



ISSN 1898-9519

BIULETYN

INFORMACYJNY

*Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

Nr 4/72/2009



**BIULETYN
INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca

OIPIP w Białej Podlaskiej

ul. Okopowa 3 pok. 218

21-500 Biała Podlaska

tel. : 083 342 86 28

tel/fax.: 083 343 60 83

e-mail: oiqipbp@poczta.onet.pl

www.oiqip-bp.pl

Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych

Czynne pon.-pt. 8⁰⁰-16⁰⁰

**INFORMATOR OIPIP
W BIURZE OIPIP
DYŻURY PEŁNIA:**

Radca Prawny

mgr Irena Hołubowicz

Czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej

Pielęgniarek i Położnych

mgr Janina Dziejcz-Planda

drugi piątek miesiąca

w godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

Przewodnicząca

Okręgowego Sądu

Pielęgniarek i Położnych

Cecylia Kiełczewska

pierwszy poniedziałek miesiąca

w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

Nr konta OIPIp w Białej

Podlaskiej:

BANK SPÓŁDZIELCZY

90 8025 0007 0025 2858

2000 0010

Rada Programowa Biuletynu

dr n. med. Ewa Czeczewska

dr n. med. Aneta Stanisławek

mgr Dorota Fedoruk

mgr Małgorzata Smędra

Redakcja Biuletynu:

Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk

Elżbieta Celmer vel Domańska

Iwona Denicka, Ilona Bilko

Druk: Zakład Poligraficzny

tel. 083 342 03 53, 083 51 51

W NUMERZE:

- I. Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych1
- II. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych.....2
- III. Ministerstwo Zdrowia informuje.....12
- IV. Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Białej Podlaskiej.....13
- V. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
informuje.....17
- VI. Dział prawny.....18
- VII. Warto wiedzieć.....20
- VIII. Warto przeczytać.....22
- IX. Referaty.....25
- X. Z żałobnej karty.....31

**ZACHĘCAMY CZŁONKÓW
SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA
Z BIULETYNU.**

*Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród
członków Samorządu*

**Koleżanki pielęgniarki i położne jeżeli chcecie
złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje,
zamieścić prace własne - NAPISZCIE - my
wydrukujemy.**

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie
prawo skracania przesłanych tekstów .

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach
elektronicznych (płyta CD)

*OIPIp nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za
granicą dla personelu medycznego!!!*



Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Drogie koleżanki i koledzy

Dobiega końca rok 2009, szkoda, że wraz z upływem czasu nie kończą się problemy w ochronie zdrowia. Kryzys w ochronie zdrowia staje się ciężką i przewlekłą chorobą.

Tym razem zawinił właśnie „ten” kryzys i mniej pieniędzy w NFZ. Dziwne, że dotyka on najbardziej naszej grupy zawodowej i tylko naszym kosztem lata się dziury wielu błędnych decyzji lub brak decyzji co do sposobu i zasad funkcjonowania ochrony zdrowia. Co roku stajemy przed wielką niewiadomą i wyczekujemy pomysłów płatnika co do warunków kontraktowania świadczeń w poz, opiece długoterminowej oraz w zakładach opieki zdrowotnej.

Koniec roku to również czas podsumowań, bilansów a zarazem wyciągnięcia wniosków z dotychczasowych działań. Pragnę przypomnieć, że doczekaliśmy się półmetka V Kadencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Należałoby postawić pytanie czy był to okres owocny? chociaż wiemy, że zawsze może być lepiej. Jednak odpowiedź na to pytanie pozostawiam Wam – członkom naszej izby i wszystkim członkom samorządu.

Systematycznie wraz z każdym wydaniem Biuletynu Informacyjnego dzielę się z Wami wszystkimi działaniami i osiągnięciami Okręgowej Rady na rzecz naszych zawodów i członków naszej izby, również i w tym numerze biuletynu są opisane działania z ostatniego okresu.

Od września Okręgowa Rada zorganizowała 4 bezpłatne szkolenia o różnej tematyce, w tym jedno na terenie SP ZOZ w Radzynie Podlaskim oraz jedną konferencję naukowo-szkoleniową zorganizowaną wspólnie z Państwową Szkołą Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.

Zorganizowaliśmy również po raz pierwszy w dziejach naszej izby wyjazd do teatru na komedię „Koleżanki”. Wspólny wyjazd cieszył się bardzo pozytywną opinią uczestników. Pokazał, że oprócz pracy oraz ciągłego doskonalenia się potrzebujemy odskoczni i relaksu, który pozwoli nabrać dystansu do otaczających nas problemów. Szczególnie pielęgniarki i położne mające poczucie ciągłej troski o innych przez chwilę powinny pomyśleć o sobie. W tym miejscu pragnę podziękować koleżance Danusi Matwiejczuk za inspirację i pomoc w zorganizowaniu tego wyjazdu.

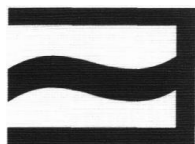
Tym razem również, chcę Was poinformować, że pozyskaliśmy nieodpłatnie dwie pozycje książkowe do biblioteki izby od firmy Sanofi Pasteur. Jest to „Wakcynologia praktyczna” Doroty Mrozek-Budzyn, wydanie I, luty 2009 i „Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach” Jacka Wysockiego i Hanny Czajki, wydanie II 2008.

Koniec roku to także czas wyjątkowy, czas oczekiwania na przyjście Dzieciątka Jezus i z tej okazji składam wszystkim pielęgniarkom i położnym życzenia świąteczne.



*„Z okazji najradośniejszych Świąt Bożego Narodzenia
składam najlepsze życzenia
wszelkiej pomyślności i Łask Bożych w nadchodzącym Nowym Roku 2010.
Życzę, aby te Świąta Bożego Narodzenia
otworzyły drogę do lepszego jutra
a Boża Dziecina natchnęła nadzieją, otuchą i miłością.”*

*Ewa Czeczelewska
Przewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*



Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Koleżanki i koledzy,

Jako członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która na swoich posiedzeniach opracowuje i podejmuje wiele uchwał i stanowisk ważnych dla całego środowiska pielęgniarek i położnych, gorąco zachęcam do zapoznania się w całości z ich treścią.

W tym celu odwołuję Was do źródła, gdzie można je przeczytać <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=212>

Ewa Czezelewska

L.p.	Nr stanowiska	W sprawie
1.	Stanowisko nr 28 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2009 r.	nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
2.	Stanowisko nr 29 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej
3.	Stanowisko nr 30 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie wykonywania zawodu pielęgniarki przez położną oraz zawodu położnej przez pielęgniarkę
4.	Stanowisko nr 31 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2009 r.	w sprawie wykreślenia zawodu położnej z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą

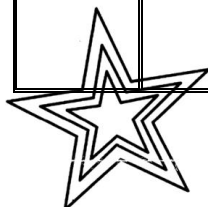


L.p.	Nr Uchwały	W sprawie
1.	Uchwała nr 116/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009r.	w sprawie wprowadzenia procedury kontroli organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
2.	Uchwała nr 117/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie podpisania umowy licencyjnej z Wydawnictwem Lekarskim PZWL
3.	Uchwała nr 118/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie korekty budżetu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych na rok 2009 i ustalenia prowizorium budżetu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych na pierwszy kwartał 2010 r.
4.	Uchwała Nr 119/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie kandydata Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do Rady Akredytacyjnej powoływanej przez Ministra Zdrowia w trybie art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia
5.	Uchwała Nr 120/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych	w sprawie kandydata Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do Rady Konsultacyjnej działającej przy Prezesie Agencji Oceny



	z dnia 16 września 2009 r.	Technologii Medycznych
6.	Uchwała Nr 121/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie zmiany uchwały nr 17/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 marca 2008 r. w sprawie składu osobowego komisji problemowych i zespołów stałych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
7.	Uchwała nr 122/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie zmiany załącznika do uchwały nr 14/V/2008 NRPiP z dnia 11 marca 2008 r. w sprawie regulaminu działania komisji problemowych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
8.	Uchwała nr 123/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie przyznania pomocy finansowej osobom dotkniętym skutkami klęski żywiołowej
9.	Uchwała nr 124/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie przyznania wyróżnienia samorządowego 2009 r.
10.	Uchwała nr 125/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2009 r.	w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego
11.	Uchwała nr 126/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2009 r.	w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
12.	Uchwała nr 127/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2009 r.	w sprawie upoważnienia Prezydium NRPiP do zrealizowania uchwały nr 123/V/2009 w sprawie przyznania pomocy finansowej osobom dotkniętym skutkami klęski żywiołowej

L.p.	Stanowisko	w sprawie
1.	Stanowisko nr 32 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku	w sprawie wydłużenia terminu dostosowawczego dla pomieszczeń i gabinetów, w których można wykonywać indywidualną i grupową praktykę pielęgniarek i położnych
2.	Stanowisko nr 33 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku	w sprawie uregulowania przepisów dot. transportu przez pielęgniarkę materiału biologicznego pobranego w domu pacjenta
3.	Stanowisko nr 34 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku	w sprawie wprowadzenia do obowiązujących przepisów prawa definicji pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej, pielęgniarki praktyki w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
4.	Stanowisko nr 35 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku	w sprawie zmian do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
5.	Stanowisko nr 36 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 roku	w sprawie nałożenia na oferentów, będących zakładami opieki zdrowotnej obowiązku przestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych
6.	Stanowisko nr 37 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r.	dotyczące nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2009 Nr 139, poz. 1139) w zakresie zmiany nazwy „pracownik medyczny wykonujący szczepienia ochronne” na nazwę „pielęgniarka gabinetu zabiegowego i punktu szczepień”



BIULETYN INFORMACYJNY OIPI

7.	Stanowisko nr 38 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r.	w sprawie pilnego ogłoszenia konkursów ofert w przedmiocie pielęgniarskiej opieki długoterminowej
----	--	---

L.p.	Nr Uchwały	W sprawie
1.	Uchwała Nr 128/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 grudnia 2009 r.	w sprawie powołania komisji lekarskiej dla dokonania oceny niezdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu pielęgniarki
2.	Uchwała nr 129/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r.	w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
3.	Uchwała nr 130/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r.	w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
4.	Uchwała nr 131/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r.	w sprawie planu pracy Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych na rok 2010
5.	Uchwała nr 132/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 grudnia 2009 r.	w sprawie zmiany uchwały nr 33/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 marca 2008 r. w sprawie wydawania „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”
6.	Uchwała nr 133/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2009 r.	w sprawie stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych odnośnie utrzymania w projekcie nowej ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych zakazu pełnienia tej samej funkcji w organach izb pielęgniarek i położnych dłużej niż dwie następujące po sobie kadencje
7.	Uchwała nr 134/V/2009 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2009 r.	w sprawie przyjęcia wykazu priorytetowych dziedzin pielęgniarstwa lub położnictwa, które powinny być przedmiotem przetargu na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych ze środków finansowych budżetu państwa na rok 2010.

Źródło: <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=212>



NIPiP/NRPiP/DM/0055/310/09

Warszawa, dnia 18 września 2009r.

Pani / Pan
Przewodnicząca / Przewodniczący
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W związku z nadal zgłaszanymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wątpliwościami, dotyczącymi treści art. 67 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, zm.; zm. Dz. U. z 2009 r. Nr 76, poz. 641), w załączeniu przesyłam opinię Pana Andrzeja Bilińskiego – Zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego w powyższej kwestii.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP
(-)Elżbieta Garwacka-Czachor


GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
Andrzej Wojtyła

2009-09-31
Warszawa, dnia.....

GIP-EP-022-39/TS/09

**Pani
Elżbieta GARWACKA –
CZACHOR**

**Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Al. Ujazdowskie 22
00-478 Warszawa**

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 6.08.2009r. znak NIPiP/NRPiP/DM/0055/225/09 uprzejmie informuję, że zgodnie z brzmieniem art.67 pkt 3 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 roku (Dz. U. nr 234, poz. 1570) do dnia 31 grudnia 2015 roku szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nie posiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 cytowanej ustawy, o ile posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie prowadzenia szczepień ochronnych.

Osoby nie posiadające kwalifikacji do przeprowadzania szczepień ochronnych zgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień z dnia 19 grudnia 2002 roku (Dz.U. Nr. 237, poz. 2018 z późn. zm.) winny odbyć w ramach doskonalenia zawodowego specjalistyczny kurs w tym zakresie.

e powiadomieniem
Główny Inspektor Sanitarny
P. Bilinski
Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego



GŁÓWNY INSPEKTORAT PRACY
DEPARTAMENT NADZORU I KONTROLI

Warszawa, 28.10.2009r.

GNN/343/032-115/2009

**Pani
Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes
Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych
Al. Ujazdowskie 22
00-478 Warszawa**

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na pismo z 22 października 2009 r., znak: NIPiP/NRPiP/DM/0059/218/09 uprzejmie informuję, że w 2008r. inspektorzy pracy kontrolowali szpitale w zakresie zagrożeń układu mięśniowo-szkieletowego przy ręcznych pracach transportowych.

W załączeniu przesyłam sprawozdanie z realizacji tych kontroli.

Zał. Sprawozdanie

e powiadomieniem
P. O. DYREKTORA
Departamentu Nadzoru i Kontroli
L. L.
dr Grzegorz Łyjak

„Zagrożenia układu mięśniowo-szkieletowego u osób pracujących w szpitalach przy ręcznych pracach transportowych”

Skontrolowano 198 zakładów opieki zdrowotnej (szpitali) zatrudniających 103 tys. pracowników, w tym 84 tys. kobiet. Organem założycielskim 53 zoz był urząd marszałkowski, 74 – starostwo powiatowe, 28 szpitali należało do miasta na prawach powiatu, a pozostałe do spółek z o.o. lub innych (np. gminy, MSWiA).

Tylko 6 szpitali nie miało opracowanego programu dostosowanego do wymagań określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*.

Z własnej kuchni korzystało 95 zakładów. Pralnie funkcjonowały w 42 zakładach (w pozostałych prowadzenie tych usług pracodawcy zlecił wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym).

W kontrolowanych szpitalach pod opieką lekarską przebywało ponad 18 tys. pacjentów. Przy pracach związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego zatrudnionych było 18,7 tys. pracowników, w tym przy pracach związanych z ręcznym dźwiganiem i przenoszeniem pacjentów – 15 tys. (głównie pielęgniarki - 12,5 tys.) na oddziałach łóżkowych (m.in. neurochirurgii, chirurgii: urazowej, ogólnej, onkologicznej, a także ortopedii, anestezjologii i intensywnej terapii). Pozostali pracownicy narażeni na obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego, to przede wszystkim salowe (399 osób), pracownicy kuchni (1392 osoby) i pralni (306 osób).

W wypadkach przy pracy związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, jakie wydarzyły się w kontrolowanych zoz w latach 2005 – 2007, poszkodowanych zostało 654 pracowników. Wypadki te stanowią ok. 20% wszystkich wypadków przy pracy w zakładach ochrony zdrowia.

Jak już zaznaczono, poszkodowanymi na skutek nadmiernego obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego były głównie pielęgniarki, które doznały urazów podczas wykonywania prac związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów. Były to przede wszystkim urazy kręgosłupa na odcinku lędźwiowo-krzyżowym i dyskopatie pourazowe kręgosłupa, a ponadto naderwanie ścięgien, mięśni, przepuklina pachwinowa. Urazy te w większości skutkowały długotrwałymi zwolnieniami lekarskimi, nawet do roku. Średnio wskaźnik ciężkości tego rodzaju wypadków z lat 2005 - 2007 wyniósł 56 dni niezdolności do pracy na jednego poszkodowanego i był znacznie wyższy od wskaźnika ciężkości wszystkich wypadków, jakie wydarzyły się w sektorze „ochrona zdrowia i pomoc społeczna” (36 dni).

W dużej części protokołów z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadków związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, brak było opisu miejsca zdarzenia, informacji o ciężarze ciała podnoszonego pacjenta, o sposobie wykonywania czynności, przyjętej pozycji ciała przy dźwiganiu i technice podnoszenia. Zespoły powypadkowe - jako przyczyny większości wypadków – ustaliły: wykonywanie pracy w niedostatecznej obsadzie (jednoosobowo), brak właściwego sprzętu pomocniczego, przekroczenie norm dźwigania oraz brak ostrożności. Jednak tylko w 3% zbadanych przez inspektorów pracy protokołach powypadkowych zespół powypadkowy zalecił pracodawcy zakup urządzeń pomocniczych, ułatwiających dźwiganie. W pozostałych zalecano z reguły wykonywanie prac związanych z dźwiganiem pacjentów w obsadzie wieloosobowej (co wobec ograniczonej przestrzeni przy łóżku w wielu przypadkach jest praktycznie niemożliwe do wykonania), omówienie wypadku z pracownikami podczas szkolenia bhp, pouczenie poszkodowanego pracownika o zachowaniu ostrożności lub też nie określono żadnych wniosków profilaktycznych. Pracodawcy nie czuli się więc zobowiązani do podejmowania skutecznych działań w celu wyeliminowania przyczyn wypadków przy pracy. Świadczy to o niedostatecznym przygotowaniu fachowym pracowników służb bhp, niezbędnym przy ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy.

Podczas kontroli inspektorzy pracy ujawnili także, że bagatelizowane były drobne zdarzenia wypadkowe i ich skutki (zakłucia, gwałtowne bóle w układzie mięśniowo-szkieletowym w trakcie wykonywania czynności), dla których nie sporządzono dokumentacji powypadkowej. Wyegzekwowali więc ich sporządzenie.

Zagadnienia, w zakresie których stwierdzono liczne nieprawidłowości
(dla porównania podano również wyniki kontroli zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych z 2007 r.)

Zagadnienie	Odsetek kontrolowanych zoz, w których stwierdzono nieprawidłowości	
	2007 (zoi, zpo)	2008 (szpitale)
Uwzględnienie w programach szkoleń w dziedzinie bhp zagrożeń wynikających z obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	60	46
Zamieszczanie w skierowaniach na badania informacji o wykonywaniu pracy w warunkach obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	40	31
Uwzględnienie ćwiczeń praktycznych w zakresie bezpiecznego podnoszenia i przenoszenia pacjentów w programach szkolenia wstępnego	25	28
Uwzględnienie w ocenie ryzyka zawodowego na stanowiskach pielęgniarek i sanitariuszy zagrożeń wynikających z obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	68	31
Instrukcje dotyczące bezpiecznego podnoszenia i przenoszenia pacjentów	58	42
Ustawienie łóżek w sposób zapewniający swobodny do nich dostęp	59	66
Możliwość wyprowadzenia łóżka z pokoju bez konieczności przesuwania innego łóżka	40	61
Wyposażenie łazienek pacjentów w wózki-wanny	52	81
Urządzenia pomocnicze do podnoszenia i przemieszczania pacjentów	38	60
Możliwość regulacji wysokości łóżka	33	46

Wyniki kontroli wskazują, że w szpitalach problemem przy wykonywaniu prac związanych z ręcznym dźwiganiem, głównie pacjentów, jest niedostateczne uświadomienie pracownikom zagrożeń, jakie wiążą się z wykonywaną pracą oraz sposobów przeciwdziałania nadmiernym obciążeniom układu mięśniowo-szkieletowego. Brak odpowiedniej wiedzy i świadomości w tym zakresie przejawiają nie tylko pracownicy wykonujący bezpośrednio prace związane z dźwiganiem, ale również osoby nadzoru oraz służby bhp.

Prawie połowa pracodawców nie uwzględniła w programach szkoleń w dziedzinie bhp zagrożeń związanych z obciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego, a w co czwartym zakładzie nie przeszkolono pracowników, których praca wiązała się z dźwiganiem ciężarów, w tym pacjentów, w zakresie bezpiecznego wykonywania tych prac (dotyczyło 16% pracowników objętych kontrolą). W 28% szpitali, w których pracownicy zostali przeszkoleni brak było w programach szkoleń - ćwiczeń praktycznych w zakresie prawidłowych sposobów wykonywania ręcznych prac transportowych, w tym związanych z podnoszeniem i przemieszczaniem pacjentów.

Pracownicy potwierdzają, że system kształcenia w sposób marginalny traktuje zagadnienia ergonomii i obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego. Problem ten występuje

możliwości regulacji wysokości, co wymuszało przyjmowanie niewłaściwej pozycji ciała podczas pielęgnacji pacjenta (w tym dźwigania).

Przyczyny naruszeń prawa według inspektorów pracy:

- brak dostatecznej wiedzy pracodawców i ich służb w zakresie zagrożeń wynikających z ręcznego przemieszczania rzeczy i osób oraz sposobów eliminacji lub ograniczania tych zagrożeń,
- niezajomość przez pracodawców i pracowników przepisów i zasad ergonomii dotyczących ręcznych prac transportowych,
- lokalizacja szpitali często w zaadaptowanych obiektach, które nie spełniają wymagań technicznych,
- brak odpowiedniej obsady na stanowiskach pielęgniarek,
- nierzetelne wykonywanie obowiązków przez służby bhp lub przez osoby, którym pracodawcy zlecieli wykonywanie zadań tej służby,
- niedostateczna współpraca pracodawców z lekarzami sprawującymi profilaktyczną opiekę nad pracownikami,
- brak należytej dbałości o sprawy związane z bezpieczeństwem i higieną pracy.

Pracodawcy natomiast wskazywali - jako przyczyny uchybień - głównie brak dostatecznych środków finansowych na dostosowanie pomieszczeń i stanowisk pracy do aktualnie obowiązujących przepisów, a także na zakup nowych urządzeń technicznych i innych środków pomocniczych ułatwiających pielęgnację pacjentów oraz ograniczających do minimum wysiłek fizyczny.

Ze względu na wysoką skalę stwierdzonych nieprawidłowości, zagrożeń oraz wypadków konieczne jest:

- kontynuowanie w tym obszarze działań kontrolnych Państwowej Inspekcji Pracy;
- upowszechnianie wiedzy na temat zagrożeń i sposobów ograniczania ryzyka zawodowego związanego z przeciążeniem układu mięśniowo-szkieletowego (Państwowa Inspekcja Pracy wydała broszurę pt: „Jak chronić układ mięśniowo-szkieletowy podczas pracy” oraz plakat i ulotkę nt. bezpiecznej opieki nad chorym bez narażania się na obciążenie mięśniowo-szkieletowe; publikacje te będą nadal rozpowszechniane w zakładach opieki zdrowotnej);
- promowanie wdrażania systemów zarządzania bezpieczeństwem w zakładach opieki zdrowotnej;
- poszerzenie programów kształcenia pielęgniarek o zagadnienia dotyczące bezpiecznych sposobów i technik dźwigania ciężarów, w tym pacjentów, z uwzględnieniem zajęć praktycznych;
- znowelizowanie rozporządzeń: *Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14.03.2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz Rady Ministrów z 10.09.1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet, w kierunku wzmocnienia ochrony zdrowia pracowników, szczególnie kobiet wykonujących prace związane z dźwiganiem i przemieszczaniem osób;*
- ujęcie w wykazie chorób zawodowych - schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa powodowane dźwiganiem osób podczas sprawowania nad nimi opieki.

Jak chronić układ mięśniowo – szkieletowy

PRACA W SŁUŻBIE ZDROWIA

Większości osób praca w służbie zdrowia, szczególnie praca pielęgniarek, pielęgniarzy, opiekunów i personelu pomocniczego kojarzy się z pełną troski opieką nad pacjentem. Niewiele osób zdaje sobie sprawę, że

zawody te, poza pomaganiem innym ludziom, wiążą się także z licznymi zagrożeniami zdrowia. Narażenie na czynniki biologiczne i chemiczne w miejscu pracy, ciągła dyspozycyjność i odpowiedzialność za zdrowie lub życie pacjentów, konieczność obsługi skomplikowanego i

drogiego sprzętu medycznego oraz narażenie na agresję ze strony niezadowolonych pacjentów lub ich rodzin powoduje, że jest to praca bardzo obciążająca psychicznie. Dodatkowo, starzenie się społeczeństwa oraz kłopoty finansowe służby zdrowia sprawiają, że w szpitalach, sanatoriach i ośrodkach pomocy społecznej pojawia się coraz większa liczba pacjentów przy coraz mniejszej obsadzie personelu. Wszystko to powoduje, że mimo postępu technicznego, narasta obciążenie fizyczne pielęgniarek, pielęgniarzy, opiekunów i pracowników obsługi wykonujących czynności pielęgnacyjne, obsługowe i prace transportowe.

PRACE ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO WYSTĄPIENIA DOLEGLIWOŚCI MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYCH W SŁUŻBIE ZDROWIA

Konieczność długotrwałej pracy w pozycji stojącej, konieczność obsługi pacjentów przy pochylonym lub skręconym tułowiu, konieczność pomocy pacjentom niepełnosprawnym podczas codziennych czynności, konieczność podnoszenia pacjentów po upadku czy transportowania ciężkiego sprzętu medycznego – wszystko to powoduje, że pracownicy służby zdrowia narażeni są na spowodowane wypadkami oraz sposobem wykonywania pracy urazy i przeciążenia układu mięśniowo-szkieletowego. Dodatkowo, ryzyko to jest zwiększane przez trudności w oszacowaniu wagi pacjentów, ograniczone miejsce uchwytu dla dłoni czy brak współpracy ze strony pacjentów niepełnosprawnych lub nieprzytomnych.

Na zagrożenia ze strony układu mięśniowo-szkieletowego narażone są również osoby wykonujące prace usługowe w sektorze opieki zdrowotnej, takie jak przyjęcia towarów, prace magazynowe, konserwacyjne, sprzątanie, pranie, gotowanie i dostarczanie posiłków dla dużych ilości osób.

DOLEGLIWOŚCI MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWE

Jeżeli ręczne prace transportowe wymagają nadmiernego wysiłku fizycznego, dużej ilości powtórzeń i przez wiele lat wykonywane są w jednakowy sposób w nieergonomicznych warunkach pracy i nieprawidłowej pozycji ciała, mogą prowadzić do:

- przewlekłych zapaleń:
- ścięgien i ich pochewek,
- kaletki maziowej,
- okołostawowego barku,
- nadkłykcia kości ramiennej,
- uszkodzeń łąkotki lub torebki stawowej,
- zmęczeniowego złamania kości,
- martwicy kości,
- bólów kręgosłupa,
- choroby zwyrodnieniowej stawów,
- zespołów:
- cieśni w obrębie nadgarstka,
- rowka nerwu łokciowego.

CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO WYPADKÓW I URAZÓW PODCZAS WYKONYWANIA RĘCZNYCH PRAC TRANSPORTOWYCH

Ryzyko wystąpienia wypadków i urazów układu mięśniowo-szkieletowego dramatycznie wzrasta gdy w zakładzie:

Czynniki fizyczne

- używa się znacznej siły fizycznej podczas pracy,
- czynności ręcznego podnoszenia i przenoszenia są wielokrotnie powtarzane w ciągu dnia pracy,
- przyjmuje się niewygodne, statyczne pozycje ciała (praca na kolanach, w pochyleniu, długotrwałe utrzymywanie ciężaru w pozycji stojącej lub ponad głową),
- występuje miejscowy ucisk ładunków, sprzętu lub narzędzi na ciało,
- występują wibracje.

Przenoszone przedmioty

- są ciężkie,
- duże,
- trudne do utrzymania,
- nie wyważone, chwiejne lub niestabilne,
- trudne do objęcia lub chwycenia,
- ograniczają pole widzenia pracownika – zwiększające możliwość obrażeń na skutek potknięcia, upadku lub kolizji.

Wykonywane czynności

- są zbyt męczące – wykonywane zbyt często lub zbyt długo,
- wymagają zginania lub skręcania tułowia,
- wymagają utrzymywania ramion ponad głowę,
- wymagające powtarzania ciągle tych samych czynności.

Miejsce pracy

- nie zapewnia dostatecznej przestrzeni na ręczne przemieszczanie ciężarów, co powoduje konieczność manewrowania ciężarem, utratę stabilności i niebezpieczne, nagłe zmiany pozycji ciała podczas przenoszenia),
- ma nierówne, śliskie drogi transportowe,
- nie zapewnia właściwej temperatury (wysokie temperatury zwiększają potliwość dłoni utrudniającą utrzymanie ciężaru; niskie temperatury utrudniające krążenie krwi i usuwanie toksycznych produktów przemiany materii z mięśni i powodują szybsze zmęczenie, drętwienie kończyn oraz możliwość upuszczenia przenoszonego przedmiotu,
- ma niedostateczne oświetlenie zmuszające pracowników do przyjmowania skręconych lub pochylonych pozycji w celu dokładniejszej obserwacji wykonywanych czynności,
- powoduje duży hałas odwracający uwagę od wykonywanych czynności oraz powodujący napięcie psychiczne.

Czynniki psychospołeczne

- pracownikom stawia się duże wymagania ilościowe dot. wykonywanej pracy,
- praca wykonywana jest pod presją czasu lub w szybkim tempie,
- pracownikom zleca się wyłącznie ręczne prace transportowe (monotonia),
- pracownikom ogranicza się autonomię i swobodę decyzji dot. sposobu i tempa wykonywania pracy,
- pracownikom brakuje wsparcia i pomocy ze strony kierownictwa i osób nadzorujących (brak informacji, brak decyzji, brak sprzętu),

- pracownicy nie udzielają sobie wzajemnie pomocy (z powodu zmęczenia, narzuconej rywalizacji, konfliktów w zespole).

Czynniki indywidualne

- pracownicy nie mają doświadczenia przy wykonywaniu ręcznych prac transportowych (pracownicy nowozatrudnieni lub młodociani),
- pracownicy mają złe nawyki lub nie posiadają wiedzy na temat wykonywanej pracy i związanych z nią zagrożeń (brak lub złe szkolenia bhp),
- możliwości fizyczne pracowników są niedostosowane do wykonywanych czynności (niewielka masa ciała, niewielka siła mięśni i mniejsza wydolność organizmu - kobiety),
- pracownicy przebyli w przeszłości choroby układu mięśniowo-szkieletowego,
- pracownicy posiadają długi staż pracy w zawodzie (urazy kumulacyjne),
- są w podeszłym wieku (naturalne starzenie się układów organizmu, w tym mięśniowo-szkieletowego),
- cierpią na otyłość.

Osoby wykonujące ręczne prace transportowe lub zlecające taką pracę innym osobom powinny mieć świadomość, że wykonywanie tego typu pracy jest źródłem wielu zagrożeń.

Ręczne prace transportowe zwiększają ryzyko wypadków, urazów, złamań i dolegliwości bólowych. Ich doświadczanie powoduje cierpienie pracowników, zwolnienia chorobowe i nieobecność w pracy. Długotrwałe wykonywanie prac transportowych w nieprawidłowych warunkach lub pomimo występowania ostrzegawczych sygnałów bólowych może prowadzić do niepełnosprawności, utraty pracy i dotychczasowego źródła dochodu oraz odejścia na renty wykwalfikowanych pracowników.

ZAPOBIEGANIE DOLEGLIWOŚCIOM MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYM W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA

Zapobieganie dolegliwościom mięśniowo-szkieletowym w placówkach ochrony zdrowia polega na:

- [1] Unikaniu planowania i zlecania prac mogących powodować schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego.
- [2] Eliminowaniu ryzyka powstawania urazów u źródła (np.: automatyzacja procesu produkcji, ergonomiczne stanowiska pracy).
- [3] Przystosowywaniu pracy i stanowisk pracy do pracowników, a nie odwrotnie (np.: czas pracy, wysokość stołów i blatów roboczych).
- [4] Przystosowywaniu zakładu i procesów pracy do zachodzących w świecie zmian technicznych i technologicznych (zakup nowych maszyn, aparatury, sprzętu, technologii).
- [5] Wprowadzaniu w pierwszej kolejności środków ochrony zbiorowej, a dopiero potem środków ochrony indywidualnej pracowników.

[6] Dokonaniu oceny ryzyka w sytuacjach, w których nie udało się usunąć ręcznych prac transportowych.

[7] Odpowiednim instruowaniu pracowników o pozostałych zagrożeniach i sposobach zapobiegania im.

[8] Zatrzymywaniu w pracy pracowników doświadczających dolegliwości mięśniowo-szkieletowych (pomocy w leczeniu, rehabilitacji i ponownym włączeniu do aktywności zawodowej po jej zakończeniu).

Zapobieganie dolegliwościom mięśniowo-szkieletowym wynikającym z pracy powinno przebiegać w kilku, kolejno następujących po sobie etapach.

ETAP 1. ZAPEWNIENIE ERGONOMICZNYCH POMIESZCZEŃ PRACY – INFORMACJE DLA PRACODAWCÓW

ETAP 2. ELIMINACJA RĘCZNEGO PODNOSZENIA I PRZENOSZENIA CIĘŻARÓW – INFORMACJE DLA PRACODAWCÓW

ETAP 3. ZAPEWNIENIE WŁAŚCIWEJ ORGANIZACJI PRACY – INFORMACJE DLA PRACODAWCÓW I OSÓB KIERUJĄCYCH PRACOWNIKAMI

ETAP 4. WYKONYWANIE CZYNNOŚCI RĘCZNEGO PODNOSZENIA I PRZENOSZENIA CIĘŻARÓW ZGODNIE Z ZASADAMI ERGONOMII – INFORMACJE DLA PRACOWNIKÓW

ETAP 5. OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO – INFORMACJE DLA SPECJALISTÓW BHP

Metoda Poziomu I

Metody Poziomu II

Metoda Poziomu III

ETAP 6. PROFILAKTYKA – INFORMACJE DLA WSZYSTKICH

PRZEPISY PRAWA

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 213, poz. 1568)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. (Dz.U. nr 69, poz. 332 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. nr 180, poz. 1860 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (Dz. U. nr 26 poz. 313 z późn. zm.)

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz.U. nr 114, poz 545 z późn. zm.)

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu prac wzbudzonych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac (Dz.U. nr 200, poz. 2047 z późn. zm.)



Warszawa, dnia 6 czerwca 2008r.

Opinia prawna w sprawie prowadzenia indywidualnej praktyki pielęgniarki, potomnej w zakładzie opieki zdrowotnej

Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. z 2001r. Dz. U. Nr 57, póź. 602 ze zm.) nie zakazuje wprost indywidualnej praktyce pielęgniarki, położnej wykonywania świadczeń zdrowotnych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie tomowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jednakże analiza przepisów ustawy oraz przepisów wykonawczych w powyższym zakresie, wskazuje na brak możliwości wykonywania świadczeń przez pielęgniarką położną w formie indywidualnej praktyki w zoz.

W przypadki! indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej wyłącznie w miejscu wezwania zwrócić należy uwagę na przepis art 25 ust. 4 pkt 2 ustawy o zawodach, który jednoznacznie stanów, że pielęgniarką, położną wykonującą indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub stałego pobytu pacjenta. Powyższy przepis wskazuje na miejsce wykonywania świadczeń na rzecz pacjenta którym jest miejsce jego zamieszkania lub miejsce stałego pobytu. Należy zatem wysnuć wniosek, iż wykonywanie pielęgniarskich, położniczych świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania nie może mieć miejsca w oddziale szpitalnym, chociażby z tego względu, że szpital nie jest miejscem stałego pobytu lub miejscem zamieszkania pacjenta.

Natomiast w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej art. 25 ust, 2 pkt 3 ustawy o zawodach nakazuje pielęgniarsce, położnej posiadać pomieszczenie wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny, w którym będzie wykonywana praktyka, oraz opinię państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych. Opinia powiatowego inspektora sanitarnego o spełnieniu wymogów winna odnosić się do gabinetu pielęgniarki, położnej, do którego pielęgniarka, położna posiada tytuł prawny (własność, najem, użyczenie itp), a nie do pomieszczenia, w którym wykonywane są usługi medyczne przez zakład opieki zdrowotnej. Innymi słowy opinia powiatowego inspektora sanitarnego winna zawierać wprost wskazanie gabinetu pielęgniarki, położnej. Brak jest natomiast przesłanek do stwierdzenia, że gabinet zlokalizowany w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym pielęgniarki, położne wykonują zabiegi, jest wyłącznie gabinetem, w którym pielęgniarka położna wykonuje swoją praktykę, na rzecz swoich, a nie szpitala, pacjentów. Tym bardziej, że Minister Zdrowia wydał w powyższym zakresie odrębne rozporządzenie* a mianowicie rozporządzenie z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrów ornych (Dz. U. Nr 56, póź, 397), które jest aktem wykonawczym do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Nie bez znaczenia pozostaje również przepis art i ust. 5 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 199r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 14, póź. 89 ze zm.), który stanowi, że w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej^ indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej, a także grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,

Odrębną kwestią związaną bezpośrednio z wykonywaniem indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej, jest obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, nałożony na te podmioty przepisem art 20 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, W powyższym zakresie obowiązuje aktualnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003n w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (B/. IŁ Nr 147, póź, 1437). Odnośnie dokumentacji medycznej prowadzonej w zakładach opieki zdrowotnej zastosowanie mają zupełnie inne przepisy prawa, mianowicie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz: sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, póź, 1819 z późn, zm.)

Wskazane powyżej przepisy prawa, uniemożliwiają^ zatem dokonanie stosownego wpisu do rejestru indywidualnych praktyk wyłącznie w miejscu wezwania lub w gabinecie ze wskazaniem wykonywania praktyki w zakładzie opieki zdrowotnej.

(-) Iwona Choromańska
radca prawny NRPiP

Ministerstwo Zdrowia informuje

MINISTERSTWO ZDROWIA
RZECZNIK PRASOWY

Warszawa, 20.11.2009 roku

Informacja w sprawie skrócenia studiów pomostowych dla pielęgniarek, absolwentów liceów medycznych

19 listopada 2009 r. do Ministerstwa Zdrowia została przekazana przez Komisję Europejską informacja o pomyślnym efekcie rozmów dotyczących liczby godzin kształcenia uzupełniającego dla absolwentów liceów medycznych kształcących pielęgniarki i położne. Na posiedzeniu Komitetu ds. uznawania kwalifikacji ostatecznie podsumowano wynik uzgodnień przyjmując polską propozycję, przygotowaną przez resort zdrowia. Uzyskany rezultat to skrócenie kształcenia pomostowego, które obecnie będzie wynosiło 1150 godzin kształcenia zawodowego, w ciągu dwóch semestrów.

Przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej polski system kształcenia pielęgniarek i położnych opierał się na różnych typach szkół takich jak licea medyczne i medyczne szkoły zawodowe. Opinia ekspertów unijnych na temat polskiego systemu kształcenia była jednoznaczna i wskazywała na to, że polskie pielęgniarki i położne nie spełniają standardów kształcenia europejskiego, gdyż liczba godzin kształcenia zawodowego była zbyt mała. Zgodnie z wytycznymi Komisji Europejskiej od 2004 roku kwestia kształcenia uzupełniającego pielęgniarek i położnych jest regulowana rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Regulacje zawarte w tym rozporządzeniu największą liczbą godzin kształcenia uzupełniającego nakładają na licealistki tj. 1633 i 3000 godz. (w zależności od czasu kiedy rozpoczęte zostało kształcenie). Wymogi zawarte w rozporządzeniu spotkały się z krytyką ze strony środowiska pielęgniarek i położnych. Minister Zdrowia Ewa Kopacz, dostrzegając ten problem, podjęła działania zmierzające do ponownego ustalenia liczby godzin kształcenia uzupełniającego dla absolwentów liceów medycznych. Procedura w tej sprawie wymagała licznych uzgodnień z Komisją Europejską. W dalszej kolejności sprawa została skierowana do rozpatrzenia przez Komitet ds. uznawania kwalifikacji składający z przedstawicieli wszystkich państw członkowskich, a następnie na posiedzenia grupy koordynatorów.

Mimo wątpliwości zgłaszanych przez niektóre państwa członkowskie, dzięki staraniom strony polskiej Komitet ds. uznawania kwalifikacji zaakceptował regulacje przygotowane przez resort zdrowia.

*/-/ Piotr Olechno
Rzecznik Prasowy*

© 2007 Ministerstwo Zdrowia
© 2002-2007 Platforma Activeweb Medical Solutions.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾ z dnia 22 maja 2009 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 52, poz. 543, z późn. zm.³⁾) załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do wynagrodzeń należnych od dnia 1 stycznia 2009 r.

§ 3.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

TABELA MIESIĘCZNYCH STAWEK WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO

Kategoria zaszeregowania	Kwota w zł
I	1020-1280
II	1020-1300

III	1020-1320
IV	1030-1370
V	1040-1470
VI	1060-1570
VII	1080-1690
VIII	1100-1810
IX	1120-1930
X	1140-2050
XI	1160-2170
XII	1180-2290
XIII	1200-2420
XIV	1230-2600
XV	1300-2850
XVI	1440-3100
XVII	1580-3350
XVIII	1720-3650
XIX	1860-3950
XX	2000-4250
XXI	2150-4550
XXII	2320-4850

Przekazują Informację z Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia, że na stronie internetowej MZ www.mz.gov.pl w linku aktualności znajduje się dokument pt.: „Informator dla zakładów opieki zdrowotnej, indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich i indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych – Małoletnie w ciąży,,

Ze względu na bardzo istotne informacje, zawarte w niniejszym materiale proszę o zapoznanie się z nim przez pielęgniarki i położne świadczące opiekę nad kobietami w ciąży.

Ewa Czezelewska
Przewodnicząca ORPiP
w Białej Podlaskiej



**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Koło Liderów Pielęgniarstwa przy ZG PTP
serdecznie zapraszają do udziału w V Ogólnopolskim Konkursie
„Pielęgniarka Roku 2009”**

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Zapraszamy do udziału w Konkursie

Liczymy na rozpropagowanie informacji we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej na terenie działania Oddziałów PTP.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu;

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach **do dn. 31.01.2010r.**
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 5.03.2010r godz.12.⁰⁰**
- III etap – prezentacja własna (**szczegóły Komunikat nr 2, strona www.ptp.na1.pl**)

Dodatkowe informacje: Dorota Jacyna e-mail: dorotajacyna@gmail.com; tel (0-22) 861-02-46 kom.0-509-759-219

Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych



Uchwały podjęte podczas posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	52/V/09	10 września 2009r.	przyznania zapomogi losowej
2.	53/V/09		przyznania zapomogi losowej
3.	54/V/09		wsparcia finansowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
4.	55/V/09		zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek
5.	56/V/09		zmiany wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek
6.	57/V/09		wytypowania przedstawiciela samorządu w pracach komisji kwalifikacyjnej i komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego kształcenia podyplomowego
7.	58/V/09	15 grudnia 2009r.	umowy o świadczenie usług hostingowych
8.	59/V/09		przedłużenia umowy zlecenia z Księgową Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
9.	60/V/09		przedłużenia umowy zlecenia z Radcą Prawnym
10.	61/V/09		zamówienia prenumeraty czasopism i zakupu książek do biblioteki Okręgowej Izby oraz zamówienia prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” dla członków Okręgowej Rady, Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2010.
11.	62/V/09		upoważnienia członków Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do zawarcia umowy na przekazanie dotacji ze środków publicznych i sposobu jej rozliczenia na rok 2010r.
12.	63/V/09		dokonania korekty planu budżetowego na rok 2009 oraz zatwierdzenia prowizorium budżetowego na pierwszy kwartał 2010 roku
13.	64/V/09		umów zleceń w 2010 roku
14.	65/V/09		planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2010
15.	66/V/09		zmiany wynagrodzenia księgowej zatrudnionej na umowę zlecenia
16.	67/V/09		zmiany wynagrodzenia radcy prawnego zatrudnionego na umowę zlecenia

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	111/V/09	10 września 2009r.	refundacji kosztów kształcenia
2.	112 - 113/V/09		premii uznaniowej za miesiąc sierpień 2009r.
3.	114 - 117/V/09		wykreślenia wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk pielęgniarek

4.	118/V/09	10 września 2009r.	wykreślenia wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk położnych
5.	R/77/V/09 - R/78/V/09		stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki
6.	R/79/V/09 - R/81/V/09		wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych
7.	R/82/V/09 - R/84/V/09		wymiany prawa wykonywania zawodu
8.	R/85/V/09		skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych
9.	119/V/09	23 września 2009r.	wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
10.	R/826/V/09 - R/87/V/09		stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki
11.	R/88/V/09		wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych
12.	R/89/V/09		zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nie określony dla pielęgniarki
13.	R/90/V/09		wymiany prawa wykonywania zawodu
14.	R/91/V/09 - R/92/V/09		skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych
15.	120/V/09	12 listopada 2009r.	refundacji kosztów kształcenia
16.	121 - 122/V/09		premii uznaniowej za miesiąc wrzesień i październik 2009r.
17.	123/V/09		wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego
18.	124/V/09		ufundowania prenumeraty Magazynu Pielęgniarki i Położnej na rok 2010 uczestnicze konkursu „Pielęgniarka/Położna Roku 2009 Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej”.
19.	125/V/09		szkolenia w zakresie „zarządzania zespołem pracowniczym w jednostce służby zdrowia”
20.	126/V/09		delegowanie na szkolenie członków zespołu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
21.	127/V/09		przyznania zapomogi losowej
22.	128/V/09		zawarcia umów zleceń z opiekunami szkolenia po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki
23.	129-144/V/09		zmiany wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek
24.	145-148/V/09		zmiany wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek
25.	149/V/09		wykreślenia wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk pielęgniarek
26.	R/94/V/09		wpisu do rejestru pielęgniarek
27.	R/95/V/09		skreślenia z rejestru pielęgniarek
28.	150/V/09	15 grudnia 2009r.	wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do pracy w komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej
29.	151/V/09		refundacji kosztów kształcenia

30.	152-153/V/09	15 grudnia 2009r.	premię uznaniową za miesiąc listopad i grudzień 2009r.
31.	154/V/09		przyznania zapomogi losowej
32.	R/96/V/09 - R/97/V/09		wymiany zaświadczenia prawa wykonywania zawodu

Kalendarium OIPiP w Białej Podlaskiej

28.09.2009r.	Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Marzena Rafał i położnej Bożena Sokolińskiej odbywających przeszkolenie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.
05.10.2009r.	Wyjazd do teatru Komedia w Warszawie na sztukę <i>Koleżanki</i> .
09.10.2009r.	Targi LUBMED w Lublinie – udział członków ORPiP: Doroty Golec, Krystyny Chwalczuk, Elżbiety Celmer vel Domańskiej.
13.10.2009r.	Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Barbary Kondratiew odbywającej przeszkolenie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.
15.10.2009r.	Szkolenie „Nowoczesna profilaktyka w kalendarzu szczepień” zorganizowane przy współudziale firmy Sanofi Pasteur.
16.10.2009r.	Spotkanie Komisji Konkursowej na Pielęgniarkę Roku 2009.
19.10.2009r.	Udział Ewy Czeczulewskiej w spotkaniu Komisji Kształcenia NRPiP w Warszawie.
23.10.2009r.	Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Rola pielęgniarki w higienie życia” organizowana przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych i Państwową Szkołę Wyższą w Białej Podlaskiej.
27.10.2009r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
27-28.10.2009r.	Szkolenie dotyczące Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych oraz systemu IMI – udział biorą Iwona Denicka i Elżbieta Celmer vel Domańska.
29.10.2009r.	<ul style="list-style-type: none"> • Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarek: Doroty Szubarczyk odbywającej przeszkolenie w WSzS w Białej Podlaskiej i Ilony Michniewicz odbywającej przeszkolenie w SP ZOZ w Radzynie Podlaskim. • II posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Dziecięcego SP ZOZ w Radzynie Podlaskim – uczestniczy Elżbieta Celmer vel Domańska Sekretarz ORPiP. • Uroczystość otwarcia Pracowni Rezonansu Magnetycznego i zmodernizowanego Traktu Porodowego WSzS w Białej Podlaskiej, wręczenie Certyfikatu Zintegrowanego Systemu Zarządzania – uczestniczy Ewa Czeczulewska Przewodnicząca ORPiP.
05.11.2009r.	Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu położnej Sylwii Kowalskiej odbywającej przeszkolenie w SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim.
06.11.2009r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
09.11.2009r.	Spotkanie przedstawicieli NRPiP i Przewodniczących OIPiP z całej Polski z Markiem Haberem Podsekretarzem Stanu w MZ.
10.11.2009r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Białej Podlaskiej – uczestniczy Ewa Czeczulewska Przewodnicząca ORPiP.
12.11.2009r.	Posiedzenie Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej.
16.11.2009r.	Komisyjne wylosowanie prawidłowego rozwiązania krzyżówki zamieszczonej w Biuletynie Informacyjnym nr 3/71/2009. Nagrodę w postaci książki pt. <i>Zarządzanie w pielęgniarstwie</i> otrzymuje Anna Wojtysiak.
19.11.2009r.	Szkolenie w SP ZOZ w Radzynie Podlaskim przeprowadzone przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych – Janinę Dziedzic-Płanda oraz przedstawicieli firm APC Instytut i Ecolab.
23 i 24.11.2009r.	Szkolenie „Zarządzanie zespołem pracowniczym w jednostce służby zdrowia” zorganizowane przez

	MALINOWSKI & PARTNERS.
26.11.2009r.	<ul style="list-style-type: none"> Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Liliany Filipiuk odbywającej przeszkolenie w WSzS w Białej Podlaskiej. Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Ewy Czezelewskiej z pielęgniarkami Kardiologii Inwazyjnej WSzS w Białej Podlaskiej.
30.11.2009r. 01-03.12.2009r.	Udział Ewy Czezelewskiej w spotkaniu Komisji Kształcenia NRPiP w Warszawie. Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Miętym, uczestniczą: Ewa Czezelewska i Anna Kaliszuk.
04.12.2009r.	Posiedzenie Komisji Informacji OIPiP w Białej Podlaskiej.
10.12.2009r.	Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Heleny Steszuk odbywającej przeszkolenie w SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim.
11.12.2009r.	<ul style="list-style-type: none"> Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej. II posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Neurologii WSzS w Białej Podlaskiej – uczestniczy Elżbieta Celmer vel Domańska Sekretarz ORPiP.
15.12.2009r.	Posiedzenie Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
17.12.2009r.	Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Danuty Misiejuk odbywającej przeszkolenie w WSzS w Białej Podlaskiej.
18.12.2009r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP w Białej Podlaskiej.

STANOWISKO
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
z dnia 10 września 2009 r.

w sprawie: **rozporządzenia MZ z dn. 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej i zarządzenia Nr 36/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej reprezentująca środowisko pielęgniarek i położnych oraz świadczeniobiorców, jakimi są pacjenci obłożnie chorzy, sprzeciwiamy się ograniczeniom dostępności do świadczeń z zakresu opieki długoterminowej dla pacjentów, którym dotychczas gwarantowano opiekę w ramach opieki pielęgniarki POZ - forma zadaniowa.

W chwili obecnej wprowadzając wyżej cytowane rozporządzenie znacznie ogranicza się dostęp do opieki pielęgnarskiej pacjentom, którym zapewniono taką opiekę w latach 2007-2009 a na rok 2010 zostaje im ona odebrana.

Działanie takie łamie konstytucyjne prawo o zagwarantowaniu szczególnie osobom najsłabszym, prawa do opieki medycznej.

Wprowadzając obniżoną ocenę skalą poziomu zapotrzebowania na opiekę przez osoby trzecie, zwaną dalej „skalą opartą na skali Barthel” do 40 punktów lub niżej oraz dodatkowe ograniczenie w postaci wymagania realizacji, przez okres powyżej 14 dni, co najmniej jednego z następujących świadczeń pielęgnarskich takich jak:

- kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywanie opatrunków
- karmienie przez zgłębnik lub przez przetokę
- pielęgnacji przetoki
- założenie i usunięcie cewnika jako stałe zlecenie lekarskie
- płukanie lecznicze pęcherza moczowego
- pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną

Powoduje, że taką opieką zostanie objętych tylko 30% pacjentów spośród tych, którym obecnie gwarantuje się taką opiekę.

Wnosimy o pilną nowelizację wyżej cytowanego rozporządzenia w formie gwarantującej dotychczasowe zabezpieczenie takich usług i doprowadzenie do zmiany zarządzenia Nr 36/2009/DSOZ Prezesa NFZ.

Sekretarz
ORPiP w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska

Przewodnicząca
ORPiP w Białej Podlaskiej
Ewa Czezelewska

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje

W dniu 16 listopada 2009r r. komisja w składzie: Krystyna Supel, Iwona Denicka, Elżbieta Celmer vel Domańska dokonała losowania prawidłowego rozwiązania krzyżówki zamieszczonej w Biuletynie Informacyjnym Nr 3/71/2009.

Zwycięzczynią została położna ANNA WOJTYSIAK.

Nagrodą za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki jest książka pt.

„Zarządzanie w pielęgniarstwie”.



Bp Stefan Regmunt
biskup zielonogórsko-gorzowski

65-075 Zielona Góra, plac Powstańców Wielkopolskich 1
tel. (068) 451 23 30, e-mail: bp.s.regmunt@episkopat.pl

Zielona Góra, 18 października 2009r.

Szanowna Pani Przewodnicząca,

wspomnienie św. Łukasza Ewangelisty - patrona pracowników Służby Zdrowia, jest okazją dla wyrażenia wdzięczności wszystkim tym, którzy służą ludzkiemu zdrowiu. Dziś jest to służba zarówno lekarska, pielęgniarska, jak i farmaceutyczna, ratownicza, profilaktyczna i prewencyjna, a także terapeutyczna i laboratoryjna, wspierana trudem zarządzania i administracji. Drodzy pracownicy Służby Zdrowia, życzę Państwu, abyście na wzór św. Łukasza z miłością pochylali się nad człowiekiem, nieśli ulgę chorym, cierpiącym, i okazywali chrześcijańskie miłosierdzie tym, którzy z ufnością się Wam powierzają. Podzielając troskę o lepszy dostęp pacjentów do ośrodków i placówek oraz o godziwe warunki pracy personelu, wyrażam nadzieję na ich spełnienie oraz zapewniam o modlitwie w tej intencji. Dziś bowiem, bardziej niż wczoraj, jest czas, aby dziesiątki lat wstydlivego zapóźnienia w tym zakresie, znalazły wreszcie swój sprawiedliwy kres. Słuszne żądania, nie mogą nam jednak nigdy przesłonić bezcennej wartości życia człowieka i służby najniższym, ani też czynić z cierpiących jedynie „klientów usług medycznych”. Święto, które przeżywamy, jest też dobrą okolicznością, aby przekazać Państwu wyrazy najgłębszego szacunku i złożyć najlepsze życzenia. Niech modlitwa zanoszona za Was w świątyniach, wyprosi u Boga potrzebne dary na piękne realizowanie tego szczególnego powołania, pomnoży satysfakcję z pomocy niesionej człowiekowi i napełni prawdziwą radością.

+  Regmunt

+ Stefan Regmunt

Przewodniczący Zespołu KEP d/s Duszpasterstwa Służby Zdrowia

Kampania „Dzieciństwo bez przemocy”



CERTYFIKAT

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

JEST AMBASADOREM KAMPANII „DZIECIŃSTWO BEZ PRZEMOCY” 2009

Kampania społeczna „Dzieciństwo bez przemocy” poświęcona jest problemowi stosowania kar fizycznych wobec dzieci. Jej celem jest uświadomienie negatywnych konsekwencji bicia dzieci oraz promowanie pozytywnych metod wychowawczych.

Pełna lista ambasadorów kampanii dostępna jest na stronie www.dziecinstwobezprzemocy.pl

Organizatorzy kampanii:

Partner kampanii:

Ogólnopolskie Pogotowie
dla Ofiar Przemocy w Rodzinie
„Niebieska Linia” IPZ

Patron kampanii:

Państwowa Agencja
Rozwiązywania Problemów
Alkoholowych

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ



Dział prawny

PRAWA PACJENTA - KOLEJNA ODSŁONA

Prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka. Podobnie jak w przypadku innych praw, ich podstawą jest uznanie niezbywalnej godności człowieka, jego autonomii i wolności w każdej sytuacji. Nasuwa się zatem pytanie:

Dlaczego prawa pacjenta zostały wyodrębnione spośród innych praw człowieka?

Otóż przesądza o tym szczególna sytuacja, w jakiej znajduje się chory człowiek, powierzający swoje zdrowie i życie innym ludziom - lekarzom i pielęgniarkom. Relacja pacjent – personel medyczny charakteryzuje się nierównością podmiotów. Pacjent jest laikiem w sprawach medycznych i w sytuacji choroby zależy od profesjonalistów. Papież Jan Paweł II powiedział do uczestników Kongresu Medycyny i Chirurgii, że „**praca i działalność jest spotkaniem zaufania i świadomości**”. Musimy zatem pamiętać, że człowiek chory oddający się w nasze ręce, potrzebuje mieć przed sobą nie tylko nowoczesne urządzenia i aparaturę medyczną, zapewniającą mu coraz większe szanse na wyzdrowienie, ale przede wszystkim drugiego człowieka z jego sumieniem, mądrością i uczciwością.

Prawa pacjenta nie mają na celu, jakby się mogło niektórym wydawać, antagonizować pacjentów i personel medyczny, lecz przyczyniają się do uporządkowania relacji pomiędzy nimi, a także służą odróżnieniu oczekiwań pacjenta od jego uprawnień.

Od 6 listopada 2008 r. prawa pacjenta w polskim systemie prawnym są uregulowane w **ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (Dz.U. 2009.52.417). Ustawa obowiązuje od 5 czerwca 2009 r. Do tej pory prawa pacjenta były rozproszone w wielu aktach prawnych, często wynikały z przepisów nakładających obowiązki na różne podmioty uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i z tego powodu były nie zawsze znane albo też nierozumiane przez pacjentów.

Nowa ustawa określa:

- prawa pacjenta;
- zasady udostępniania dokumentacji medycznej;
- obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta;
- tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta;
- postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Z uwagi na fakt, że ustawa o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta jest dość obszernym dokumentem, w niniejszej publikacji przytoczone zostały najważniejsze z punktu widzenia poruszanej problematyki treści:

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych – rozdział 2 - Pacjent ma prawo:

- do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej art. 6 ust. 1
- w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń - art. 6 ust. 2

- żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz lub pielęgniarka, zasięgnęli opinii innego lekarza lub pielęgniarki lub aby lekarz zwołał konsylium lekarskie - art. 6 ust. 3
- do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia - art. 7 ust. 1
- w przypadku porodu do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem - art. 7 ust. 2
- do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym; przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych - art. 8

Prawo pacjenta do informacji – rozdział 3 - Pacjent ma prawo:

1. do informacji o swoim stanie zdrowia – art. 9
2. do informacji o prawach pacjenta uwzględniającej ograniczenia tych praw - art. 11
3. do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot - art. 12

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych - rozdział 4 - Pacjent ma prawo:

1. do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego; osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta - art. 13, art. 14

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych – rozdział 5 Pacjent ma prawo :

2. do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody; pacjent małoletni, który ukończył 16 lat ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza bądź do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego - art. 17
3. w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej – art. 18

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta – rozdział 6 - Pacjent ma prawo:

1. do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień - art. 20
2. przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska - art. 21

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej - rozdział 7 - Pacjent ma prawo:

1. do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych - art. 23

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza - rozdział 8 - Pacjent ma prawo:

2. do wniesienia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza - art. 31

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego - rozdział 9 - Pacjent ma prawo:

3. do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami podczas pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej - art. 33
4. do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych - art.34
5. pacjent ponosi koszty realizacji tej opieki, jeżeli skutkuje ona kosztami poniesionymi przez zakład opieki zdrowotnej; wysokość opłaty rekompensującej te koszty ustala kierownik zakładu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji tego prawa: informacja o wysokości opłaty jest jawna i udostępniana w lokalu ZOZ – art. 35

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej – rozdział 10 - Pacjent ma prawo:

1. do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej - art. 36

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie – rozdział 11 - Pacjent ma prawo:

2. do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podczas pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej - art.39

Ponieważ należymy do krajów Unii Europejskiej warto wiedzieć, że istnieje dokument zwany **Europejską Kartą Praw Pacjentów**, która jest nieformalnym dokumentem pozarządowym sporządzonym w 2002 roku przez światowe organizacje pacjentów zrzeszone w organizację Active Citizenship Network (Sieć Aktywnego Obywatelstwa) we współpracy z 12 organizacjami z różnych krajów Unii Europejskiej. Karta zawiera 14 praw pacjentów:

1. **Prawo do profilaktyki** - Każda osoba ma prawo do należytej opieki w celu zapobiegania chorobom.
2. **Prawo dostępu do opieki medycznej** - Każda osoba, której zdrowie tego wymaga, ma prawo dostępu do świadczeń medycznych. Świadczeniodawcy muszą zagwarantować równy dostęp każdemu bez dyskryminowania na podstawie finansowych zasobów [pacjenta], miejsca zamieszkania, rodzaju choroby czy czasu dostępu do świadczeń.
3. **Prawo do informacji** - Każdemu pacjentowi przysługuje prawo dostępu do wszelkich informacji dotyczących jego stanu zdrowia, świadczeń medycznych, sposobu korzystania

z nich, oraz wszystkiego, co jest dostępne dzięki badaniom naukowym i innowacjom technologicznym.

4. Prawo do wyrażenia zgody - Każda osoba ma prawo dostępu do wszelkich informacji, które mogłyby jej umożliwić aktywne uczestniczenie w decyzjach dotyczących jej zdrowia. Posiadanie takiej informacji jest warunkiem wstępnym dla podjęcia jakichkolwiek kroków w dziedzinie leczenia, włączając w to również uczestnictwo w badaniach naukowych.

5. Prawo do wolnego wyboru - Każda osoba ma prawo wolnego wyboru procedury leczenia oraz świadczeniodawców na podstawie rzetelnej informacji.

6. Prawo do prywatności i poufności - Każda osoba ma prawo do traktowania informacji na jej temat jako poufnych, w tym informacji dotyczących jej stanu zdrowia oraz ewentualnych procedur diagnostycznych lub terapeutycznych, a także do ochrony jej prywatności podczas wykonywania badań diagnostycznych, wizyt u specjalisty i leczenia farmakologicznego i chirurgicznego ogółem.

7. Prawo o poszanowaniu czasu pacjenta - Każda osoba ma prawo do uzyskania niezbędnego leczenia w krótkim, wcześniej określonym czasie. Prawo to przysługuje pacjentowi na każdym etapie leczenia.

8. Prawo o przestrzeganiu norm jakościowych - Każda osoba ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości, które powinny być zrealizowane zgodnie ze szczegółowo określonymi zasadami i normami.

9. Prawo do bezpieczeństwa - Każda osoba ma prawo do korzystania z prawidłowo świadczonych usług zdrowotnych, niewyrządzających jej żadnej krzywdy, wolnych od błędów, zgodnie z dobrą praktyką lekarską, oraz prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych i leczenia zgodnych z wysokimi normami bezpieczeństwa.

10. Prawo do innowacji - Każda osoba ma prawo dostępu do innowacji, w tym do procedur diagnostycznych, zgodnie z normami międzynarodowymi i niezależnie od względów ekonomicznych czy finansowych.

11. Prawo do unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu - Każda osoba ma prawo do unikania, w takim stopniu, w jakim to możliwe, cierpienia i bólu, niezależnie od stadium choroby.

12. Prawo do leczenia dostosowanego do potrzeb - Każda osoba ma prawo do programów diagnostycznych lub terapeutycznych dostosowanych do jej osobistych potrzeb w takim zakresie, w jakim to tylko możliwe.

13. Prawo do zażaleń - Każda osoba ma prawo do składania zażaleń zawsze, gdy doznała ona jakiegokolwiek uszczerbku oraz prawo do uzyskania odpowiedzi lub innej informacji zwrotnej.

14. Prawo do rekompensaty - Każda osoba ma prawo do otrzymania odpowiedniego odszkodowania w rozsądnie krótkim czasie, jeśli doznała krzywdy fizycznej, moralnej lub psychicznej, spowodowanej źle prowadzonym leczeniem.

Każdy pacjent powinien znać swoje prawa i umieć z nich korzystać. Każda pielęgniarka i położna, każdy lekarz, fizjoterapeuta czy inny pracownik medyczny powinien stać na straży tych praw i sam je respektować.

Takiej postawy sobie i Państwu życzę.

Cecylia Kielczewska
Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej



Warto wiedzieć

Zalecenia, dotyczące pobierania materiałów klinicznych przeznaczonych do badań diagnostycznych w Laboratorium Samodzielnej Pracowni – Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH

I. Rodzaj materiału klinicznego przyjmowanego w zależności od kierunku i metodyki badań:

Poz.	Badanie (zgodnie z Cennikiem Badań Diagnostycznych Samodzielnej Pracowni-Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH, taryfa opłat nr 15)	Rodzaj materiału klinicznego
1.	Oznaczenie poziomu przeciwciał antyhemaglutyninowych w surowicy w kierunku 3 szczepów wirusa grypy typu/podtypu A(H1N1), A(H3N2) i B	- surowica krwi ¹ - krew ¹
2.	Wykrywanie wirusa grypy (typ A i B) metodą RT-PCR	- wymaz z gardła ² - wymaz z nosa ²
3.	Wykrywanie wirusa grypy (typ A i B) oraz wirusa RS metodą RT-PCR	- aspirat odessany z nosowej części gardła - popłuczyny z drzewa oskrzelowego - płyn mózgowo-rdzeniowy (pmr) - wysięk z ucha środkowego
4.	Wykrywanie antygenów siedmiu wirusów oddechowych: wirusa grypy (typ A i B), wirusa RS, adenowirusa, wirusa paragrypy (typ 1, typ 2, typ 3) metodą immunofluorescencji	- wymaz z gardła ² - wymaz z nosa ²
9.	Wykrywanie wirusa grypy A metodą RT-PCR oraz wykrywanie wirusa grypy A/H1N1/v metodą Real Time RT-PCR (<i>serwis 24h</i>)	- wymaz z gardła ² - wymaz z nosa ² - aspirat odessany z nosowej części gardła - popłuczyny z drzewa oskrzelowego - płyn mózgowo-rdzeniowy (pmr) - wysięk z ucha środkowego

¹ dla właściwej interpretacji wyników badanie powinno zostać wykonane dla pary surowic, tj. surowicy z ostrego okresu choroby, a następnie surowicy pobranej w okresie rekonwalescencji

² wskazane jest dostarczenie łączonej próbki do badań, tj. wymazu z gardła wraz z wymazami z nosa

Wszystkie materiały powinny być dokładnie, czytelnie i w sposób trwały oznakowane i zawierać informację dotyczącą daty pobrania materiału. Zgodnie ze standardowymi środkami ostrożności wszystkie próbki należy traktować jako materiał potencjalnie zakaźny.

II. Instrukcje pobierania, przechowywania i transportu materiału klinicznego:

1. surowica krwi lub krew

Pojedyncza próbka może nie stanowić poparcia diagnozy klinicznej, dlatego też badanie serologiczne należy wykonać dla pary surowic: z ostrego okresu choroby, a następnie z okresu rekonwalescencji. Próbka z ostrej fazy choroby powinna być pobrana zaraz po wystąpieniu pierwszych objawów klinicznych, ale nie później niż 7 dni po ich wystąpieniu. Próbki surowicy od rekonwalescentów powinny być pobierane po 2 -3 tygodniach od zachorowania.

- surowica w objętości 0,5 mL - 1 mL:

Krew pobraną „na skrzep” należy odwirować (10 min. 2000 r.p.m.), a następnie uzyskaną surowicę (niezhemolizowaną, bez włóknika) należy przenieść do jałowej, podpisanej danymi pacjenta oraz datą pobrania materiału, szczególnie zamykanej próbki.

Surowicę należy przechowywać i transportować w temp. chłodni (+2°C-+8°C) maksymalnie 48 godz. od chwili uzyskania surowicy. Powyżej 48 godz. próbkę należy przechowywać i transportować w stanie zamrożenia (-20°C).

- krew pełna w objętości około 5 mL:

Krew pełna pobrana „na skrzep”. Próbkę należy dostarczyć do laboratorium bezzwłocznie w przeciągu 2 h od pobrania.

2. wymaz z gardła i wymaz z nosa

Materiał najlepiej jest pobrać nie później niż 5 dnia od momentu wystąpienia objawów choroby. Pobrany materiał należy przechowywać i transportować w POZYCJI PIONOWEJ w TEMP. (+4°C), **NIE ZAMRAŻAĆ** i jak najszybciej przekazać do laboratorium, najlepiej w ciągu 24 godz. od chwili pobrania.



a. wymaz z gardła – należy poprosić pacjenta o szerokie otwarcie jamy ustnej. Używając szpatułki docisnąć język ku dołowi, co pozwoli uniknąć kontaminacji wymazu śliną i za pomocą suchego sterylnego patyczka wymazowego energicznie potrzeć obie powierzchnie migdałków oraz tylną ścianę gardła (bez dotykania powierzchni jamy ustnej) zwracając szczególną uwagę na miejsca zapalnie zmienione. Koniec patyczka wymazowego (tuż przy

Ryc.1. zakrętce) odłamać. Patyczek wymazowy z pobranym materiałem umieścić następnie w jałowej probówce transportowej (bez dotykania wacikiem jej ścianek), z którą został on dostarczony. Probówkę zakręcić i podpisać (nazwisko pacjenta, data pobrania wymazu). Patrz: Ryc. 1.



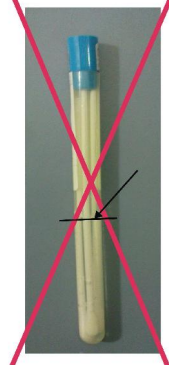
b. 2 wymazy z nosa (z obu nozdrzy) – należy upewnić się czy przed pobraniem materiału pacjent nie wydmuchiwał nosa. W celu pobrania wymazu należy delikatnie odchylić głowę pacjenta do tyłu i przytrzymać za podbródek. Drugą ręką umieścić koniec suchego sterylnego patyczka wymazowego w prawym nozdrzu pacjenta. Wymaz powinien być pobrany energicznie, aby mieć pewność, iż zawiera on zarówno komórki, jak i śluz z wnętrza nozdrza. Koniec patyczka wymazowego (tuż przy zakrętce) odłamać. Patyczek wymazowy z pobranym materiałem umieścić następnie w probówce, w której jest już wymaz z gardła. Probówkę zakręcić. Wg tej samej procedury za pomocą nowego sterylnego patyczka wymazowego należy pobrać wymaz z lewego nozdrza. Patrz. Ryc. 2. W ten sposób w jednej probówce znajdują się trzy patyczki wymazowe. Do probówki dodać tyle soli fizjologicznej lub PBS lub innego podłoża transportowego wirusologicznego, tak aby waciki, I TYLKO WACIKI, były **całkowicie zanurzone**. Nie należy stosować innych podłoży transportowych, np. bakteriologicznych (węgiel, agar itp.)

Ryc. 2.

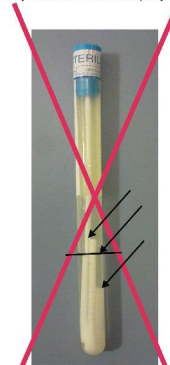
prawidłowo pobrany wymaz patyczki ulamane przy zakrętce, jedynie zwilżone płynem transportowym



źle pobrany wymaz za dużo płynu transportowego



źle pobrany wymaz za dużo płynu transportowego i zbyt krótko ulamane patyczki



Fot.

NALEŻY STOSOWAĆ WYŁĄCZNIE STERYLNE WYMAZÓWKI, WYKONANE W CAŁOŚCI Z TWORZYWA SZTUCZNEGO, Z WACIKIEM Z WŁÓKNA SYNTETYCZNEGO NP. SZTUCZNY JEDWAB, WISKOZA, DACRON ITP.

WYMAZÓWKI Z DREWNIANYM PATYCZKIEM oraz BAWELNIANYM WACIKIEM MOGA ZAWIERAĆ SUBSTANCJE, KTÓRE INAKTYWUJĄ NIEKTÓRE WIRUSY ORAZ HAMUJĄ PCR, W ZWIĄZKU Z CZYM NIE NALEŻY ICH UŻYWAĆ

(WHO: „COLLECTING, PRESERVING AND SHIPPING SPECIMENS FOR THE DIAGNOSIS OF AVIAN INFLUENZA A(H5N1) VIRUS INFECTION”).

3. aspirat odessany z nosowej części gardła

Wydzieliny z nosogardzieli są aspirowane poprzez cewnik połączony z pojemnikiem na śluz oraz ze źródłem ssącym. Cewnik jest wkładany w nozdrze pacjenta równolegle do podniebienia. Po włączeniu podciśnienia, cewnik jest powoli wysuwany ruchem obrotowym. Śluz z drugiego nozdrza jest zbierany za pomocą tego samego cewnika w podobny sposób. Po zebraniu śluzu z obu nozdrzy, cewnik jest przemywany 3 mL środka stanowiącego podłoże transportowe (sól fizjologiczna lub PBS).

Aspirat w jałowej zamkniętej próbówce należy dostarczyć jak najszybciej do laboratorium, najlepiej w ciągu 24 godz. od chwili pobrania.

4. popłuczyny z drzewa oskrzelowego (BAL)

Popłuczyny z drzewa oskrzelowego w objętości 1 mL – 2 mL należy dostarczyć do laboratorium w jałowej zamkniętej próbówce niezwłocznie po pobraniu transportując w pozycji pionowej w temp. (+4°C).

5. płyn mózgowo-rdzeniowy (pmr)

Próbkę płynu mózgowo-rdzeniowego (pmr) w objętości 1 mL – 2 mL należy dostarczyć do laboratorium w jałowej zamkniętej próbówce niezwłocznie po pobraniu transportując w pozycji pionowej w temp. (+4°C).

6. wysięk z ucha środkowego

Próbkę wysięku z ucha środkowego należy dostarczyć do laboratorium w jałowej zamkniętej próbówce niezwłocznie po pobraniu transportując w pozycji pionowej w temp. (+4°C).

Materiały należy przysyłać na adres:

KRAJOWY OŚRODEK DS. GRYPY

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO – PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

UL. CHOCIMSKA 24

00-791 WARSZAWA

NALEŻY WYRAŹNIE ZAZNACZYĆ ADRESATA PRZESYŁKI - KRAJOWY OŚRODEK DS. GRYPY. W PRZECIWNYM RAZIE PRZESYŁKA MOŻE ZOSTAĆ NIEDOSTARCZONA DO WŁAŚCIWEJ PRACOWNI ORAZ BYĆ PRZECHOWYWANA W NIEWŁAŚCIWYCH WARUNKACH.

W razie jakichkolwiek wątpliwości i pytań, dotyczących rodzaju materiału do badań, jego wymaganej objętości, sposobu pobrania, przechowywania, opakowania i transportowania oraz czasu oczekiwania na wynik badania prosimy o kontakt z Krajowym Ośrodkiem ds. Grypy NIZP-PZH: tel. (022) 54 21 274.

Źródło: http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/zaklady/grypa/pobieranieMaterialu2009.pdf



Warto przeczytać

Nielatwo jest nie przynależeć

Od dwóch lat jestem w Anglii. A co robię? A próbuję napisać felieton do Biuletynu Informacyjnego. Czy robiłabym to będąc w Polsce? Jeżeli już bym coś pisała to raczej referat a nie takie sobie pisanie felietonu jak wiadomo nie wiadomo na jaki temat jak to z felietonami bywa. Ja jednak mam pewne przesłanie po moich dwuletnich doświadczeniach w obcym kraju. Przesłanie brzmi:- nielatwo jest nie przynależeć. Przez ostatnie dwa lata co najmniej raz na dwa miesiące kontaktuję się z angielską NMC jest to odpowiednik polskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, będąc jedynie na statusie osoby ubiegającej się o uzyskanie numeru rejestracyjnego PIN, a posiadającej numer referencyjny PRN. I przyznam szczerze, że nie jest mi łatwo być ciągle numerem PRN. Mam przecież wiele numerów członkowskich; jestem członkiem rodziny a nawet jej twórczynią, jestem ciotką a nawet babcią przyszywaną, jestem sąsiadką polską i angielską, parafianką, chociaż ksiądz pewnie zapomniał jak wyglądam i to mnie trzyma na moim polskim duchu. Ale my pielęgniarki musimy być zapisane do rejestru zawodowego. Pan Piotr Sołtysik w swoim informatorze dokładnie opisał co należy zrobić aby się powiodło. A mnie ciągle się nie udaje i niestety od dwóch lat nie praktykuję. Wykonuję inne czynności, zarabiam dobre pieniądze, ale radości z nich nie odczuwam. I ciągle szukam sposobu, aby rejestrację w izbie angielskiej uzyskać i robić to co lubię. Jest to szczególnie dziwne w przypadku kiedy się do takiego rejestru należy od 20 lat. Skąd biorą się trudności i czy autor informatora mógł je przewidzieć? Trudności tworzy życie- strajk pocztowców i zaginięcie wysłanego dokumentu, rozwód tłumacza i błędy w tłumaczeniu, mylnie zapisany adres i błędzenie dokumentu, a o problemach ze zrozumieniem angielskojęzycznego tekstu nawet nie będę wspominać i całej gamie wynikających z tego nieporozumień. Autor wspominał o konieczności wykonywania xero kopii a więc musiał się czegoś domyślać, a z angielskiego może miał lepsze oceny w szkole bo ja ich wcale nie miałam, ucząc się rosyjskiego przez chyba 7 albo 8 lat. Może należałoby zapytać, czy ta procedura rejestracyjna brytyjsko unijna musi być tak skomplikowana i czy rejestracja w Polskiej Izbie Pielęgniarskiej nie powinna upoważniać do praktykowania w Unii? I tak ciągle pozostawałby problem języka ale może nie taki wielki dla tych dużo młodszych ode mnie.

Mira

Informator dla polskich pielęgniarek i położnych zainteresowanych pracą w Wielkiej Brytanii. Wydanie drugie poprawione: Londyn 2005. Artur Sołtysik

System terapii światłem Bioptron

Bioptron jest urządzeniem medycznym stosowanym w szpitalach, centrach zdrowia, ośrodkach sportowych jak również w warunkach domowych. System terapii światłem Bioptron został zatwierdzony według norm Unii Europejskiej (93/42EEC) dla urządzeń medycznych.

Aparat BIOPTRON firmy Zepter został laureatem konkursu „Złoty OTI S” 2009 w kategorii: Sprzęt Medyczny.

Urządzenia Bioptron emitują:

- światło spolaryzowane, czyli jego fale poruszają się (drgają) wyłącznie w płaszczyznach równoległych. Światło emitowane przez aparat Bioptron osiąga stopień polaryzacji powyżej 95%.

- o niskiej energii. Energia o niskiej gęstości wywołuje efekt biostymulacyjny, pozwala światłu pobudzać w naturalny sposób różne procesy biologiczne w organizmie.

- polichromatyczne bez promieniowania UV, światło Bioptron emituje fale o długości w zakresie od 480 do 3 400 nm.

- niekoherentne, czyli w odróżnieniu od światła laserowego, światło Bioptron jest niespójne lub przesunięte w fazie. Oznacza to, że fale nie są zsynchronizowane.

Światło spolaryzowane wielobarwne, niespójne, bo taka jest pełna nazwa tego czynnika leczniczego, pobudza naturalne procesy obronne i regeneracyjne organizmu. Efekty działania światła są zależne od stanu organizmu, jego kondycji ogólnej, wieku osoby poddawanej naświetlaniom. Jeśli mamy do czynienia ze schorzeniem przewlekłym, to trzeba liczyć się z koniecznością systematycznego stosowania światłolecznictwa. W przypadkach ostrych, stosowanie lampy jest doraźne i można je zakończyć po ustąpieniu objawów.

System terapii światłem Bioptron ma następujące zastosowania w medycynie:

- poprawia mikrokrążenie
- wzmacnia system obronny organizmu
- pobudza procesy regeneracyjne tkanek i całego organizmu
- harmonizuje procesy metaboliczne
- pomaga w gojeniu ran
- eliminuje ból lub zmniejsza jego natężenie.

Jak poprawić swoją odporność organizmu i zabezpieczyć się przed zachorowaniem? To pytanie szczególnie dzisiaj zadaje sobie dużo osób, ponieważ jest to czas gdy szaleje grypa .

Najłatwiej i najtaniej jest zapobiegać niż leczyć. Znanym sposobem zapobiegania grypie są szczepienia, ale muszą one być wykonywane jeszcze przed inwazją wirusa, bo potem szczepionka jest już nieskuteczna. Nie wszystkie osoby mogą się szczepić, są przeciwwskazania, np. niektóre osoby z obniżoną odpornością, a właśnie spadek odporności zwiększa zagrożenie zainfekowania wirusem grypy. Dlatego musimy zwiększyć odporność.

Jedną z metod nefarmakologicznych, a cieszących się dużą popularnością, jest światłoterapia aparatem Bioptron. Na podstawie wieloletnich badań naukowych i

medycznych udowodniono, że poprawia się obronna funkcja tkanek, bo światło Bioptron stymuluje syntezę białek wiążących wirusy, zapobiegając ich przenikaniu do organizmu przez śluzówki górnych dróg oddechowych. Jeżeli tak się zdarzy, że wirusy przenikną do organizmu to zostają aktywowane limfocyty zdolne do niszczenia zakażonych komórek. Rośnie również stężenie interferonu gamma, który niszczy wirusy i stymuluje mechanizmy obronne.

W literaturze medycznej udokumentowano poprawę parametrów immunologicznych, czyli poprawę odporności naświetlanych. Również badacze z Petersburga, panie: profesor Żewago i Samogłowa, opatentowały sposób leczenia schorzeń alergicznych u dzieci przy pomocy światła. W literaturze medycznej również udokumentowane jest szybsze leczenie ran pooperacyjnych. Korzystne efekty opisywano w leczeniu schorzeń narządu ruchu, tzw. „łokcia tenisisty” lub zespołu kanału nadgarstka. Stosowanie światła zmniejsza dolegliwości bólowe, nawet te oporne na inne sposoby leczenia, oraz działa korzystnie w sezonowych zaburzeniach nastroju. Należy jednak zaznaczyć, że jest to leczenie wspomagające szczególnie w ciężkich schorzeniach. W stanach budzących niepokój u pacjenta lub u osób z jego otoczenia, konieczne jest zawsze zasięgnięcie porady lekarskiej u lekarza, który zna zasady działania lampy.

Doktor Piotr Rosudowski konsultant firmy Zepter mówi, że „Światłoterapię Bioptron można skutecznie połączyć z zastosowaniem leków i szczepionek”.

Naświetlając twarz przez 10 minut rano zabezpieczamy się przed chorobami oraz dostajemy sporą dawkę energii na cały dzień. Odporność wzrasta a w raz z nią maleje podatność na choroby.

Światłolecznictwo światłem spolaryzowanym jest bezpieczne. Może być stosowane niezależnie od wieku. Przy stosowaniu dużych dawek światła, tj. naświetlania przez kilkadziesiąt minut, niektóre osoby mogą skarżyć się na niepokój i rozdrażnienie, bezsenność, bóle głowy, szczególnie jeśli światło jest stosowane w okolicach głowy. Jednak stosowanie światła 10 minut, dwa razy dziennie nie prowadzi do działań opisanych wyżej.

Światło spolaryzowane jest dobrze tolerowane przez pacjentów. Ponieważ istnieje osobnicza wrażliwość na światło, niektóre osoby muszą naświetlać się dłużej, niż wynika to z doświadczeń klinicznych. Konieczna jest również systematyczność w stosowaniu lampy przy schorzeniach przewlekłych, a to stanowi czasem problem. Z tego powodu należy dobierać wielkość urządzeń do swoich potrzeb i schorzeń, które mają być leczone. Żeby skutecznie usunąć dolegliwości, musi być zastosowana odpowiednia dawka energii wynikająca z czasu naświetlania.

Terapia światłem jest łagodna i przez to bezpieczna. Łącznie z lampą Bioptron, osoba która nabyła to urządzenie, otrzymuje krótką instrukcję stosowanie w przypadkach profilaktyki. Leczenie powszechnych

schorzeń, np. kataru, zmian zwyrodnieniowych stawów wymaga naświetlania miejsca chorego przez 10 min minimum 2 razy dziennie. Zmiany skórne typu otarcie lub odparzenia również nie wymagają szczególnych rygorów naświetlania, z tym, że u dzieci naświetlamy zmiany chorobowe krócej, od 2 do 6 minut. Im dziecko mniejsze, tym krócej. Doktor Rosudowski mówi, że zawsze kiedy występują wątpliwości dotyczące sposobu zastosowania

jakiegokolwiek metody leczenia, należy zasięgnąć porady odpowiedniego lekarza. W tym wypadku lekarze zajmujący się rehabilitacją medyczną, balneologią i medycyną fizykalną powinni znać zasady leczenia światłem.

Często również inni lekarze są zaznajomieni z tym sposobem leczenia, jednak w tych wypadkach zależy to już od osobistych zainteresowań danej osoby.

Bożena Grąszko
Pielęgniarka WSzS Biała Podlaska
Oddział Okulistyczny

Fotoreportaż ze szkoleń i konferencji



Wyjazd do teatru 05 października 2009r. na spektakl „Koleżanki”



Szkolenie „Nowoczesna profilaktyka w kalendarzu szczepień” 15 października 2009r.



Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Rola Pielęgniarki w higienie życia” 23 października 2009r.



REFERATY



Profilaktyka powikłań u pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób centralnego układu nerwowego w oddziale neurologii. cz. II

Zadania pielęgniarki w profilaktyce zaburzeń mikcji i defekacji.

Zaburzenia mikcji są częstym problemem w oddziale neurologii. Pielęgniarka przy przyjęciu, zbierając wywiad, powinna dowiedzieć się od pacjenta lub rodziny, czy u pacjenta występowały dolegliwości ze strony układu moczowego. Wywiad powinien zawierać takie pytania jak: czy i od kiedy występuje problem z nietrzymaniem moczu i co temu sprzyja, jak dużo moczu jest oddawane mimowolnie, czy występują dolegliwości ze strony układu moczowego, czy były wykonywane zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowo-płciowego, jak często chory oddaje mocz w dzień i w nocy, jak długie są przerwy między mikcjami, czy chory miewa zaparcia, czy chory będzie korzystał z ubikacji, czy raczej z basenu, kaczki. Niektórym pacjentom zakłada się cewnik na stałe (Foleya). Rolą pielęgniarki jest prowadzenie dokumentacji pacjenta cewnikowanego. W karcie zawarte są takie dane jak: data założenia cewnika, ilość i jakość moczu, przewidywana data wymiany, daty badań laboratoryjnych (badanie ogólne czy bakteriologiczne moczu). Bardzo ważne jest aseptyczne zakładanie cewnika. Worek do którego spływa mocz powinien być wymieniony po napełnieniu do 2/3 pojemności. Należy zwracać uwagę, aby worek nie był podnoszony ponad poziom pęcherza, gdyż może dojść do cofania się moczu. Utrzymywanie w czystości okolicy krocza pacjenta. Toaleta powinna być wykonana przynajmniej 2 razy dziennie. Oddział powinien dysponować odpowiednią ilością toalet. Pytanie o toalety jest jednym z pierwszych pytań pacjentów z SM przychodzących do oddziału. Pielęgniarki powinny edukować pacjentów na temat zabezpieczeń jakie mogą być stosowane, przy nietrzymaniu moczu.

Od wielu lat wprowadza się w oddziałach szpitalnych wytyczne i standardy mające na celu poprawę jakości opieki nad chorym zagrożonym ryzykiem powstania powikłań. Nietrzymanie moczu czy stolca jest stanem, który pogarsza jakość życia. Staje się często przyczyną izolacji chorego, prowadzi do niesprawności fizycznej, psychicznej i społecznej. Szacuje się, że w Polsce problem nietrzymania stolca dotyczy ok. 20 % pacjentów. Warunkiem trzymania stolca jest prawidłowe czucie w odbytnicy, rozróżnianie bodźców wywołanych przez stolec i gazy, zdolność kontrolowania defekacji oraz wolny dostęp do toalety.

Podłożem zaburzeń nietrzymania stolca są: zaburzenia czucia w odbytnicy, nieprawidłowości budowy i czynności odbytu i dna miednicy, oraz obwodowych i ośrodkowych szlaków nerwowych. Czynniki, które zwiększają ryzyko wystąpienia tej dolegliwości, to między innymi urazy pooperacyjne, urazy poporodowe, urazy miednicy, zażywanie leków uspokajających, udary, demencja, stwardnienie rozsiane, guzy, choroby

zwyrodnieniowe, depresje, unieruchomienie, wypadanie odbytnicy, przebyte operacje odbytu. U dużej grupy pacjentów zaburzenia pracy zwieraczy mają podłoże neurologiczne.

Pielęgniarka neurologiczna przyjmując pacjenta do oddziału powinna zebrać bardzo dokładny wywiad czy funkcja zwieraczy odbytu była prawidłowa przed przyjęciem do szpitala. Pozwoli to prawidłowo zaplanować opiekę, co nie znaczy, że pacjent nie powinien być obserwowany na bieżąco. Neurogenne zaburzenia stolca objawiać się mogą: nietrzymaniem stolca, zatrzymaniem stolca lub zaparciem. Nietrzymanie to bezwiedne oddanie stolca zwykle spowodowane uszkodzeniem ośrodków rdzeniowych lub kory mózgowej. Zaparcie to zmniejszenie częstości defekacji, lub trudności z oddawaniem stolca, wynikające ze zmniejszonej perystaltyki jelit. Z powodu długiego zalegania masy kałowej w jelicie dochodzi do absorpcji wody i masa kałowa staje się sucha, twarda i trudna do wydalania. Działania wspomagające należy podjąć jeśli pacjent nie oddał stolca przez kolejne 3 dni. W ocenie funkcji wydalniczej pielęgniarka bierze pod uwagę: ilość stolca, jego konsystencję, zabarwienie, łatwość z jaką jest wydalany. Zatrzymanie stolca to stan w którym pacjent nie może wydaląć kału z odbytnicy. Długo utrzymujące się zaparcia mogą spowodować różne komplikacje takie jak: stany zapalne jelita grubego, tworzące się kamienie kałowe mogą powodować odleżyny i owrzodzenia jelita grubego. Długotrwałe zaparcia sprzyjają powstawaniu różnych chorób odbytnicy i odbytu. Najczęściej powstają żylaki odbytu i szczelina odbytu.

Zadaniem pielęgniarki, jest ustalenie problemu braku defekacji i w razie konieczności pomóc pacjentowi w wydalaniu stolca. Rozmowa z pacjentem o dotychczasowym sposobie realizowania potrzeby wydalania, może wiele wyjaśnić. Nieraz wystarczy zapewnienie intymności, jeśli pacjent jest leżący, albo zaprowadzenie do toalety w godzinach, w których pacjent wypróżniał się zwykle. Basen powinien być podany bezpośrednio po zgłoszeniu. Należy zwrócić uwagę na dietę. Wprowadzenie do diety środków działających naturalnie przeczyszczająco (np. owoce, warzywa, soki, miód, suszone śliwki, potrawy z roślin zbożowych, pieczywo ciemne pełnoziarniste). Ustalenie stałych godzin wypróżnień. Zwiększenie aktywności fizycznej przez zastosowanie prostych ćwiczeń czynnych, lub izometrycznych mięśni brzucha. Pielęgniarka w porozumieniu z lekarzem może podać leki rozluźniające masy kałowe lub przyspieszające perystaltykę jelit. W niektórych wypadkach istnieje potrzeba wykonania lewatywy lub też istnieje konieczność ręcznego usunięcia kału.

Uszkodzenie stożka rdzenia lub ogona końskiego powoduje zniesienie funkcji zwieracza odbytu, dochodzi do wyciekania mas kałowych, bezwiednego oddawania

stolca. Rolą pielęgniarki jest wspomaganie chorego. Ochrona przed zabrudzeniem, zakładanie pampersów, pieluchomajtek. Ochrona przed maceracją skóry. Częste mycie okolicy krocza i zabezpieczanie tłustymi kremami. Ochrona chorego przed dyskomfortem z powodu nieprzyjemnego zapachu, wietrzenie pomieszczeń, stosowanie stałej wymuszonej wentylacji.

Działania pielęgniarek zapobiegające upadkom.

Upadki u pacjentów w oddziale neurologii mogą występować z powodu wieku a także z powodu choroby. Upadek nawet bez groźnych konsekwencji powoduje, szczególnie u osób starszych, uraz psychiczny (zespół poupadkowy). Niestety skutki upadków mogą mieć także poważne konsekwencje, takie jak: złamania, krwiaki podtwardówkowe, uszkodzenia tkanek miękkich, wtórne unieruchomienie - a w związku z tym zagrożenie zakrzepicą, przykurczami stawów, odleżynami. Schorzenia neurologiczne, w których najczęściej dochodzi do upadków to: stany po udarze mózgu, choroba Parkinsona i parkinsonizm, zespół tętnicy nerwowej podstawnej, choroby mózdzku, nadwrażliwość zatoki szyjnej, spondyloza szyjna, neuropatie obwodowe.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem przede wszystkim powinna określić jakie deficyty występują u pacjenta. Zmiany predysponujące do upadków to pogorszenie sprawności układu nerwowego, kostno-stawowego, mięśniowego oraz wzroku i słuchu. Do przyczyn zewnętrznych zaliczamy: przeszkody związane z podłożem (śliskie lub mokre podłogi, progi, nierówności); nieodpowiednie obuwie, nieodpowiednie oświetlenie. Dla zmniejszenia ryzyka upadków i bezpieczeństwa poruszania się, oddział powinien być wyposażony w pomoce techniczne i sprzęt ortopedyczny wspomagający czynność chodzenia. Poprawiają one stabilizację kończyn i tułowia, pozwalają na lepsze podparcie masy ciała i na rozwinięcie mechanizmów kompensacyjnych. W zmniejszeniu ryzyka wypadków olbrzymią rolę odgrywa odpowiednie obuwie, które powinno posiadać podeszwy antypoślizgowe, łatwo dopasowywać się do zniekształceń stopy, lekkie, ciepłe i łatwe do zakładania. Łazienki w oddziale powinny być: obszerne, aby ułatwić dostęp z wózkiem lub chodzikiem; wyposażone w maty antypoślizgowe; wyposażone w poręcze i mocowane krzesła łazienkowe. Łóżka w oddziale powinny być zabezpieczone drabinkami. Dla zapewnienia bezpieczeństwa chorego, przed próbą pionizacji, pielęgniarka powinna zmierzyć ciśnienie pacjentowi a także ocenić poziom ciśnienia ortostatycznego. Pacjenci z zaburzeniami widzenia powinni poruszać się przy pomocy osób widzących.

Działania pielęgniarskie zapobiegające powikłaniom narządu ruchu

Pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi, a wśród nich chorzy po udarze, są narażeni na powikłania ze strony narządu ruchu. W pierwszej fazie leczenia udaru mózgu usprawnianie jest równoznaczne z intensywną opieką pielęgniarską i lekarską. Intensywną farmakoterapię łączy się z profilaktyką funkcjonalną, która

uwzględnia: ułożenie funkcjonalne kończyn, zmiany pozycji ciała, ćwiczenia bierne, czynno-bierne i oddechowe, zapobieganie powikłaniom ogólnym (zapalenie płuc, zakażenia układu moczowego), zapobieganie powikłaniom miejscowym (zwichnięciu w stawie biodrowym, przykurczom i zeszywnieniom stawów, odleżynom, zakrzepicy żył głębokich. Do zabiegów pielęgnacyjnych służy płaskie, równe łóżko wyposażone w materac przeciwoleżynowy, najlepiej zmiennociśnieniowy i możliwością mechanicznego regulowania wysokości. Obracanie chorego co 2-3 godziny z uwzględnieniem strony zdrowej, chorej, pleców i brzucha. W celu utrzymania zaplanowanej pozycji pielęgniarka wykorzystuje poduszki, wałki, kliny. Ważne jest, aby dostęp do łóżka był możliwy z każdej strony.

Stolik przyłóżkowy powinien znajdować się po stronie niedokładnej (porażonej). Personel powinien zawsze zwracać się do chorego od strony niedowład, przeciwdziałając zespołowi zaniedbania połowiczego.

„W porażeniu połowicznym chory leżący trzyma kończynę górną przywiedzioną i zgietą w stawie łokciowym, przedramię w lekkim nawróceniu, nadgarstek i palce łącznie z kciukiem zgiete. Kończyna dolna jest zwykle lekko zgietą w stawie biodrowym i kolanowym, przywiedzioną i skręconą na zewnątrz, stopa zgietą w kierunku podeszwowym i odwrócona. Pozostawienie porażonych kończyn w tak niekorzystnym ułożeniu przy zniesionej albo ograniczonej ruchomości w stawach i zaburzonej regulacji napięcia mięśni prowadzi nieraz w ciągu kilku dni do trwałego skrócenia mięśni i zeszywnień stawowych. Ułożenie pośrednie zapewniające równowagę innerwacyjną wszystkich grup mięśniowych sprzyja rozluźnieniu mięśni wykazujących skłonność do przykurczów i stanowi dogodną pozycję wyjściową do ruchów biernych początkujących reedukację czynności ruchowych”. Kończynę górną układa się z odwiedzionym ramieniem i odwróconym przedramieniem, wykorzystując specjalne poduszki, a w razie potrzeby ortezę czasową (np. łuskę), przy przedłużającym się obniżonym napięciu mięśni wskazane jest podparcie pod łopatką, a w późniejszym okresie zawsze temblak. Ma to podstawowe znaczenie w profilaktyce podwichnięcia w stawie barkowym i uszkodzenia stożka rotatorów. Nadgarstek powinien pozostawać w lekkim zgietciu grzbietowym, podobnie jak palce, a kciuk w przeciwstawieniu umożliwiającym trzymanie wałeczka czy piłeczki. Kończynę dolną układa się w ułożeniu wyprostnym nieznacznie zgietą w stawie kolanowym (ok. 5-10°) i skręconą lekko na zewnątrz. Stopę podpira się pod kątem prostym i zabezpiecza przed uciskiem kołdry za pomocą poduszek, łusek czy worków z piaskiem. Długotrwałe unieruchomienie u pacjentów z porażeniem połowicznym powoduje powikłania w obrębie układu ruchu. Mogą to być podwichnięcia w stawie barkowym, przykurcze w stawie łokciowym i w stawach ręki, przeprost w stawie kolanowym, czy końsko-szpotałe ustawienie stopy. Pielęgniarka w tym zakresie ściśle współpracuje z rehabilitantem i rodziną chorego.

mgr Anna Kuźmiuk
Pielęgniarka Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

CHIRURGIA LAPAROSKOPOWA WRZODU DWUNASTNICY I ŻOŁĄDKA

Rozwój chirurgii laparoskopowej pęcherzyka żółciowego pociągnął za sobą ogromne zainteresowanie leczeniem tą metodą wielu innych chorób jamy brzusznej, między innymi perforowanego wrzodu trawiennego. Wskazania do operacji laparoskopowych w chorobach żołądka i dwunastnicy nie różnią się od wskazań w chirurgii otwartej. Jedynie dyskutuje się nad wskazaniami do jej wykonania w stanach septycznych oraz u chorych z zaburzeniami układu krzepnięcia, niewydolnością układu oddechowego i krążenia. Przedziurawienie wrzodu trawiennego często jest pierwszym objawem choroby wrzodowej, częściej występuje u mężczyzn i dotyczy zwykle wrzodów dwunastnicy. Najczęściej przebiegu ulegają wrzody przedniej ściany dwunastnicy i krzywizny mniejszej żołądka. Wiek nie stanowi przeciwwskazania do laparoskopowego zszycia przedziurawionego wrzodu. Dążyć należy, aby operację wykonać w czasie 2-6 godzin po przedziurawieniu wrzodu, zanim nie dojdzie do zapalenia otrzewnej. Wykonana u tych chorych zwiadowcza laparoscopia może ustalić właściwe rozpoznanie i często pozwala zdecydować o laparoskopowej naprawie. Technika ta w wielu przypadkach podobna jest do klasycznej.

TECHNIKA OPERACYJNA

Ułożenie chorego na stole operacyjnym z rozstawionymi kończynami dolnymi, założenie zgłębnika do żołądka i odessanie, aby chory nie zachłysnął się podczas intubacji, a także w celu ułatwienia wytworzenia odmy – są to zasady, które obowiązują podczas wszystkich operacji żołądka i dwunastnicy. Odmę otrzewnową wykonuje się przez wkłucie igły Veresa nad pępkiem, następnie przez założony 10mm trokar wprowadza się optykę. Pod kontrolą optyki wprowadza się do jamy brzusznej pozostałe trzy trokary, 5 milimetrowe - dwa palce poniżej łuku żeberowego symetrycznie w obu liniach środkowo-obojęzycznych. Ostatni trokar 10mm zakładamy w nadbrzuszu, poniżej i po lewej stronie wyrostka mieczykowatego. Najczęściej rozpoznanie przedziurawionego wrzodu trawiennego potwierdza obecność charakterystycznego płynu w jamie brzusznej oraz złożeń włókniaka i zrostów zapalnych. Należy zidentyfikować perforowany wrzód trawienny i zszyć miejsce przedziurawienia oraz skrupulatnie wypłukać jamę otrzewnej. Konieczne jest pobranie materiału – wycinka z brzegu wrzodu do oceny mikroskopowej, aby wykluczyć nowotworowy charakter owrzodzenia. Jeżeli perforacja dotyczy okolicy odźwiernika, linia szwów powinna przebiegać prostopadle do długiej osi żołądka i dwunastnicy, tak aby zminimalizować ryzyko powstania zwężenia. Zapalnie zmienione tkanki w okolicy przedziurawienia mogą utrudniać zszycie. W takich przypadkach można dodatkowo zabezpieczyć miejsce perforacji fragmentem sieci większej, mocując go szwem lub gąbką kolagenową z antybiotykiem. Po ponownym wypłukaniu, skontrolowaniu i zdrenowaniu jamy brzusznej można zakończyć zabieg.

OPIEKA POOPERACYJNA.

Zgłębnik żołądkowy utrzymuje się 24-72 godzin, do czasu powrotu perystaltyki jelit i ustąpienia objawów zalegania treści w żołądku. Należy także kontynuować podawanie antybiotyku, który był podany przed zabiegiem laparoskopowym i metronidazol. Uruchomienie chorego następuje tak szybko, jak to jest możliwe, zwykle kilka godzin po operacji. Dren Redona z jamy otrzewnej usuwany jest w 3-5 dobie w zależności od stanu miejscowego stwierdzonego podczas operacji oraz przebiegu pooperacyjnego – ustąpienie objawów otrzewnowych, powrót perystaltyki, oraz od preferencji chirurga. Chorego można wypisać do domu na ogół w trzeciej dobie po operacji. Zaleca się: unikać wysiłku fizycznego, przestrzegać diety, obserwację rany pooperacyjnej i kontrolę w poradni chirurgicznej.

POWIKŁANIA ZSZYCIA PRZEDZIURAWIENIA WRZODU ŻOŁĄDKA LUB DWUNASTNICY.

Najczęściej występujące powikłanie u 5-15% chorych to nieszczelność i powstanie przecieku z wytworzeniem zbiorników płynowych w jamie otrzewnej oraz przetoki. Wymaga to postępowania zależnego od stanu chorego, stanu miejscowego, wyników badań obrazowych, postępowanie może ograniczyć się do leczenia zachowawczego. Bardziej skutecznym sposobem, zwłaszcza jeżeli przeciek jest duży, jest wykonanie relaparoskopii lub laparotomii, dalsze postępowanie zależne jest od stwierdzonych zmian: ponowne zszycie, częściowe wycięcie żołądka. W przypadku dużego nacieku zapalnego, przetoki po zszyciu lub obecności ropnych zbiorników w jamie otrzewnej konieczne bywa stosowanie drenażu płuczącego.

mgr Irena Błędowska
Pielęgniarka Bloku Operacyjnego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

Wczesne macierzyństwo

Zmiany zachodzące w stosunkach kulturowych, społecznych i ekonomicznych zdecydowanie wpływają na świadomość, zachowanie i postawy ludzi.

Jednym z elementów tych zmian są przemiany w obyczajowości seksualnej młodzieży, które prowadzą do coraz wcześniejszych prokreacji. W opracowaniach

dotyczących młodzieży w wielu krajach odnotowuje się związany z dojrzałością biologiczną i niedojrzałością psychiczną stały wzrost aktywności seksualnej. W świadomości młodych ludzi współżycie seksualne przestało być znakiem miłości, oddania, świadomej prokreacji, a stało się formą niezwyklej zabawy. Zabawy,

która może okazać się wielkim szczęściem i/lub wielkim przeżyciem – traumą, jaką wywołuje niechciana, niepożądana ciąża u nastoletniej dziewczyny.

Ciąża w życiu każdej kobiety jest okresem wyjątkowym. To początek nowego życia, nowego dla dziecka, nowego dla matki, całej rodziny i społeczeństwa. Jednak u nastolatki poniżej 18 roku życia przy niedojrzałości psychicznej i społecznej jest zjawiskiem niepożądanym i stanowi ogromny problem, zarówno zdrowotny, społeczny jak i psychologiczny. Dziewięć miesięcy oczekiwania na narodziny dziecka, gdy wszystko przebiega dobrze, gdy dziecko jest oczekiwane, jest wielkim szczęściem. Gdy jednak pojawiają się problemy na jakimkolwiek etapie mają one znaczenie nie tylko dla matki dziecka i jej rodziny, ale w przyszłości mogą mieć dla całego społeczeństwa. Szczególny problem stanowią ciążę, których skutki mogą być negatywne, czy nawet patologiczne. Tu należałoby podkreślić ciążę nieplanowane, niechciane, tzw. "z przypadku", z braku wiedzy, jakie najczęściej spotyka się u młodocianych.

Terminem młodociane, nieletnie matki określa się osoby, które zaszły w ciążę i / lub urodziły dziecko poniżej 18 roku życia.

Wyróżnia się kilka grup:

- bardzo młoda matka – do 16 roku życia
- starsza nastolatka – 16 – 19 lat
- nastolatka, samotna nie mająca oparcia ze strony rodziny lub partnera
- nastolatka mająca wsparcie i pomoc ze strony partnera i/lub rodziny

Zjawisko ciąż i porodów u młodocianych „to nie mit – to prawda” i dzisiaj nie jest już problemem trzeciego świata, nie dotyczy tylko jednego kraju, czy grupy społecznej, ale stanowi problem całego świata i wzbudza zainteresowanie wśród różnych dziedzin medycznych, ekonomii i prawa.

PRZYCZYNY WCZESNEJ INICJACJI SEKSUALNEJ

Inicjacja seksualna – to rozpoczęcie życia seksualnego, najczęściej tłumaczone jako odbycie pierwszego stosunku płciowego, a także wkroczenie w świat doznań i przeżyć zarezerwowanych dla ludzi dorosłych.

W ostatnich latach zauważa się, iż systematycznie obniża się wiek inicjacji seksualnej, który zależy od:

- uwarunkowań rodzinnych
- uwarunkowań środowiskowych
- uwarunkowań obyczajowych
- uwarunkowań kulturowych
- uwarunkowań religijnych.

W Polsce według wielu autorów prac wiek inicjacji seksualnej przedstawia się następująco:

- w przedziale wieku 14 lat – 12%
- w przedziale 15 lat – 40%
- w przedziale wieku 16 – 18 lat – 48%.

Zjawisko to tłumaczy się wcześniejszym dojrzewaniem biologicznym, a to z kolei zawdzięcza się dzisiaj racjonalnym sposobem odżywiania, polepszeniem warunków socjo – ekonomicznych, poprawie opieki medycznej oraz zwiększeniem bodźców stymulujących rozwój psychoseksualny.

Do najczęstszych przyczyn odbycia stosunku płciowego wśród nieletnich podaje się:

- 1) presja rówieśników
- 2) dowód miłości dla utrzymania związku
- 3) chęć sprawdzenia się
- 4) decyzja pod wpływem środków zmieniających świadomość
- 5) zaburzenia struktur rodzinnych (rodziny patologiczne, dysfunkcyjne)
- 6) brak więzi emocjonalnych córka – matka, ojciec – córka
- 7) nadmiernie surowi rodzice (manifestacja, bunt)
- 8) mass – media (wszędobylski Internet)
- 9) chroniczny brak wiedzy nastolatków na temat seksualności i postaw wobec płci
- 10) czynniki ryzyka, tj.

Ryzyko sytuacyjne – dyskoteki, kluby, paczki młodzieżowe, ulice, place spotkań

Grupy ryzyka – gangi, sekty, promujące styl życia, np. alkohol, seks grupowy lub zabawowy

Behawioralne – nadużywanie alkoholu, eksperymenty ze środkami psychotropowymi, uzależnienia prowadzące do nietypowych zachowań- niebezpieczny seks

Rozwojowe – kryzys rozwojowy, wyjazdy w grupach, realizacja potrzeby seksualnej

Podmiotowe – czynniki ryzyka genetycznego, biologicznego, deficyty rozwoju poznawczego, emocjonalnego, społecznego i moralnego, rywalizacja, agresja, tendencje depresyjne.

To prawda, że nie ma tylko jednego czynnika, który ponosiłby odpowiedzialność za wczesną inicjację nastolatek i wczesną ciążę. Wszystkie czynniki są powiązane ze sobą i stanowią jedną całość. Społeczna dezorganizacja wywołuje również chaos w nieustabilizowanej i niedojrzałej emocjonalnie osobowości. Zdaniem nastolatek brak zaspokojenia emocjonalnego, poczucia ważności to ucieczka do seksu, aby uzyskać choćby odrobinę miłości, to próba stworzenia swojego akceptowanego świata. To próba oderwania się od zbyt słabych, nie kochających „korzeni”.

Problem społeczny wczesnego macierzyństwa. Istotą problemu jest to, iż nie są one przygotowane do pełnienia roli rodziców. Często pochodzą z zaniedbanych środowisk, niepełnych rodzin o trudnych warunkach socjo-ekonomicznych. Nie kontynuują nauki lub przerywają ją i najczęściej już jej nie uzupełniają, co wiąże się z ich niższym statusem ekonomicznym.

Każda ciąża wiąże się z ryzykiem powikłań. W przypadku młodocianych ciążę są najczęściej przypadkowe, co w dużej mierze wpływa na ich przebieg. Dziewczyny te zbyt późno zgłaszają się do lekarza, gdyż wstydzą się, boją się reakcji otoczenia, a to wpływa na występowanie wielu powikłań ciąży, tj;

- poród przedwczesny z czym wiąże się wcześniactwo,
- anemia,
- opóźnienie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu,
- infekcje dróg moczowych,
- gestoza, a to stanowi **problem medyczny**.

Macierzyństwo nieletnich to źródło poważnych konfliktów, które przyczynia się do wystąpienia złego samopoczucia. Wiele z tych dziewcząt odczuwa samotność i brak zrozumienia. Najczęściej mają problemy natury psychicznej w postaci świadomości nieszczęścia, opuszczenia, życiowej porażki, czy też zazdrości koleżankom wolności. Towarzyszy im stres, lęk, obawa przed przyszłością, obawiają się one braku akceptacji rodziny, bliskich, przyjaciół. Te wszystkie objawy towarzyszące młodym matkom doprowadzają do niepokoju i przygnębienia, a w konsekwencji do depresji, której towarzyszy smutek, zniechęcenie, izolowanie od ludzi, nadwrażliwość, zahamowanie aktywności psychicznej. Te wszystkie objawy stanowią z kolei **problem psychologiczny**.

Ciąża i poród u młodocianych na ogół przebiega prawidłowo. Jednak ze względu na późne objęcie opieką przedporodową towarzyszące jej powikłania i niedojrzałość nastolatki zaliczana jest do grupy cięż wysokiego ryzyka i zasługuje na szczególną troskę zarówno ze strony rodziny, państwa jak i też na specjalistyczną opiekę medyczną.

Niezależnie od aspektu medycznego, społeczno – psychologicznego cięża i poród u młodocianych stanowi ogólnie problem i wpływa na przyszłość ich samych i ich dzieci. Aby zapobiec temu zjawisku to rodzice, nauczyciele, wychowawcy powinni poprzez rzetelną informację w ujęciu pluralistycznym na temat seksualności człowieka wspólnie przygotowywać młodzież do odpowiedzialnego życia. Młodzi ludzie wchodzą w świat dorosłych z marzeniami i nadziejami, jednak na swojej drodze napotykają trudności i zachowują się w sposób nieodpowiedzialny, tj „wczesne macierzyństwo”. Zasługują jednak na to, abyśmy o nich dbali, wspierali i pomagali im uniknąć tego typu traumatycznej sytuacji. Zatem pomoc tym młodym matkom powinna polegać na stosowaniu odpowiednich form ułatwiających zarówno życie ich samych, ich dzieci, jak i szeroko rozumiane życie społeczne. Tego typu działanie powinno być popierane przez służby medyczne, społeczne oraz organizacje samorządowe. Bo pomimo edukacji seksualnej, promowania środków antykoncepcyjnych ciąży i porody u młodocianych występują i stanowią poważny problem.

mgr Renata Walczuk-Walczuk
położna

pracująca w Wojewódzkim Szpitalu
Specjalistycznym w Białej Podlaskiej

CHOROBY PRZYDATKÓW

Przydatki to wspólne określenie jajników i jajowodów.

STAN ZAPALNY

Jajniki i jajowody położone są blisko siebie, więc stanem zapalnym są objęte zazwyczaj razem.

Najczęściej stan zapalny występuje u kobiet w okresie dojrzałości płciowej (młodych, aktywnych seksualnie), rzadko przed pierwszą miesiączką lub po menopauzie.

Kiedy dochodzi do stanów zapalnych ? (sprzyjające sytuacje)

1. Droga wstępująca:

- miesiączka
- poronienie i poród przedwczesny
- poród i połóg
- wyłyżczkowanie jamy macicy
- obecność wkładki wewnątrzmacicznej
- niektóre zabiegi ginekologiczne
- zabieg aborcji

2. Droga zstępująca

- zapalenie migdałków, zatok, zębów
- choroby zakaźne
- wyrostek robaczkowy, uchyłkowatość esicy, choroba Cohna

Bakterie, które wywołują stan zapalny przydatków to:

- beztlenowce
- pałeczka okrężnicy (E.coli)
- dwoinka rzeżączki (N.gonorrhoeae)
- paciorkowce
- gronkowce
- Chlamydia trachomatis

Objawy - triada objawów:

- ból w podbrzuszu



- gorączka
 - zapalenie otrzewnej miednicy mniejszej-> odruch wymiotny
- Objawy rozpoczynają się po miesiączce lub po poronieniu.

Powikłania:

- ropnie
- przetoki
- zapalenie przymacicz
- zaburzenia miesiączkowania

Skutki:

- niepłodność
- ciąża pozamaciczna
- utrwalone tyłozgięcie macicy

Leczenie to przede wszystkim antybiotykoterapia. Zapalenie przydatków to choroba nawracająca. Na zapalenie przydatków rzadziej zapadają kobiety stosujące doustną antykoncepcję hormonalną (dwuskładnikową). Dzieje się tak dlatego, że gęsty śluz szyjkowy, którego głównym zadaniem jest zatrzymanie plemników, stanowi również barierę dla bakterii.

Jak zapobiegać stanom zapalnym?!

- dbać o zdrowie i higienę
- chronić się przed wychłodzeniem
- zapobiegać nadmiernemu wysiłkowi fizycznemu
- unikać kontaktów seksualnych z przypadkowymi partnerami

INNE CHOROBY JAJNIKA

Pomimo wprowadzenia wielu nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych rak jajnika nadal wywołuje wysoką umieralność wśród kobiet.

Jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów wśród kobiet mających chorobę nowotworową. Wczesne wykrycie daje dobre rokowania. Jednak w większości przypadków rozpoznawany jest w III° i IV° wg FIGO, a pięcioletnia przeżywalność wówczas to 5-20%.

Aby wykryć raka jajnika należy wykonywać USG, badać poziom markera nowotworowego Ca 125, przeprowadzać dokładny wywiad w kierunku żyłnej choroby zakrzepowo – zatorowej. Komórki nowotworowe mogą same bezpośrednio aktywować kaskadę krzepnięcia krwi.

Guzy jajnika u kobiet w ciąży stanowią szczególnie istotny problem kliniczny zarówno diagnostyczny jak i terapeutyczny. Tylko 20% guzów jajnika w czasie ciąży daje objawy kliniczne. 50% rozpoznawane jest w I trymestrze ciąży. 1/3 w okresie okołoporodowym, gdzie do rozpoznania dochodzi najczęściej przypadkowo podczas wykonywania cięcia cesarskiego.

Większość autorów uważa, że ciąża przyspiesza rozwój procesu nowotworowego ze względu na obniżoną odporność komórkową w związku ze zwiększoną tolerancją immunologiczną. Mechanizmy zapewniające przeżycie płodu mogą równocześnie ułatwiać rozwój nowotworu.

Procesy nowotworowe w ciąży charakteryzują się dużo większą dynamiką. Szybciej dochodzi do przerzutów i uogólnienia choroby nowotworowej. Z tego powodu rokowanie jest zawsze poważniejsze niż u kobiet nieciążarnych.

Torbiel jajnika

Torbiel to patologiczna jama otoczona ścianą. Wyróżniamy torbiele:

- surowicze
- endometrialne (torbiele czekoladowe)
- dermatoidalne (skórzaste)
- torbiele wypełnione śluzem
- lite

W zależności od pochodzenia mogą to być:

- zmiany łagodne (przetrzywały pęcherzyk Graffa)
- zmiany złośliwe (rak jajnika)

Zespół policystycznych jajników(PCOS – Polycystic ovary syndrome) to występowanie wielotorbielowatych jajników. Istotą choroby jest destrukcja tkanki jajnika przez dużą liczbę drobnych, niedojrzałych pęcherzyków Graffa, których rozwój został zatrzymany przed uwolnieniem komórki jajowej. To powoduje, że nie powstaje ciało żółte, pęcherzyk zanika i tworzy się torbiel.

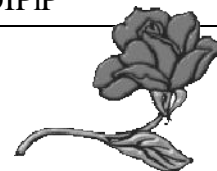
PCOS to częsty powód niepłodności u kobiet. Szczególną postacią tej jednostki jest zespół Steina-Leventhala objawiający się:

- brakiem owulacji
- brakiem miesiączki lub rzadkim miesiączkowaniem
- otyłością
- niepłodnością
- hirsutyzmem (nadmierne owłosienie)
- hiperandrogenizmem (trądzik, wykwit skóry, łysienie typu męskiego, obniżony tembr głosu, zmiana sylwetki ciała, przerost lechtaczki i warg sromowych)
- insulino-opornością

Amerykańscy badacze z Uniwersytetu Harvarda stwierdzili, że picie napojów z kofeiną, w tym kawy, obniża ryzyko zachorowania na raka jajnika. Obserwacja ta jest bardzo obiecująca.

mgr Małgorzata Smędra

położna pracująca w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej



Z żałobnej karty...

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

W. Szymborska



Koleżance **Jolancie Lewczuk**
Pełnomocnikowi Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
najgłębsze wyrazy współczucia
z powodu śmierci **BRATA**
składają członkowie
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej.



*Życie to czas, w którym szukamy Boga.
Śmierć to czas, w którym Go znajdujemy.
Wieczność to czas, w którym Go posiadamy.*

Sw. Franciszek Salezy

Koledze **Ireneuszowi Tymoszukowi**
szczerze wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci **TATY**
składają Dyrekcja i pracownicy DPS w Kozuli.



*„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje w sercach
bliskich...”*

Koleżance **Marii Jabłońskiej**
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci **TATY**
składają współpracownicy NZ POZ
Lekarz Rodzinny Małaszewicze



*„Kochany człowiek nigdy nie umiera.
Żyje wciąż w myślach, słowach i wspomnieniach”*

Koleżance **Edycie Kubackiej**
szczerze wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci **TATY**
składają Dyrekcja i Pracownicy DPS w Kozuli.



*„Kochany człowiek nigdy nie umiera.
Żyje wciąż w myślach, słowach i wspomnieniach”*

Koleżance **Irenie Ślędak**
wyrazy współczucia
z powodu śmierci **TATY**
składają koleżanki z Oddziału Ginekologii
WSzS w Białej Podlaskiej



*„Kochany człowiek nigdy nie umiera.
Żyje wciąż w myślach, słowach i wspomnieniach”*

Pielęgniarki **Jolancie Zbańskiej**
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci **MAMY**
składają Kierownik Żłobka Miejskiego
w Białej Podlaskiej wraz z pracownikami.



*„Kochany człowiek nigdy nie umiera.
Żyje wciąż w myślach, słowach i wspomnieniach”*

Koleżance **Irenie Pietrzyk**
wyrazy współczucia
z powodu śmierci **TATY**
składają koleżanki i koledzy
z Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego
w SP ZOZ Parczew

P&M GROUP

PEWNY PARTNER

**... to tylko kwestia czasu
abyś się o tym przekonał.**

www.pmgrouppl

Polecamy dedykowane szkolenia i studia

Szkolenia

- Zarządzanie celami i wskaźnikami jakości w ZOZ - praktyczne aspekty.
- Zarządzanie zespołem pracowniczym w jednostce służby zdrowia.
- BOHIPSZO i PCS jako praktyczne elementy doskonalenia systemu zarządzania jakością w ZOZ.
- Wypalenie Zawodowe Pracowników Służby Zdrowia.
- Praca z trudnym pacjentem.
- i inne.

INFORMACJE  KSZTAŁCENIE  DORADZTWO 

Studia podyplomowe

Menedżer Jakości w Placówkach Ochrony Zdrowia

Jeżeli chcesz dołączyć do obecnej edycji, zadzwoń! Już w grudniu kolejny, drugi zjazd!

Przyjmujemy również zgłoszenia na kolejną edycję - ruszamy w marcu 2010

Zgłoszenia:

- chęć uczestnictwa należy zgłaszać na adres: **P&M GROUP, PKiN, Pl. Defilad 1, 00-901 Warszawa, skr. poczt. 53, tel. 22 656-63-14, fax.: 22 656-63-15**

biuro@pmgroup.pl

www.pmgrouppl