjnych, połączony z pokazem przyjazdu Specjalistycznego Zespołu Ratunkowego naszego Szpitala, udzieleniem pierwszej pomocy, przejęciem poszkodowanego i przetransportowaniem go do Szpitala.

Coroczne spotkania w parku przyszpitalnym, nazywane już od ośmiu lat „Wrześniowymi Spotkaniami ze Zdrowiem” to moment niezwykle i wyjątkowy w kalendarzu naszego Szpitala. To czas kiedy spotykamy się z naszymi pracownikami, ich rodzinami i najbliższymi. To chwila kiedy nasi przyjaciele, współpracownicy i wszyscy ludzie dobrej woli wspierający naszą działalność spotykają się w jednym miejscu. Raz jeszcze wszystkim serdecznie **DZIĘKUJEMY!**

DO ZOBACZENIA W PRZYSZŁYM ROKU!

*lek. med. Przemysław Daroszewski
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
w Poznaniu im. prof. L. Bierkowskiego*



Ogólnopolska Konferencja Naukowa „INTERDYSCYPLINARNE ASPEKTY OPIEKI W ZDROWIU I CHOROBIĘ”

W dniach 14-15 czerwca 2012 r. odbyła się I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Interdyscyplinarne Aspekty Opieki w Zdrowiu i Chorobie” w Jarosławiu zorganizowana przez Wyższą Szkołę Techniczno-Ekonomiczną im. księdza Bronisława Markiewicza.

Uczestnicząc czynnie w konferencji prezentowałam pracę „Edukacja rodziców dziecka po urazie czaszkowo-mózgowym” oraz „Proces pielęgnowania nastolatki z SM według modelu Calisty Roy”. Obie prace będą opublikowane w Pielęgniarstwie XXI wieku.

Poniżej przedstawiam „Proces pielęgnowania pacjenta z SM według modelu Calisty Roy”

Stwardnienie rozsiane, to przewlekła choroba autoimmunologiczna układu nerwowego, w trakcie której dochodzi do demielinizacji i rozpadu aksonów i kanki nerwowej. Powoduje szereg objawów ruchowych, czuciowych, mózdkowych, zaburzenia czucia, widzenia i wiele innych. Często prowadzi do niepełnosprawności szczególnie u młodych ludzi. W opiece nad pacjentem chorym na SM można zastosować wiele modeli pielęgnowania. Szczególnym rodzajem jest model Calisty Roy ujmujący człowieka jako system, na którego wpływa wiele czynników – bodźców wywołujących zmiany w systemie. Celem opieki pielęgniarskiej jest osiągnięcie przez pacjenta adaptacji w warunkach choroby przewlekłej.

Pielęgniarka sprawując opiekę nad pacjentem z SM wybiera najbardziej efektywny model opieki, który przygotowuje pacjenta do funkcjonowania z chorobą przewlekłą i postępującą oraz nauczyć eliminowania szkodliwych czynników, mogących wywołać rzuty choroby np. wysokiego poziomu stresu, braku aktywności fizycznej, niezdrowego stylu życia, zaburzeń snu itp.

Na świecie istnieje wiele teorii pielęgnowania a każda z nich ujmuje pacjenta w szczególny dla siebie sposób. Jedną z nich, teoria Calisty Roy tzw. Model adaptacyjny, prezentuje człowieka jako system, na funkcjonowanie którego wpływa szereg bodźców środowiskowych. Pod wpływem zadziałania bodźca, człowiek uruchamia mechanizmy obronne wywołujące określone zachowania adaptacyjne lub też zachowania nieefektywne. Rolą pielęgniarki w tej teorii jest pomoc człowiekowi jako systemowi w osiągnięciu adaptacji poprzez eliminowanie lub minimalizowanie działania szkodliwych dla człowieka bodźców zewnętrznych i wewnętrznych.

Celem pracy jest próba zastosowania teorii Calisty Roy w opiece nad nastoletnią pacjentką z rozpoznaniem SM.

Badanie przeprowadzono w oddziale neurologicznym SPZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu. Zastosowano analizę przypadku, analizę dokumenta-

cji medycznej oraz wywiad z pacjentką i jej rodziną. Wypełniając zadania opiekuńcze wynikające w funkcji zawodowych, pielęgniarka wybiera dostosowany do stanu pacjenta model opieki, który prawidłowo spełni swoje zadanie i przygotowuje go do funkcjonowania w warunkach choroby przewlekłej. Takim przykładem modelu opieki jest teoria Calisty Roy zwana modelem adaptacyjnym. Roy w swoim modelu widzi osobę jako całość „bio-psycho-socjalną, czyli istotę w stałej interakcji ze zmieniającym się środowiskiem. Poziom adaptacji jako podstawowy element modelu, jest zakresem przystosowania, w którym jednostka może skutecznie radzić sobie z nowymi doświadczeniami takim jak np. choroba przewlekła, która może prowadzić do niepełnosprawności. Rolą pielęgniarki jest ocena rodzajów bodźców działających na pacjentkę i skuteczność uruchamianych jej mechanizmów regulacyjnych i obronnych oraz stanowi podstawę do projektowania interwencji pielęgniarskich dla rozwijania adaptacji pacjentki. Aby osiągnąć główny cel pielęgnowania czyli pomoc pacjentce w adaptacji, należy ustalić i zrealizować sześciostopowy proces pielęgnowania. Pierwszy etap to prawidłowo ustalony poziom adaptacji pacjentki w czterech wymiarach: fizjologicznym, koncepcji własnej osoby, pełnionych ról oraz współzależności. Wymiar fizjologiczny to określenie funkcjonowania poprzez zaspokajanie określonych potrzeb. Koncepcja własnej osoby wyjaśnia psychologiczną oraz duchową sferę pacjentki. Współzależność natomiast wykazuje relacje z innymi ludźmi lub grupami społecznymi. Na kolejnym drugim etapie procesu pielęgnowania należy określić rodzaj działającego na pacjentkę bodźca czyli stymulację residualną (resztkową), znaczeniową (środowiskową) i ogniskową, które wywołały określone zachowania. Trzeci etap procesu pielęgnowania to diagnoza pielęgniarska czyli wynik analizy zabranych danych. Czwarty etap to ustalenie celów procesu pielęgnowania, a więc określenie pożądaných zachowań, które pozwolą na możliwie pełną adaptację. Na piątym etapie procesu pielęgnowania ustalamy odpowiednie oddziaływanie na bodźce poprzez ich minimalizowanie, eliminowanie bądź potęgowanie w zależności od tego jak wpływają na system czyli człowieka. Szósty etap procesu pielęgnowania, to ocena końcowa ukazująca porównanie osiągniętych przez pacjentkę zachowań z ustalonym poziomem adaptacji.

• Koncepcja własnej osoby
— „ja fizyczne” - pacjentka nie akceptuje faktu występowania trudności z poruszaniem się, konieczności korzystania z wózka oraz zaburzeń czucia

— „ja idealne” - pacjentka chciałaby być zdrowa i sprawna i funkcjonować bez konieczności pomocy ze strony

bliskich czy pracowników ochrony zdrowia

— „ja racjonalne” - pacjentka chce utrzymać sprawność jak najdłużej i realizować własne marzenia i plany życiowe
— „ja moralne” - pacjentka nie akceptuje własnej choroby i siebie samej jako osoby zależnej od personelu

• Pełniona rola
— rola pierwszorzędowa (determinowane przez wiek, płeć, stan rozwojowy) pacjentka pełni rolę córki, siostry i wnuczki,

— rola drugorzędowa (podejmowanie zadań związanych z pełnieniem ról podstawowych) pacjentka pełni rolę uczennicy liceum, koleżanki w grupie rówieśniczej

— role trzeciorzędowe (dobrowolnie wybrane role) - uczestnictwo w kołach naukowych w szkole

Wszystkie w/w role nie mogą być wypełniane ze względu na fakt hospitalizacji.

• Współzależność
a) zachowania niezależne: pacjentka szuka pomocy gdy czuje się niepokojąco, zwraca na siebie uwagę na wizycie lekarskiej oraz wymusza obecność matki w szpitalu

b) zachowania zależne: pacjentka nie potrafi poradzić sobie z ograniczeniami jakie się pojawiły w czasie rzutu choroby, nie podejmuje samodzielnie inicjatyw rozwiązywania problemów

2. Etap-rodzaje działającej stymulacji

— stymulacja ogniskowa: parestezje, oczopląs, trudności z poruszaniem, nietrzymanie moczu

— stymulacja znaczeniowa: bodziec współdziałający: czynnik genetyczny, wiek, wysoki poziom stresu, przebyta infekcja, proces demielinizacyjny włókien nerwowych, zaburzenia snu

— stymulacja residualna: czynniki środowiskowe, nieprawidłowy styl życia

3. Etap-diagnoza pielęgniarska

a) Trudności w poruszaniu, niedowład kończyn dolnych na skutek demielinizacji włókien nerwowych

b) Ryzyko upadku i urazu na skutek ograniczeń w poruszaniu

c) Trudności z wykonywaniem czynności samoobsługowych na skutek zaburzeń czucia, niedowładu oraz zaburzeń widzenia

d) Ból w okolicy sromu w wyniku odparzeń (na skutek nietrzymania moczu)

e) Zaparcia jako powikłanie unieruchomienia

f) Trądzik jako objaw uboczny stosowania glikokortykosteroidów

g) Lęk przed niepełnosprawnością i odurzeniem przez grupę rówieśników
h) Niemożność uczęszczania do liceum na skutek hospitalizacji i pogłębiania się zaległości w nauce

i) Dolegliwości bólowe ze strony układu pokarmowego jako działanie uboczne podawania glikokortykosteroidów

j) Brak akceptacji siebie w nowej sytuacji życiowej

k) Lęk przed kolejnym rzutem choroby

l) Labilność emocjonalna w wyniku pojawienia się objawów choroby utrudniającej normalne funkcjonowanie

- m) brak akceptacji konieczności stosowania interferonu
- n) Możliwość pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku działania szkodliwych stresorów w środowisku domowym
4. Etap-cele opieki
- a) samodzielne poruszanie się w granicach możliwości pacjentki
- b) zapobieganie upadkom i urazom
- c) samodzielne wykonywanie tych czynności, które pacjentka może wykonać sama lub z pomocą
- d) poprawa stanu skóry okolicy sromu
- e) eliminacja zaparć
- f) poprawa stanu skóry twarzy, łagodzenie objawów trądziku
- g) dowartościowanie pacjentki
- h) umożliwienie kontaktu z koleżankami ze szkoły i ewentualnie nauczycielki, stworzenie warunków nadrobienia zaległości szkolnych
- i) eliminacja działania niepożądanego glikokortykosteroidów
- j) zwiększenie samoakceptacji pacjentki
- k) dostarczenie wiedzy o istocie SM i wykształcenie umiejętności obserwacji ewentualnych objawów kolejnego rzutu choroby
- l) poprawa nastroju
- m) zwiększenie motywacji do leczenia interferonem
- n) kształtowanie zdrowego stylu życia oraz umiejętności eliminowania działania szkodliwych stresorów
5. Etap-Interwencje pielęgniarstwa
- a) ocena deficytu w poruszaniu się, udzielanie pomocy dostosowanej do ograniczeń pacjenta, usprawnianie pacjenta w myślenie zasady: podczas rzutu choroby minimum ruchu, natomiast podczas remisji maksimum ćwiczeń,
- b) asekuracja podczas poruszania się pacjentki, stosowanie wózka siedzącego do przewożenia pacjentki, balkonik, używanie barierki w łóżku zapobiegających wypadnięciu z łóżka
- c) pomoc podczas wykonywania czynności przez pacjentkę, ale nie wyłącznie, pacjentka powinna wykonać samodzielnie tyle ile zdola
- d) przestrzeganie higieny osobistej, obserwacja nietrzymania moczu, pielęgnacja sromu, obserwacja skuteczności pielęgnacji, częsta zmiana bielizny osobistej
- e) podanie czopka przeczyszczającego, w przypadku nieskuteczności wykonanie Enemy, zmiana diety na bogato resztkową, obserwacja wypróżnień, podawanie Laktulozy lub błonnika, zapobieganie kolejnemu zaparciu, stosowanie masażu brzucha, w przypadku gdy powyższe czynności nie przyniosą efektu można, zalecić podawanie jogurtu na czczo, suszonych śliwek lub moreli.
- f) utrzymanie w czystości skóry twarzy, pielęgnacja i stosowanie środków zapobiegających przez dermatologa, obserwacja skóry twarzy
- g) dostarczenie wiedzy na temat choroby, udzielanie informacji grupach samopomocy i stowarzyszeniach, które

- uczają rozwiązywania problemów
- h) ułatwienie kontaktu z przedstawicielami grupy rówieśniczej, ewentualnie nauczycielkami z liceum, pomoc w nauce
- i) podawanie leków (na zlecenie lekarza) leków hamujących wydzielanie kwasu solnego np. Ranitydyna doustnie lub doustnie, uzupełnianie elektrolitów (szczególnie potasu), ze względu na dużą potliwość, należy dbać szczególnie o higienę osobistą
- j) wyjaśnienie istoty choroby, ukazanie znanych osób z SM funkcjonujących w społeczeństwie jako dobry przykład walki z chorobą i niepełnosprawnością
- k) wspieranie pacjentki, wzmacnianie motywacji do walki z chorobą i ukazywanie konieczności wkładu własnego pacjentki w proces leczenia i rehabilitacji
- l) psychoterapia wspierająca, która pomoże zmienić plany życiowe i dostosować do aktualnego stanu zdrowia,
- m) edukacja pacjentki ukazująca konieczność podawania interferonu jako leku ograniczającego ilość rzutów choroby, oraz możliwość pojawienia się objawów ubocznych po interferonie jak: bóle mięśniowe, dreszcze, gorączka, bóle głowy, nadmierna potliwość oraz objawy w miejscu wstrzyknięcia: obrzęk, świąd, ból. Nauka prowadzenia samoobserwacji i prowadzenie dzienniczka, udzielanie wsparcia pacjentce przez cały czas leczenia, nauka samodzielnego podawania interferonu, zasad przechowywania leków, obserwacji miejsc wstrzyknięć
- n) dostarczenie informacji jakie czynniki środowiskowe mogą nasilać chorobę, stres, infekcje, nadmierny wysiłek fizyczny. Wykazanie konieczności prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej dostosowanej do stanu pacjenta, nauka radzenia sobie ze stresem, akceptacja własnych ograniczeń, kontrola snu, unikanie używek, prowadzenie aktywnego życia w granicach tolerancji organizmu pacjentki, nieunikanie kontaktów towarzyskich, przestrzeganie zaleceń lekarskich i pozostawianie pod stałą kontrolą specjalistów oraz kształtowanie pozytywnej postawy wobec pojawiających się problemów na kolejnych etapach choroby.
6. Etap-ocena końcowa
- pacjentka nauczyła się poruszać samodzielnie a w przypadku konieczności potrafi korzystać z wózka inwalidzkiego
 - nauka samodzielnego poruszania w granicach możliwości pacjentki oraz pomoc pielęgniarki lub rodziny nie dopuszczają do powstania niekontrolowanych upadków i urazów
 - samodzielne przestrzeganie higieny osobistej, dbanie o regulację opróżnianie pęcherza, pielęgnacja oparzeń zwiększa odpowiedzialność za własne zdrowie
 - zastosowanie i przestrzeganie diety bogatej w błonnik, dbałość o regular-

- ne wypróżnienia, nie dopuszcza do zalegania mas kałowych i powstania zaparć
- przestrzeganie zaleceń dermatologa i pielęgnacja skóry daje korzystny efekt kosmetyczny i zmniejszenie ilości zmian trądzikowych na skórze twarzy
 - podawanie Ranitydyny łagodzi uboczne działanie sterydów na przewód pokarmowy
 - pacjentka korzysta z porad grup wsparcia (kontakt nawiązała poprzez internet)
 - aktywnie uczestniczy w procesie edukacji przygotowującej ją do samodzielnego podawania sobie interferonu oraz obserwacji miejsc wkłucia i warunków przechowywania leku
 - pacjentka zna i stara się przestrzegać zasad zdrowego stylu życia oraz zasad unikania niekorzystnych czynników, które mogłyby spowodować kolejny rzut choroby
 - pacjentka stara się wykazywać postawę samoakceptacji, co związane jest szczególnie z ogromnym wsparciem ze strony rodziny. Natomiast trudna będzie adaptacja społeczna pacjentki, gdyż niepełnosprawność osoby młodej nie zawsze pozwala na osiągnięcie marzeń czy też na wymarzoną karierę zawodową.

Przed pacjentką jeszcze trudna i daleka droga do pełnej akceptacji i dobrej jakości życia w granicach własnych ograniczeń. Ale każdy okres remisji to czas na rozwijanie własnych marzeń, kontaktów towarzyskich czy też zaspokajania własnych potrzeb. Motywacja oraz wsparcie najbliższego otoczenia spowodują że pacjentka osiągnie pożądaną przez nią poziom funkcjonowania i adaptacji. W procesie terapeutycznym i adaptacyjnym powinna zawsze towarzyszyć rodzina pacjentki a jej członkowie winni współpracować na rzecz pacjentki poprzez kształtowanie jej pozytywnych zachowań zdrowotnych, wzmacnianie motywacji i wiarę w własne możliwości. Wydolność opiekuńcza rodziny, to zdolność do stawiania realnych wymagań wobec chorego członka rodziny. Akceptowanie go bez względu na istniejące ograniczenia i stan zdrowia. Fakt rozpoznania choroby przewlekłej i postępującej to egzamin z życia dla całej rodziny.

Wypełniając zadania opiekuńcze wobec pacjenta z chorobą przewlekłą, pielęgniarka powinna wybrać najbardziej pożądaną i efektywny model pielęgnowania powodujący adaptację pacjenta do zmiany jego stanu zdrowia

Teoria Calisty Roy jako model opieki pokazuje nowatorskie podejście do sytuacji zdrowotnej pacjentki, w której poprzez wykształcenie umiejętności rozpoznawania i wpływania na działające bodźce, potrafi ona rozwijać własną adaptację i kształtować jakość życia

Model adaptacyjny Calisty Roy, powinien być wykorzystywany w pracy dla pacjentów z chorobami przewlekłymi w warunkach hospitalizacji oraz w warunkach domowych.

Całość pracy oraz literatura u autorów.
Emilia Kłos

Maciej Skibiński

MAM HCV I CO DALEJ? – ZALECENIA PSYCHOLOGA

SYTUACJA ZDROWOTNA I EMOCJONALNA CHOREGO Z PWZWC.

Szacuje się, że w Polsce zakażonych wirusem wzwc jest co najmniej 700 tys. osób, a 60 do 90% z nich prawdopodobnie uległo zakażeniu w placówkach służby zdrowia. Przeciwciała anty-HCV stwierdzono u ok. 1,5% populacji naszego kraju. Wśród osób używających dożylnie narkotyków zakażonych jest 50-90%, często w skojarzeniu z HIV, a wśród pacjentów hemodializowanych 30-60%. Zakażenie następuje przez kontakt z krwią (np. transfuzja, przeszczepiony narząd) i jej pochodnymi (np. zakażone narzędzia medyczne, maszynka do golenia, szczoteczka do zębów, rurka do wdychania kokainy). Dzięki wprowadzeniu testów przesiewowych u krwiodawców niemal całkowicie wyeliminowano zakażenia związane z przetaczaniem krwi i produktów krwiopochodnych. Wbrew powszechnym opiniom osób HCV-dodatnich zakażenie stałego partnera seksualnego jest mało prawdopodobne – 1-11% z nich ulega zakażeniu w długotrwałych związkach (Juszczak 2006 a). W większości przypadków skutki kliniczne pojawiają się po wielu latach od zakażenia, gdyż w 80% przypadków przebiega ono bezobjawowo (Juszczak 2007). U osób z ostrym, objawowym wzwc eliminacja wirusa zachodzi u 15-50% chorych, a u pozostałych rozwija się zapalenie przewlekłe, z których u 5-20% dochodzi do marskości wątroby w ciągu 20-25 lat. Inne, możliwe powikłania pwzwc to autoimmunologiczne zapalenie wątroby lub tarczycy oraz rak wątrobowokomórkowy (w ciągu 20 lat rozwija się u 5% chorych z pwzwc) (Juszczak 2006 b). Ze względu na to, iż większość zakażonych nie zna swojego statusu serologicznego, zaleca się stosowanie równych, wysokich standardów antyseptyki, zarówno w kontakcie z osobami, które nie mówią o swoim zakażeniu HCV, jak i w kontakcie z osobami ujawniającymi swój status zakażonego.

Ze względu na to, iż praca dotyczy zagadnień psychologicznych, poniższy wywód ma charakter uproszczony i podany jest dla ułatwienia zrozumienia sytuacji chorego leczonego interferonem. Ostre wirusowe zapalenie wątroby najczęściej jest chorobą samoleczącą się. Jeśli jednak wywiąże się przewlekłe zapalenie wątroby, leczenie jest nieodzowne, o ile nie ma przeciwwskazań. Jest to leczenie antywirusowe, w którym stosuje się różne odmiany pegylowanych interferonów wraz z rybawiryną. Efektywność takiego leczenia wynosi 41 – 85% (Juszczak 2006 b).

Według źródeł pakistańskich, diagnoza pwzwc w subiektywnej ocenie chorych jest jednym z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych, bardziej stresującym od rozwodu, utraty źródła utrzymania czy przeprowadzki do innego miasta (Gill i in. 2005). Według źródeł francuskich z kolei, subiektywna ocena tego zdarzenia życiowego przez chorych plasuje je pomiędzy utratą pracy i eksmisją z domu (mniej stresujące) a śmiercią bliskiej osoby i rozwodem (bardziej stresujące). Pwzwc w ocenie francuskich pacjentów jest chorobą poważną, co prawda mniej zagrażającą, niż AIDS i rak, ale groźniejszą od cukrzycy czy nadciśnienia (Castera i in. 2006). Można się spodziewać, że w warunkach polskich subiektywnie spostrzegane zagrożenie może być nawet większe ze względu na trudności w dostępie do lecze-

nia, występujące u niektórych pacjentów przekonanie o nieuleczalności tej choroby oraz poczucie krzywdy i brak zaufania do służby zdrowia związane z dominującą w naszym kraju drogą zakażenia.

ŹRÓDŁA STRESU W SYTUACJI CHOROBY.

W sytuacji choroby somatycznej, w tym oczywiście pwzwc działają różne czynniki stresogenne, w zależności od etapu diagnozowania bądź radzenia sobie z chorobą (Juczyński 2000). Chronologicznie rzecz ujmując, podejrzenie choroby jest pierwszym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu stresu. Zauważenie niepokojących objawów najczęściej zwiększa poziom stresu chorego, a sposobem na poradzenie sobie z nim jest albo podjęcie działań zmierzających do wyjaśnienia wątpliwości, albo odwiekanie badań diagnostycznych i ukrywanie problemów przed bliskimi, by ich nie niepokoić (Chojnacka – Szawłowska 1998). U części osób zakażonych HCV ten etap na ogół nie występuje, ponieważ choroba jest wykrywana w czasie rutynowych badań, nie mających związku z zauważeniem czegoś alarmującego. Następnym w kolejności stresorem są badania diagnostyczne. W okresie oczekiwania na wynik prawie cała aktywność poznawcza chorego jest skoncentrowana na niejasności sytuacji zdrowotnej. Wykluczenie podejrzenia choroby prowadzi do ulgi, a potwierdzenie wiąże się z przejściem do następnego etapu (Juczyński 2000). W etapie potwierdzenia choroby nie wiadomo dokładnie, czy reakcje chorych dotyczą rozpoznania jako takiego, czy przewidywanego rokowania i niedogodności związanych z leczeniem. W literaturze przedmiotu szeroko opisano reakcje na rozpoznanie choroby nowotworowej (Barraclough 1997). Z własnych obserwacji autora wynika, że reakcja osób żyjących z HCV zależy od uprzedniej wiedzy na temat tego schorzenia i sposobu przekazania rozpoznania. Potwierdzałyby to hipotezę, że poziom stresu na tym etapie zależy bardziej od przewidywania przez chorych swoich dalszych losów, niż od świadomości choroby jako takiej. Spektrum zachowań jest ogromne: od całkowitej obojętności, wynikającej z braku wiedzy na temat zakażenia HCV, przez spokojną akceptację i uruchomienie postawy typu „duch walki” (to przy świadomości zagrożenia i wiedzy na temat możliwości leczenia), aż do całkowitej bezradności i poczucia bezradności, zwłaszcza w atmosferze podsycanego przez media przeceniania zagrożenia w skojarzeniu z brakiem wiedzy o możliwościach leczenia. Sposób przekazania wyników badań również ma swoje znaczenie. Jako przykład anegdotyczny przytaczam wypowiedź jednego z pacjentów: „Laborantka przekazała mi kartkę z wynikami badania z taką miną, że pomyślałem, że nie przeżyję najbliższego miesiąca. Dopiero, jak trochę poczytałem na ten temat, to się uspokoiłem”. Jeśli pacjent jest świadomy potencjalnego zagrożenia życia, to proces przyjmowania rozpoznania zaczyna się od szoku i niedowierzania, a następnie przechodzi w fazę „targowania się”. Charakterystyczna jest tutajłość i poczucie krzywdy, wynikające z zadawania sobie pytania „dlaczego to właśnie ja?”. Pytanie to ma po części charakter metafizyczny. Szczególnie bolesne pytania i odpowiedzi pojawiają się w populacji polskich chorych, z których większość uległa zakażeniu HCV

w kontakcie ze służbą zdrowia (Juszczyk 2006 a). Zmagają się oni ze świadomością, że pomimo prowadzenia „porządnego” życia i dbania o swoje zdrowie ulegli chorobie, a inne znane im osoby, które nie dbają o siebie, czy też wręcz aktywnie sobie szkodzą, jednak pozostają zdrowe. Kolejny etap to rozpacza i depresja, wiążące się z upośledzeniem pełnienia ról życiowych, trwające nawet wiele dni i tygodni, aż wreszcie dochodzi do akceptacji nowej sytuacji zdrowotnej. Nie wszyscy dochodzą do ostatniego etapu, a „utknięcie” w tym procesie może zajść praktycznie w każdym stadium (Kubler – Ross 1979, Juczyński 2000).

Stres związany z leczeniem wiąże się z procedurą leczniczą jako taką oraz skutkami ubocznymi, przy czym okazuje się, że konieczność dostosowania się do fizycznych i społecznych wymogów kontaktu ze służbą zdrowia jest potencjalnie największym stresorem (Cohen i in. 1978). W warunkach polskich kolejnym źródłem stresu jest oczekiwanie na leczenie. Już wiadomo, że terapia jest konieczna, a chory czeka jeszcze w kolejce. W sytuacji leczenia pierwszym potencjalnym stresem jest konieczność przetwarzania przez pacjenta niezrozumiałych dla niego informacji medycznych i jakość komunikacji lekarz – pacjent (Juczyński i in. 1997). Zaobserwowane problemy pacjentów z HCV związane z ww. zagadnieniami, dotyczą m.in. braku zrozumienia dla konieczności oczekiwania z rozpoczęciem leczenia do osiągnięcia „odpowiedniego” stadium zaawansowania choroby. Pacjenci odczuwają żal związany z przekonaniem, że „są zbyt mało chorzy, by zasłużyć sobie na leczenie”. Chorzy leczeni po raz drugi lub kolejny obawiają się skutków ubocznych, jak i tego, że prawdopodobieństwo wyzdrowienia przy kolejnym „podejściu” jest mniejsze. Co ciekawe, niektórzy leczeni po raz pierwszy chorzy mają przekonanie, że i tak nie ma żadnych szans na wyzdrowienie (ciekawą jest tutaj „wtórna” motywacja do podjęcia leczenia; być może jest efektem nacisku bliskich). W odróżnieniu od np. chorych onkologicznie (Cohen i in. 1979, Burish i in. 1987), sama hospitalizacja przy wdrożeniu terapii raczej nie jest źródłem stresu – pod warunkiem, że trwa tyle czasu, ile pacjent się spodziewa. Na poziomie emocjonalnym pojawia się czasem nawet stan bliski euforii, wiążący się z możliwością skorzystania z trudno dostępczej procedury leczniczej i zakończeniem stresującego okresu oczekiwania. Stres pojawia się w razie przedłużenia pobytu na oddziale lub konieczności hospitalizacji w dalszym ciągu leczenia, która jest interpretowana jako zwiastun komplikacji. Te mogą być przyczyną przerwania leczenia i „odebrania szansy” na wyzdrowienie. Konsekwencją takiego sposobu myślenia u niektórych pacjentów jest ukrywanie niepożądanych efektów leczenia (Czarnecki i in. 2005).

Ostatnim newralgicznym punktem w procesie terapeutycznym jest przerwanie leczenia. Przy opisanym wyżej sposobie myślenia jest źródłem potężnego stresu i najczęściej kończy się nasilonym poczuciem bezradności i beznadziei. Chorzy rozumiejący, że kontynuowanie leczenia jest większym zagrożeniem, niż dalsze postępy choroby, reagują raczej przyjęciem postawy fatalistycznej. Problemy wynikające z niepożądanych skutków terapii przeciwwirusowej są opisane niżej.

SPECYFIKA SYTUACJI PSYCHOLOGICZNEJ CHORYCH Z HCV

Oprócz wspomnianych już wyżej czynników związanych z nadawaniem znaczenia sytuacji choroby, na stan psychologiczny osób żyjących z HCV ma też

wpływ bezpośrednie działanie wirusa na ośrodkowy układ nerwowy. Najczęściej występujące zaburzenia to depresja, uogólniony lęk, somatyzacja, psychotyczność i natręctwa, zanotowane u 28-40% badanych, a spowodowane prawdopodobnie subklinicznym uszkodzeniem funkcji myślenia, uwagi, pamięci i sprawności intelektualnej (Hilsabeck i in. 2003). Chorzy z HCV częściej też w porównaniu z populacją osób zdrowych lub zakażonych HBV uskarżają się na zmęczenie i mają gorszą jakość życia związaną ze zdrowiem (Foster i in. 1998). W początkowym okresie podawania IFN najczęstsze objawy uboczne to gorączka i objawy rekomogrypowe. Są one przewidywalne i występują u znacznej liczby chorych (Dusheiko 1997). Inne objawy, przejawiające się w całym okresie leczenia to uczucie zmęczenia, bóle mięśni, brak łaknienia, bóle brzucha, senność, bóle głowy, młodości, wypadanie włosów, chudnięcie, trudności w koncentracji uwagi, zawroty głowy, depresja, psychozy, supresja szpiku (Juszczyk 1999). Wystąpienie tych objawów może spowodować konieczność zmniejszenia dawki lub nawet przerwania terapii u 2-10% chorych (Dusheiko 1997). Odwraćalne, zależne od dawki IFN objawy neurotoksyczne zauważono u 30-40% pacjentów z PZWC, leczonych przez 6-12 mies. IFN alfa lub kombinacją IFN alfa i rybawiryny. Natężenie tych objawów u 10-20% leczonych spowodowało konieczność zmniejszenia dawki IFN (Fontana 2000).

Najczęściej spotykane objawy związane ze zmianami w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego to drażliwość, niepokój i bezsenność (Bailey i in. 1997). Częstość występowania objawów neurotoksycznych przedstawiono w tabeli nr 1.

Tabela 1. Częstości występowania objawów neurotoksycznych u chorych leczonych IFN lub kombinacją IFN i rybawiryny (Fontana 2000)

Objaw	Występowanie w %
Neurologiczne	40-50
Neuropatia / parestezje	1-2
Drgawki	0,04-1,3
Ataksja pozapiramidalna	<1
Retinopatia	50
Zaburzenia równowagi i słuchu	40

Objaw	Występowanie w %
Psychiatryczne	30-40
Depresja	30
Głęboka depresja / samobójstwo	1-2
Niepokój	10-20
Bezsenność	30
Drażliwość	20-30
Chwiejność emocjonalna	10
Zaburzenia orientacji i pamięci	10-20
Majaczenie	<1
Psychoza	<1
Nawrót uzależnienia	<5

Najpoważniejszym z objawów neurotoksycznych jest depresja z myślami samobójczymi, co może prowadzić do prób samobójczych u 1,4% pacjentów leczonych IFN (0,02-0,06% w ogólnej populacji), (Fontana 2000). Większe ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych występuje u osób zakażonych HCV niż HBV oraz u kobiet niż u mężczyzn (Koskinas i in. 2002). Podobne odsetki zdiagnozowanych zaburzeń depresyjnych podają też inni autorzy (Horikawa i in. 2003, Hauser i in. 2002, Bonnacorso i in. 2002). Depresja u osób podatnych wywiązuje się po 1 do 3 miesięcy podawania IFN w dawkach 3-10 Mj 2 lub 3 razy w tygodniu (Bonnacorso i in. 2001). Dzięki stałemu monitorowaniu natężenia objawów depresji u pacjentów podczas terapii IFN można odpowiednio wcześniej włączyć doradztwo psychologiczne i/lub leki antydepresyjne. Najwyższe średnie natężenie objawów depresji zanotowano w 36 tygodniu leczenia (Fontana 2000). Według niektórych autorów poważna depresja występująca przed rozpoczęciem leczenia IFN jest przeciwwskazaniem do jego rozpoczęcia (Dusheiko 1997, Juszczyk 1999, Fontana 2000). Według Schaefera i in. przy interdyscyplinarnej opiece i dostępności leków antydepresyjnych można również włączać do leczenia osoby z depresją w wywiadzie i uczestników substytucyjnych programów metadonowych. Spośród wszystkich osób, które przedwcześnie wypadły z leczenia w badanej grupie, 43% to utrzymujący abstynencję narkomani, 14% to pacjenci metadonowi, 13% z grupy kontrolnej (bez neuropsychiatrycznych przeciwwskazań) i 18% z zaburzeniami psychicznymi (w tym depresją) w wywiadzie (Schaefer i in. 2003).

ZALECENIA DOTYCZĄCE KOMUNIKACJI Z ZAKAŻONYMI HCV

Jeżeli w surowicy chorego stwierdzono obecność przeciwciał anti-HCV, nie musi to oznaczać aktywnej choroby. Możliwe są następujące scenariusze rozwoju wydarzeń:

- Chory miał kontakt z wirusem, ale infekcja została zwalczona.
- Wirus jest aktywny, ale proces zapalny w wątrobie przebiega tak wolno, że człowiek nie ma potrzeby wdrażać leczenia.
- Włączenie leczenia w razie potrzeby – skuteczność 41-85%
- Nawet, jeśli nie dojdzie do eradykacji wirusa, wątroba się regeneruje; leczenie można powtórzyć;
- Jeśli leczenie nie daje oczekiwanego efektu, a proces niszczenia wątroby postępuje, można wykonać przeszczep.

W związku z tym, udzielając informacji osobie z HCV, warto przekazać jej następujące informacje:

- Stwierdzenie przeciwciał oznacza, że organizm zetknął się z wirusem;
- Potrzebne jest badanie wirerii, aby stwierdzić, czy wirus jest aktywny;
- Należy zalecić kontakt z Poradnią Chorób Wątroby (potrzebne jest skierowanie). Pomimo braku zauważalnych objawów zakażenia warto monitorować przebieg zakażenia i włączyć leczenie w razie potrzeby.

PODSUMOWANIE

Chorzy z przew. w trakcie leczenia interferonem podlegają działaniu co najmniej czterech grup czynników potencjalnie stresogennych: działaniu namnażającego się wirusa HCV na OUN, własnego

stosunku do faktu chorowania i związanych z tym niedogodności, działaniu interferonu i rybawiryny na OUN oraz własnego stosunku do potencjalnych i aktualnych dolegliwości fizycznych i neuropsychologicznych wynikających z leczenia IFN z rybawiryną. Osoby żyjące z HCV z powodu działania wirusa na OUN cierpią najczęściej na depresję, lęk uogólniony i przewlekłe zmęczenie. Najczęściej spotykane problemy związane z nastawieniem emocjonalnym wobec własnej choroby to poczucie krzywdy i niesprawiedliwości wzmacniane dodatkowo przez świadomość nabycia zakażenia w kontakcie ze służbą zdrowia, lęk przed stygmatyzacją, a nawet doświadczenie stygmatyzacji – w placówkach służby zdrowia (od nie wprost wyrażanego niezadowolenia po odmowę udzielenia świadczeń medycznych) i w małych miejscowościach, lęk przed śmiertelnością, lęk przed przeniesieniem zakażenia na bliskich lub unikanie nawiązywania z tego powodu bliskich relacji partnersko-erotycznie-mażeńskich czy poczucie beznadziei prowadzące do rezygnacji z podjęcia leczenia. Silnym źródłem stresu jest też osłabienie zdolności do pracy zarobkowej – zwłaszcza u jedynych żywicieli rodziny (niezależnie od płci) – wiąże się to lękiem przed brakiem środków utrzymania i utratą poczucia sensu życia.

W trakcie leczenia do wyżej wymienionych trudności dołącza się neurotoksyczne działanie IFN i rybawiryny, najczęściej spotykane objawy to depresja, drażliwość, bezsenność i niepokój. Najczęściej występujące niepożądane objawy leczenia IFN z rybawiryną na poziomie somatycznym to objawy rzekomogrypowe z gorączką, zmęczenie, bóle głowy i mięśni czy też – szczególnie ważne dla kobiet – wypadanie włosów. Objawy nieodczuwalne, lecz możliwe do wykrycia w badaniach laboratoryjnych to małopłytkowość i niedokrwistość (Juszczyk 2003). Jeszcze przed rozpoczęciem leczenia niektórzy pacjenci przeżywają silny lęk przed objawami niepożądanymi, np. przed wypadnięciem włosów lub niezdolnością do pracy. W trakcie jego trwania może pojawić się zaabsorbowanie lękowe związane z obserwacją swojego samopoczucia lub antycypacją pogorszenia wyników badań laboratoryjnych. Zmniejszenie komfortu życia może prowadzić do lęku, wynikającego z przekonania, że terapia jest bardziej szkodliwa od leczonej choroby – a w konsekwencji – do jej przerywania. Na drugim krańcu continuum plasuje się traktowanie programu leczniczego jako niemal jedynej nadziei na przeżycie i ciągły lęk, że „leczenie zostanie mi zabrane” – taka postawa może prowadzić do dysymulacji i ukrywania przed lekarzem poważnych wskazań do przerywania terapii.

Większość osób żyjących z HCV nie wie o swoim zakażeniu, dlatego należy każdego pacjenta traktować jako potencjalnie zakażonego. Medialne doniesienia demonizujące zagrożenie wirusem HCV powodują, że chorzy dowiadujący się o swoim zakażeniu przeżywają nadmierny lęk. Warto zatem znać mechanizmy psychologiczne i neurologiczne odpowiedzialne za obniżenie jakości życia osób zakażonych. Możemy również udzielać osobom zakażonym informacji pomagających im w zmniejszeniu lęku i zbudowaniu nadziei na wyzdrowienie.

Referat wygłoszony na szkoleniu
w Okręgowej Izbie
Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu
Piśmiennictwo autora

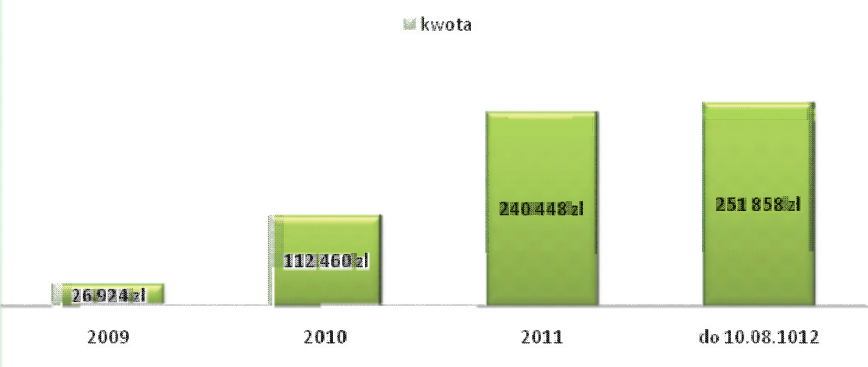
Zmiany w regulaminie refundacji kosztów kształcenia

Ze względu dużą liczbę członków samorządu zawodowego starających się o finansowanie kosztów szkoleń, w czerwcu tego roku został zmieniony regulamin refundacji, a aneks we wrześniu dotyczący specjalizacji.

Na Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczo-Budżetowym Komisji ds. Refundacji przyznano 800 000 zł do rozdysponowania w bieżącym roku. Kwota wydawała się duża i wystarczająca. Jednak okazało się, że przyznany fundusz został wyczerpany już w sierpniu. Na posiedzeniu Okręgowej Rady we wrześniu Komisja wnioskowała o przesunięcie środków pieniężnych w preliminarzu budżetowym. Dokonano korekty na kwotę 201 000zł. I nie jest pewne czy to wystarczy do końca roku. Regulamin mówi o refundowaniu do określonej kwoty (czyli możemy nie przyznawać pełnej sumy tylko część). Na posiedzeniu Rady wiele czasu poświęcono na dyskusję co zrobić, aby sprostać sytuacji w miarę sprawiedliwie.

Dokonałam analizy refundacji szkoleń specjalizacyjnych za ostatnie cztery lata.

Refundacja kosztów za specjalizacje



Powyższy wykres obrazuje w jakim tempie rosną wydatki Izby na refundację za specjalizacje.

Pragnę dodać, że wpływy ze składek na rzecz samorządu nie rosną w takim tempie jak wydatki na refundację.

Przejrzałam regulaminy refundacji kosztów kształcenia różnych Okręgowych Izb. Wnioski jakie mi się nasunęły to:

- jesteśmy jedną z nielicznych Izb refundującą 2 formy kształcenia w roku,
- są Izby, które refundują tylko jedną specjalizację w karierze zawodowej,
- wiele Izb nie przyznaje refundacji za studia,
- jeżeli przyznawana jest kwota refundacji za konferencje wymagany jest artykuł do biuletynu, itp.

Osoby zainteresowane mogą zapoznać się z tymi regulaminami na stronach internetowych Okręgowych Izb.

Niektóre Izby już w połowie roku wyczerpały zaplanowane kwoty i wstrzymały refundacje. My chcemy uniknąć takiego scenariusza i stąd zmiany w regulaminie.

Nasza Izba refunduje:

- kurs dokształcający do 50% nie więcej niż 200zł
- kurs specjalistyczny do 50% nie więcej niż 250zł
- kurs kwalifikacyjny do 50% nie więcej niż 900zł

- studia podyplomowe do 800zł
- specjalizacja 2000zł
- studia licencjackie 1000zł
- studia magisterskie 1800zł
- konferencje do 600zł

Jak widać plasujemy się w górnych granicach refundacji kosztów szkoleń w porównaniu z innymi. Zmiany w regulaminie podyktowane są ideą dofinansowania, chociaż w zmniejszonej kwocie, większej grupy pielęgniarek i położnych.

Bardzo proszę o staranne wypełnianie wniosków, np. NIP należy wpisać osoby zainteresowanej, a nie zakładu pracy. Pragnę również przypomnieć, że § 5 punkt 1 mówi: „Wniosek musi być wypełniony czytelnie, z podaniem wszystkich wymaganych jego treści danych. Wniosek należy wypełniać czarnym lub niebieskim atramentem lub tuszem”

§7 punkt 1 mówi: „Wniosek wypełniony nieczytelnie lub / i bez kompletnych danych oraz wymaganych załączników zostanie rozpatrzony negatywnie”.

Nowy regulamin znajduje się na stronie internetowej naszej Izby wraz z komentarzem członka komisji refundacji.

Przewodnicząca Komisji ds. Refundacji
Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
Iwona Pawlicka

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ KOMISJI DS. REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Z DNIA 03.09.2012r.

1. Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
 - a) 14 wniosków dotyczących studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na kwotę 20 391 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy trzydzieści dziewięć złotych),
 - b) 58 wniosków dotyczących studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na kwotę 75 783 zł (słownie: siedemdziesiąt pięć tysięcy siedemset osiemdziesiąt trzy złote),
 - c) 25 wniosków dotyczących specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na ogólną kwotę 24 480 zł (słownie: dwadzieścia cztery tysiące czterysta osiemdziesiąt złotych),
 - d) 8 wniosków dotyczących konferencji, seminariów, zjazdów, na ogólną kwotę 1 169 zł (słownie: jeden tysiąc sto sześćdziesiąt dziewięć złotych),
2. Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 105 wniosków na ogólną kwotę 121 823 zł (słownie: sto dwadzieścia jeden tysięcy osiemset dwadzieścia trzy złote).
3. Komisja rozpatrzyła negatywnie 1 wniosek z przyczyn regulaminowych.

Z DNIA 01.10.2012r.

1. Komisja rozpatrzyła pozytywnie:
 - a) 48 wniosków dotyczących studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, na ogólną kwotę 65 895 zł (słownie: sześćdziesiąt pięć tysięcy osiemset dziewięćdziesiąt pięć złotych),
 - b) 25 wniosków dotyczących studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo / położnictwo, na ogólną kwotę 32 404 zł (słownie: trzydzieści dwa tysiące czterysta cztery złote),
 - c) 1 wniosek dotyczący studiów podyplomowych, na kwotę 800 zł (słownie: osiemset złotych),
 - d) 1 wniosek dotyczący specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, na kwotę 2 250 zł (słownie: dwa tysiące dwieście pięćdziesiąt złotych),
 - e) 13 wniosków dotyczących kursów specjalistycznych, na ogólną kwotę 3 795 zł (słownie: trzy tysiące siedemset dziewięćdziesiąt pięć złotych).
2. Ogółem Komisja rozpatrzyła pozytywnie 88 wniosków na ogólną kwotę 105 144zł (słownie: sto pięć tysięcy sto czterdzieści cztery złote).

Przewodnicząca Komisji:
Iwona Pawlicka

Członkowie Komisji
Grażyna Adamska-Galemba
Tomasz Kaczmarek
Arlęta Luczak
Wiesław Morek
Jolanta Henka
Janusz Woźniak

23.07.12r. - Przewodnicząca i Skarbnik ORPIP uczestniczyli w spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia w sprawie dotacji budżetowej z MZ dla Samorządu na rok 2012. Trzygodzinna dyskusja nie zakończyła się kompromisem. Obie strony broniły swoich racji. Umów z zaniżonymi przez Ministerstwo Zdrowia stawkami nie zaakceptował Samorząd.

9.08.12r. - Posiedzenie Komisji Socjalnej - zapomogi otrzymało 11 pielęgniarek i położnych na łączną kwotę 16 100 złotych

16.08.12r. - Posiedzenie Prezydium ORPIP podjęło 67 uchwał (wykaz dostępny na stronie internetowej) oraz omówiono sprawy bieżące.

20.08.12r. - T. Kruczkowska uczestniczyła w posiedzeniu komisji konkursowej na stanowisko Dyrektora POSUM w Poznaniu.

29.08.12r. - Posiedzenie Komisji ds. Przeszkoleń po 5 letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarek/położnych. Na przeszkolenie skierowano 2 pielęgniarki wydano 2 zaświadczenia pielęgniarkom po 6-letniej i 8-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu.

30.08.12r. - Posiedzenie Komisji ds. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych pielęgniarek/położnych (rozpatrzono 4 wnioski pielęgniarek i 1 wniosek położnej).

3.09.12r. - posiedzenie Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego. Przyznano refundację na ogólną kwotę 121 823 zł. Rozpatrzono 105 wniosków pielęgniarek i położnych. Dominowały szkolenia specjalizacyjne i studia licencjackie - 97 pielęgniarek i położnych.

5.09.12r. - Posiedzenie Prezydium Kolegium Pielęgniarek Środowiskowo - Rodzinnych oraz spotkanie Zespołu Pielęgniarek Środowiskowo - Rodzinnych. W czasie spotkania pielęgniarki wysłuchały krótkiej pogadanki na temat pielęgnacji urostomii u pacjentów po hospitalizacji i miały możliwość zapoznania się z podstawowym sprzętem stomijnym.

5.09.12r. - Posiedzenie Prezydium ORPIP, w czasie którego m.in. podjęto 113 uchwał (wykaz dostępny na stronie internetowej).

6.09.12r. - T. Kruczkowska uczestniczyła w posiedzeniu Rady Programowej Magazynu Pielęgniarki i Położnej w siedzibie NRPIP w Warszawie.

10.09.12r. - Posiedzenie Komisji Informacji.

11.09.12r. - Posiedzenie Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego. Przyznano refundację na ogólną kwotę 69 902 zł. Rozpatrzono 57 wniosków pielęgniarek i położnych. Przeważającą część wniosków stanowiła refundacja za studia II stopnia - magisterskie.

- Posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego. Powołane zostały składy osobowe komisji kwalifikacyjnych oraz egzaminacyjnych kursów organizowanych przez OIPIP w Poznaniu oraz innych organizatorów szkoleń.

- Posiedzenie Komisji ds. Polityki Szpitalnej. Wytypowano przedstawicieli ORPIP do pracy w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie i stanowiska ordynatorów.

- Spotkanie Zespołu Pielęgniarek Epidemiologicznych i Centralnych Sterylizatorów, na którym podjęto decyzję o podzieleniu Zespołu na dwa odrębne.

12.09.12r. - Przewodnicząca uczestniczyła w XII Krajowym Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy.

14.09.12r. - Rozpoczął się kurs specjalistyczny „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek zorganizowany przez OIPIP w Poznaniu. Udział w szkoleniu bierze 29 pielęgniarek.

17.09.12r. - Przewodnicząca uczestniczyła w spotkaniu z P. Poseł K. Łybacką, na którym omówiono problemy pielęgniarek i położnych.

18.09.12r. - Posiedzenie Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Pielęgniarek i Położnych.

18-19.09.12r. - T. Kruczkowska i T. Kaczmarek uczestniczyli w posiedzeniu NRPIP, na którym podjęto: 4 Uchwały, 2 Stanowiska i przyjęto 8 Wniosków (dostępne na stronie internetowej NIPiP).

20.09.12r. - Posiedzenie ORPIP, na którym omówiono sprawy bieżące, przedstawiono przebieg posie-

dzenia NR oraz podjęto 56 uchwał (wykaz dostępny na stronie internetowej).

25.09.12r. - Posiedzenie Komisji ds. Etyki Zawodowej.

26.09.12r. - Posiedzenie Komisji ds. Przeszkoleń po 5 letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki/położnej. Wydano 1 skierowanie na przeszkolenie pielęgniarki po 14 latach przerwy w wykonywaniu zawodu.

27.09.12r. - Spotkanie Pełnomocnych Przedstawicieli, w którym udział wzięło 31 osób, połączone ze szkoleniem na temat antybiotykoterapii prowadzonej w placówkach ochrony zdrowia.

- Posiedzenie Komisji Socjalnej. Rozpatrzono 20 wniosków i przyznano zapomogi na łączną kwotę 25 400 zł.

- Przewodnicząca uczestniczyła w Sesji Pielęgniarskiej w czasie XVII Sympozjum Sekcji Pediatrycznej PTAIT. Prezentowano zagadnienia dotyczące urazów u dzieci, roli pielęgniarki w leczeniu rozległych ran urazowych, ryzyka powstawania rozległych odleżyn, urazów wielonarządowych i długoterminowej wentylacji dziecka.

27.09.12r. - Spotkanie Zespołu Opieki Długoterminowej.

1.10.12r. - Posiedzenie Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego. Przyznano refundację na ogólną kwotę 105 144 zł. Rozpatrzono 88 wniosków pielęgniarek i położnych - 73 wnioski dotyczyły refundacji dla osób kończących studia licencjackie i magisterskie.

3.10.12r. - Przewodnicząca T. Kruczkowska uczestniczyła w uroczystej inauguracji roku akademickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

- Posiedzenie Prezydium ORPIP, w czasie którego omówiono sprawy bieżące oraz podjęto 23 uchwały (wykaz dostępny na stronie internetowej).

Opracowała: J. Plens - Gałąska



KONDOLENCJE

Ziogramnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość

o śmierci

Ś P

Eleonory Hojan

wieloletniej, starszej pielęgniarki Środowiskowej, ale nadal wszystko ciepłej, pełnej humoru naszej koleżanki.

Serdeczne wyrazy współczucia dla męża i rodziny składają

pielęgniarki ze Starego Miasta

„PO NOWEMU”

INFORMACJA DLA
INDYWIDUALNYCH I GRUPO-
WYCH PRAKTYK
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Wszystkim pielęgniarkom i położnym pracującym na własny rachunek przypominamy, że dnia 31.12.2012r. mija termin ważności starego rejestru indywidualnych i grupowych praktyk. Tak więc do końca 2012 roku należy dostosować swoją działalność do przepisów ustawy o działalności leczniczej z dnia 6 kwietnia 2011r. (Dz. U. z dnia 7 czerwca 2011r.)

Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na treść art. 23 wymienionej ustawy, zgodnie z którą wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą (jako indywidualna lub grupowa praktyka) muszą mieć sporządzony regulamin organizacyjny, określający sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych.

Co powinien zawierać regulamin szczegółowo opisuje art. 24 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto każda indywidualna/grupowa praktyka winna posiadać podpisaną umowę obojętne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, na szkody będące wynikiem następstw udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania ich udzielenia. Zgodnie z art. 25 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej!

Aktualnie obowiązująca wysokość sum gwarancyjnych ubezpieczenia OC dla pielęgniarek i położnych to 30 000 euro na jedno zdarzenie i 1 500 000 euro na wszystkie zdarzenia.

(W celu uzyskania szczegółów związanych z OC proponujemy zajrzeć na stronę www.interpolska.pl)

UWAŻA!!!

W myśl art. 107 ustawy każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą wpisany do rejestru ma obowiązek zgłaszać w OIPI wszelkie zmiany objęte tymże rejestrem w ciągu 14 dni od ich powstania pod sankcją kar pieniężnych obejmujących wysokość do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na wniosek Komisji ds. Indywidualnych i Grupowych Praktyk działającej przy OIPI.



Praca w Niemczech!

Pielęgniarka / Pielęgniarnia

Zarobki 7200-8800 PLN brutto

NASZ KLIENT OFERUJE:

- Pracę w renomowanej niemieckiej klinice
- Niemiecką umowę o pracę (pakiet niemieckich świadczeń socjalnych, tj. ubezpieczenia chorobowe, emerytalne, zasiłek rodzinny, ubezpieczenia zdrowotne)
- Zatrudnienie na stanowisku Pielęgniarka / Pielęgniarnia lub Pomocnik Pielęgniarki / Pielęgniarnia (decyduje stopień znajomości j. niemieckiego)
- Kursy językowe dające możliwość uzyskania niemieckiego certyfikatu językowego zapewniającego awans zawodowy
- Zakwaterowanie i wyżywienie w klinice na preferencyjnych warunkach

WYMAGANIA:

- Wykształcenie pielęgniarskie (absolwenci liceów medycznych, medycznych szkół pomaturalnych, licencjaci oraz magistrowie pielęgniarstwa i położnictwa)
- Dobra znajomość j. niemieckiego lub certyfikat językowy B2
- Absolwenci bez doświadczenia mile widziani
- Doświadczenie zawodowe będzie dodatkowym atutem

Prosimy o dopisanie w CV następującej klauzuli: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dn. 29.09.97 o Ochronie danych Osobowych; Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.)”

Jeżeli chcesz otrzymać aktualne oferty pracy, prosimy o przesłanie swojego CV wraz z listem motywacyjnym na adres: oferta3@arbeitexpert.pl

ArbeitExpert Sp. z o.o.
Plac Powstańców Śląskich 16 - 18
(wejście od ul. Sudeckiej 74)
53-333 Wrocław

tel: +48 71 758 56 02
fax: +48 71 758 54 18
kontakt@arbeitexpert.pl
KRAZ Nr Rej.: 7625

Chcesz otrzymywać
aktualne oferty pracy?

Zarejestruj się na
www.arbeitexpert.pl

Ogłoszenie płatne.
OIPI nie pośredniczy w zatrudnianiu za granicą.

Decyzja o nałożeniu kary nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Komisja ds. Indywidualnych i Grupowych Praktyk uprawniona jest do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami ustawy, przepisami wydanymi na jej podstawie (art. 111 ustawy o działalności leczniczej).

Zgodnie z ust. 3 art. 111 osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych mają prawo:

- żądać informacji i dokumentacji,
- ocenić realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- wstąpić do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- wglądu do dokumentacji medycznej,
- żądać ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Zatem zalecamy szczególnie zapoznać się z treścią ustawy i życzymy wszelkich sukcesów w prowadzeniu własnej firmy

Agnieszka Urbaniak

Redakcja Biuletynu

Zespół Redakcyjny: Tomasz Kaczmarek, Teresa Kruczkowska, Joanna Piens-Gańska, Wiesław Morek, Teresa Wiśniewska-Korek, Teresa Wiśniewska
Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu. Wszystkie materiały są objęte prawem autorskim. Przedruk materiałów w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody jest zabroniony. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania i dostarczonych materiałów.

Nakład 3500 egz., Data wydania: 19 października 2012r., Wirtualne wydanie Biuletynu: www.oipi-poznan.pl
Skład i tamianna, I&M Studio, ul. Piłsudskiego 31, 60-348 Poznań, tel. 61 861 41 81, e-mail: im-studio@post.pl

Pielęgniarki Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. W. Degi

w obiektywie



Pomieszczenia Izby Przyjęć ORSK im. W. Degi



Starsza pielęgniarka Barbara Wolska
w gabinecie zabiegowym



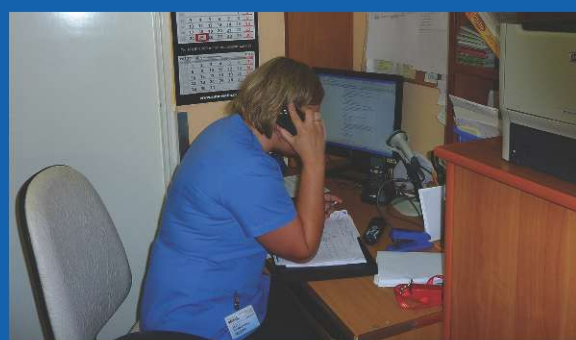
Katarzyna Waraczewska-Wiese kierownik personelu
pielęgniarskiego Izby Przyjęć w dyżurce pielęgniarskiej



Starsza pielęgniarka Iwona Ignys



Starsza pielęgniarka Teresa Ziółkiewicz
na oddziale B-O przy Izbie Przyjęć



mgr Beata Wawrzyniak pielęgniarka koordynująca
oddziałem B-O