ISSN 2083-0246
Dwumiesięcznik nr 4 (15) sierpień - wrzesień 2013r.

Opolska Pielęgniarka i Położna

W numerze:

Pielęgniarka Roku 2012
Kalendarium
Wymagania wobec pielęgniarek opieki paliatywnej
Pielęgniarskie przemyślenia...
Żywienie pozajelitowe...
Zasady opieki paliatywnej
Opinie i komunikaty

Szanowne Koleżanki Pielęgniarki, Położne oraz Koledzy Pielęgniarze!

Przekazujemy Państwu kolejny numer „Opolskiej Pielęgniarki i Położnej”. Lato w pełni, dla większości z nas to czas odpoczynku, relaksu, czas bez codziennej gonitwy i obowiązków zawodowych. Korzystamy z urlopów, wypoczywając, podróżując, zwiedzając piękne okolice jak i zabytki w kraju oraz poza granicami. Spotykamy się z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi.
W aktualnym numerze „Opolskiej Pielęgniarki i Położnej” dzielimy się z Państwem dobrą informacją, że nasza Koleżanka - Aneta Gajda zajęła III miejsce w III etapie Ogólnopolskiego Konkursu na „Pielęgniarkę Roku 2012”. Prezentujemy sylwetkę p. Anety Gajdy oraz informacje z przebiegu konkursu.
Bieżący numer „Opolskiej Pielęgniarki i Położnej” poświęcony jest tematyce opieki paliatywnej. W czerwcu Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zorganizowała szkolenie dla Kierowników placówek opieki paliatywnej oraz Pielęgniarek działających w ramach opieki paliatywnej na terenie naszego województwa. Inicjatorami szkolenia były: dr n. med. Jadwiga Pyszkowska - Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Medycyny Paliatywnej Województwa Opolskiego oraz mgr Izabela Kaptacz - Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.
Program szkolenia obejmował:
- „Opieka paliatywna na terenie województwa opolskiego” - wystąpienie p. Romana Kolka Wicemarszałka Województwa Opolskiego;
- „Aktualne zasady opieki paliatywnej” - wykład dr n. med. Jadwigi Pyszkowskiej, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Medycyny Paliatywnej Województwa Opolskiego;
- „Wymagania i oczekiwania stawiane pielęgniarkom opieki paliatywnej” - wykład mgr Izabeli Kaptacz, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej;
- „Pielęgniarskie przemyślenia o rodzinach pacjentów objętych opieką paliatywną” - wykład mgr Ewy Woytoń, Pielęgniarki Oddziałowej Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu.

Szkolenie miało charakter warsztatowy. Po każdym wykładzie toczyła się ożywiona dyskusja związana z poruszanymi zagadnieniami oraz problematyką spotykaną w pracy pielęgniarki opieki paliatywnej.
Na łamach bieżącego numeru przedstawiamy część zagadnień prezentowanych podczas wykładów. W obszar tematyczny związany z opieką paliatywną wpisuje się także artykuł Elżbiety Szlenk-Czyczerskiej pt. „Żywienie pozajelitowe w intensywnej terapii – zadania pielęgniarki”.
W numerze zamieszczamy również bieżące informacje, ważne opinie konsultantów, kalendarium wydarzeń OIPiP w Opolu oraz komunikaty dotyczące składek członkowskich jak i obowiązku aktualizacji danych w CRPiP.

Życzymy miłej lektury.
Sabina Wiatkowska
Przewodnicząca ORPiP w Opolu

Opolska Pielęgniarka i Położna

Kontakt:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
ul. Świerkowa 24
45-407 Opole
tel.: 77 455 09 57
tel./fax: 77 456 94 67
tel. kom.: 883 394 045
e-mail: oipip.opole@op.pl
www.oipip.opole.pl

NIP: 754-13-06-694
Konto: Bank Zachodni WBK I Oddział w Opolu, ul. Ozimska 6
33 1090 2138 0000 0005 5600 0581

Godziny pracy biura OIPiP w Opolu:

poniedziałek	8^{00} - 16^{00}
wtorek	8^{00} - 16^{00}
środa	8^{00} - 17^{00}
czwartek	8^{00} - 16^{00}
piątek	8^{00} - 16^{00}

Pracownicy biura OIPiP w Opolu:
Anna Kałuska – pracownik administracyjno-biurowy
Magdalena Księżarczyk – pracownik administracyjno-biurowy
Maria Skoberla – księgowa

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
Rada Programowa: Urszula Kraszkiewicz, Izabela Marklewicz-Strysz, Barbara Prochota, Sabina Wiatkowska
Redaktor Naczelny: Wiesław Duda, tel. 601 688 692
Reklama i promocja: wieslaw.duda@medwip.pl
druk i skład: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4
tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania nadesłanych tekstów i nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam.

Pielęgniarka Roku 2012 – Aneta Gajda

Dyplom pielęgniarski uzyskałam w 1998 r. Zawodowo od początku związana jestem z Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu. Pierwszą pracę rozpoczęłam w Oddziale Chirurgii Dziecięcej. To właśnie tam zdobyta wiedza i umiejętności zderzyły się z rzeczywistością, w której pacjent był wymagający i wyjątkowy, a jego wrażliwość i potrzeby specyficzne. Nigdy nie zapomnę doświadczeń z tego okresu, ani też osób dzięki, którym mogłam doskonalić swoje umiejętności i uczyć się nowych rzeczy.

Po 8 latach pracy z dziećmi wyjechałam do Anglii. Miałam tam możliwość pracować w dużym szpitalu uniwersyteckim w Southampton w Oddziale Intensywnej Terapii.

Wyjazd za granicę był nie tylko sprawdzianem własnych możliwości, ale także pozwolił mi poznać funkcjonowanie angielskiej służby zdrowia. Zobaczyłam i doświadczyłam jak pracują pielęgniarki za granicą. Uświadomiło mi to, jak dobrze, my - polskie pielęgniarki jesteśmy przygotowane do pracy, nie tylko w swoim kraju. Z pełną świadomością chcę powiedzieć, że możemy być dumne ze swojej wiedzy i umiejętności i absolutnie pozbawione kompleksów w tym zakresie. Sprzęt medyczny i procedury stosowane za granicą nie różniły sie znacząco od tych, którymi posługiwałam się w WCM w Opolu, czy też pamiętałam z innych opolskich szpitali.

Zaobserwowałam jednak, że zawód pielęgniarki jest tam lepiej postrzegany przez środowisko medyczne i daje większe możliwości w rozwoju zawodowym. Związane jest to z jasno określonym planem realizacji ścieżki kariery w naszym zawodzie. Moją uwagę zwróciło także, że badania naukowe w pielęgniarstwie, czy też Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach (EBNP) są już na zaawansowanym poziomie.

Po powrocie do Polski w 2009 r. znalazłam pracę w poradni alergologicznej, a po kilku miesiącach powróciłam do WCM w Opolu. Pracę tym razem otrzymałam w Oddziale Kardiochirurgii, gdzie pracuję do chwili obecnej.

W pracy zawodowej patrzę na środowisko pielęgniarskie z szacunkiem. Świadomie korzystam z wiedzy oraz umiejętności koleżanek i kolegów, za co serdecznie wszystkim dziękuję. Przecież „żaden człowiek nie jest samoistną wyspą" i tylko razem możemy zadbać o dobro pacjenta dążąc do profesjonalizmu zawodowego.

Podnoszenie własnych kwalifikacji oraz permanentne kształcenie się, uważam za obowiązek każdej pielęgniarki i pielęgniarza. Uzyskanie dyplomu nie kończy przecież edukacji, ale dopiero ją zaczyna, dlatego w okresie swojej praktyki pielęgniarskiej uczestniczę w kursach, konferencjach oraz sympozjach naukowych. W 2002 r. ukończyłam studia magisterskie z zakresu pedagogiki opiekuńczej i pracy socjalnej ze specjalnością pedagogika zdrowia. Po powrocie z Anglii ponownie znalazłam się w murach byłego Studium Medycznego im dr Marii Kujawskiej, a obecnie PMWSZZ w Opolu, gdzie ukończyłam pomostowe studia licencjackie. Natomiast w 2012 r. uzyskałam tytuł magistra pielęgniarstwa na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach.

Lubię być pielęgniarką, lubię swój zawód ponad całym tym „gwarem" i trudnościami, które napotykam na drodze w pracy zawodowej. Nie ma zawodu, w którym można być tak blisko drugiego człowieka, zarówno fizycznie jak i psychicznie. Bariery budują ludzie, którzy boją się zmian, a przecież pielęgniarstwo zmienia się cały czas. To od każdej osoby wykonującej Nasz zawód zależy jak pielęgniarstwo będzie postrzegane na rynku pracy i w środowisku medycznym.

W wolnym czasie wędruję po górach (obecnie realizuję projekt Korona Gór Polskich), czytam poezję i każdą książkę, która zwróci moją uwagę. Wykorzystuję czas i możliwości aby podróżować, poznawać polskie wsie, miasta i miasteczka i odkrywać miejsca, w których nie byłam.

Do udziału w konkursie „Pielęgniarka Roku 2012" namówiła mnie koleżanka. Konkurs odbywa się od 8 lat, organizowany jest przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP). Składa się z trzech etapów. Pierwszy, to zgłoszenie swojego udziału zgodnie z regulaminem Konkursu do przewodniczącej wojewódzkiego oddziału PTP. Obecną przewodniczącą opolskiego oddziału jest Pani Maria Grzeczna, Naczelna Pielęgniarka WCM w Opolu. Drugi etap odbywa się również na szczeblu wojewódzkim. Uczestnicy wówczas piszą test z wiedzy ogólnej i historii pielęgniarstwa składający się z 60 pytań. W tym roku etap ten odbył się 1 czerwca 2013 r. W naszym województwie został on przeprowadzony, jak co roku w WCM w Opolu. Ostatni etap (trzeci) odbywa się w wyznaczonym mieście w Polsce, w którym przed komisją PTP, wojewódzcy finaliści przedstawiają swoją prezentację na temat podany na zakończenie etapu II - go. Tegoroczny temat III - go etapu Konkursu brzmiał następująco: „Przedstaw sylwetki i działalność trzech polskich pielęgniarek w Światowej Organizacji Zdrowia".

W dniu 5 czerwca 2013 r. odbyło się „przesłuchanie" wszystkich 19 - u uczestników, a następnego dnia ogłoszono wyniki. Przyznanie tytułu „Pielęgniarka Roku 2012" miało miejsce 6 czerwca 2013 r. w Warszawie w ramach Konferencji zorganizowanej z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki.

W Konkursie tym zajęłam III miejsce. Zostało to uhonorowane nie tylko dyplomami, ale także licznymi nagrodami rzeczowymi. Sukces ten dedykuję mojej Oddziałowej, Pani Ewie Urbańczyk, dziękując Jej za duchową obecność i wiarę we mnie.

Zachęcam do udziału w Konkursie pielęgniarki i pielęgniarzy z całego województwa. Udział w Konkursie daje możliwość do głębszego poznania historii pielęgniarstwa, o której wiemy wciąż za mało. Przytoczę tu słowa znanej pielęgniarki Pani Anny Rydlówny:

„Nie można oddać się żadnemu zawodowi, ani rozumnie, ani korzystnie, o ile się do pewnego stopnia nie zna jego historji. W każdym zawodzie mamy dużo pracy, wysiłków i przejść, prowadzących do ostatecznych rezultatów, łączących przeszłość z teraźniejszością i widokiem na coraz to lepszą przyszłość. Lekarz, który nie studiuje historii medycyny, częściowo pracuje po omacku. Pielęgniarka lub nauczycielka, która będzie tylko wiedziała, co się dzieje za jej życia, pozbawia się niechybnego źródła wiedzy i prawdopodobnie nie potrafi dokładnie osądzić wpływu obecnych zdarzeń, mogących wpłynąć na jej własną karjerę. Powinniśmy zatem wiedzieć, jak zawód pielęgniarski powstał, jakiemi drogami postępował, oraz pod czyim kierunkiem najlepiej się rozwijał. Posiadając tę wiadomość, każda z nas będzie mogła pokierować i wpłynąć na pomyślny rozwój i przyszłość pielęgniarstwa, zgodnie z jego historycznem posłannictwem". *

Udział w III etapie oprócz uczestnictwa w Konkursie daje możliwość integracji i poznania środowisk pielęgniarskich z całego kraju. Wymiana myśli i poglądów dotyczących naszego zawodu jest dobrym sposobem na zastanowienie się nad tym, co możemy i chcemy udoskonalić w naszej codziennej opiece nad pacjentem, a także co możemy zmienić dla nas samych.

* Tekst pochodzi z *Historii pielęgniarstwa*, niepublikowanego maszynopisu, Centralne Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego przy Zarządzie Głównym PTP w Warszawie - opublikowano w Piśmie Małopolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, nr 98, Kraków, maj 2011.

Kalendarium spraw w OIPiP w Opolu VI - VII 2013

17 lipca 2013 r.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu. W czasie posiedzenia podjęto 17 uchwał, w tym:

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych: 4
- zmiany wpisu w rejestrze organizatorów kształcenia podyplomowego: 3
- skreślenia pielęgniarki z rejestru pielęgniarek i położnych: 5
- wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych: 1
- finansowych: 3
- inne: 1

Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu Zespołu Konsultacyjnego przy Urzędzie Marszałkowskim Województwa Opolskiego, w trakcie którego omawiano sprawy dotyczące Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014-2020.

8 lipca 2013 r.
W Zespole Opieki Zdrowotnej w Nysie odbyło się postępowanie egzaminacyjne kursu specjalistycznego w zakresie „Podstawy opieki paliatywnej" organizowanego przez Ośrodek Szkoleń i Doradztwa Gospodarczego MEDIATOR, w którym uczestniczył Piotr Lisowiec Członek Prezydium ORPiP.

2 lipca 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu Grupy Roboczej Senatora Mieczysława Augustyna, które odbyło się w Warszawie.

27 czerwca 2013 r.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Zespołu ds. pielęgniarstwa opieki długoterminowej działającego przy OIPiP w Opolu. Spotkanie przygotowała i prowadziła Beata Guzak – Przewodnicząca Zespołu. W trakcie spotkania omawiano m.in. następujące sprawy:
- prace Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych przy NIPiP (zapoznano się z wykazami świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgniarskich realizowanych przez pielęgniarki),
- przekazano informacje z prac Grupy Roboczej Senatora Mieczysława Augustyna dotyczące ustawy o osobach niesamodzielnych,
- propozycje zmian do koszyka świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka długoterminowa.

25 czerwca 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych przy NIPiP w Warszawie.

24 czerwca 2013 r.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu. W posiedzeniu uczestniczyli członkowie Prezydium oraz Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
Gościem posiedzenia była p. Aneta Gajda – finalistka III etapu Ogólnopolskiego Konkursu na **„Pielęgniarkę Roku 2012"**. Prezydium ORPiP złożyło p. Anecie Gajdzie gratulacje oraz życzenia dalszych sukcesów zawodowych i osobistych. Pani Aneta Gajda przekazała informacje oraz refleksje dotyczące swojego udziału w konkursie.
W trakcie posiedzenia podjęto łącznie 16 uchwał, w tym:
- finansowe: 9
- wyznaczenia przedstawiciela ORPiP do postępowania w komisji w zakresie kształcenia podyplomowego: 2
- wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych prowadzonego przez ORPiP: 2
- wyznaczenia przedstawicieli ORPiP do udziału w postępowaniu konkursowym: 1
- inne: 2.

Ponadto omówiono:
- szkolenie dla pielęgniarek opieki paliatywnej z dnia 20.06.2013 r.,
- przekazano informację nt. prac związanych z zakupem nowej siedziby OIPiP,
- korespondencję w sprawie Apelu ORPiP w Opolu z dnia 8 kwietnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia rozwiązań systemowych służących poprawie funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia,
- sytuację położnych zatrudnionych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii.

22 czerwca 2013 r.
Na terenie Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu odbył się II Opolski Piknik Wcześniaka pod hasłem „Każdy może zostać Indianinem" zorganizowany przez Oddział Patologii Noworodków i Wcześniaków SSZOZ w Opolu, Fundację „Harmonia Życia" oraz Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu. W pikniku uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

21 czerwca 2013 r.
Pani Elżbieta Mieszkowska uczestniczyła w postepowaniu egzaminacyjnym kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa opieki długoterminowej" dla pielęgniarek w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Opolu organizowanego przez Centrum Szkoleniowe LOGOS.

20 czerwca 2013 r.
W Opolskim Centrum Onkologii odbyło się szkolenie zorganizowane przez ORPiP w Opolu dla pielęgniarek z placówek opieki paliatywnej.
Pani Anna Marynowicz uczestniczyła w postępowaniu egzaminacyjnym kursu specjalistycznego w zakresie „Resuscytacji krążeniowo - oddechowej" dla pielęgniarek i położnych w SP ZOZ w Kędzierzynie – Koźlu, organizowanym przez Ośrodek Szkoleń i Doradztwa Gospodarczego MEDIATOR.

18-19 czerwca 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

17 czerwca 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych przy NIPiP z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz przedstawicielami Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej.

14 czerwca 2013 r.
W Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu odbyła się konferencja „Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta" zorganizowana z okazji otrzymania Certyfikatów Akredytacyjnych. W konferencji uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.
Pani Wiesława Grabska uczestniczyła w postepowaniu kwalifikacyjnym kursu specjalistycznego w zakresie „Resuscytacji krążeniowo oddechowej" oraz kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa ratunkowego" dla pielęgniarek/pielęgniarzy w ramach projektu systemowego pod nazwą „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego" współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach projektu Europejskiego Funduszu Społecznego organizowanego przez firmę CKZ TEACHMED.
Postępowanie odbyło się w Zespole Placówek Oświatowych z Bursą w Opolu.

13 czerwca 2013 r.
W Urzędzie Marszałkowskim w Opolu, odbyło się spotkanie

Zespołu Konsultacyjnego ds. opracowania Strategii ochrony zdrowia województwa opolskiego na lata 2014-2020. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska, która jest członkiem Zespołu.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego. Rozpatrzono 118 wniosków. Przyznano 116 refundacji, negatywnie rozpatrzono 2 wnioski.

12 czerwca 2013 r.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się szkolenie dla członków zespołu wizytującego praktyki zawodowe pielęgniarek/położnych. Szkolenie prowadziła Mecenas Aleksandra Krzemińska.
Pani Anna Grochal uczestniczyła w postępowaniu egzaminacyjnym kursu specjalistycznego w zakresie „Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego" w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSW w Głuchołazach organizowanym przez firmę CKZ TEACHMED.

11 czerwca 2013 r.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu. Ilość podjętych uchwał 50, w tym:

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu: 4
- wpisu na listę pielęgniarek i położnych: 3
- skreślenia z rejestru pielęgniarek: 2
- skreślenia z rejestru indywidualnych i grupowych praktyk: 1
- wydania zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu: 1
- wytypowania przedstawiciela do udziału w pracach komisji egzaminacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego: 3
- wytypowania przedstawiciela do udziału w pracach komisji kwalifikacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego: 3
- finansowe: 20
- skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu: 1
- inne: 12

7 czerwca 2013 r.

Pani Anna Grochal uczestniczyła w postępowaniu kwalifikacyjnym kursu specjalistycznego w zakresie „Resuscytacji krążeniowo oddechowej" oraz kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa ratunkowego" dla pielęgniarek/pielęgniarzy w ramach projektu systemowego pod nazwą „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego" współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach projektu Europejskiego Funduszu Społecznego organizowanego przez firmę CKZ TEACHMED. Postępowanie odbyło się w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSW w Głuchołazach.

6 czerwca 2013 r.

W Centrum Alzheimera w Warszawie odbyła się konferencja „Rodzina, samorząd, pomoc społeczna, zdrowie i przedsiębiorcy – nowe partnerstwo w propozycjach ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym" zorganizowana przez Urząd Miasta Stołecznego Warszawy, Biuro Pomocy i Projektów Społecznych we współpracy z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej. W konferencji uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.
W posiedzeniu Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uczestniczyła Skarbnik Barbara Prochota.

4 czerwca 2013 r.

W Urzędzie Marszałkowskim odbyła się konferencja naukowa „Rola geriatrii i gerontologii w systemie opieki zdrowotnej na tle obecnej sytuacji demograficznej" zorganizowana przez Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych w Kup, w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.
W Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu odbyła się konferencja „Reforma systemu ochrony Zdrowia w Polsce pod patronatem Andrzeja Buły - Posła na Sejm RP oraz Edwarda Gondeckiego – Przewodniczącego Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W konferencji uczestniczyła Wiceprzewodnicząca Elżbieta Duda.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w postępowaniu kwalifikacyjnym kursu specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa opieki długoterminowej" dla pielęgniarek w ramach projektu systemowego pod nazwą „Wykwalifikowane kadry Caritas" współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach projektu Europejskiego Funduszu Społecznego organizowanego przez firmę MEDIATOR GROUP.
Postępowanie odbyło się w Centrum Opieki Paliatywnej Caritas Diecezji Opolskiej w Starych Siołkowicach.

1 czerwca 2013 r.

W Opolu odbyła się IX Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Wyzwania pediatrii XXI wieku. Widzę, słyszę, czuję… ale nie zawsze" zorganizowana przez Państwową Medyczną Wyższą Szkołę Zawodową w Opolu, Samorząd Województwa Opolskiego oraz Opolską Izbę Lekarską, w której z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczyła Mariola Kaczmarczyk.

Wymagania i oczekiwania stawiane pielęgniarkom opieki paliatywnej

mgr Izabela Kaptacz, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

„Liczysz się tylko Ty, ponieważ jesteś sobą.
Liczysz się do ostatniej chwili swego życia.
I zrobimy wszystko, co w naszej mocy,
żeby Ci pomóc nie tylko umrzeć w spokoju,
lecz żyć aż do śmierci."
C. Saunders

Powstanie opieki hospicyjnej i paliatywnej w Polsce było odpowiedzią pracowników ochrony zdrowia i wolontariuszy na epidemiologiczne, demograficzne oraz społeczne potrzeby chorych, którzy nie otrzymywali fachowej opieki i leczenia przeciwbólowego. Od początku lat osiemdziesiątych XX wieku w Polsce opieka hospicyjna funkcjonowała w ramach bezinteresownej, charytatywnej działalności przy dużym zaangażowaniu i udziale pielęgniarek. W 1999 roku opieka paliatywna została uznana przez Ministerstwo Zdrowia, jako odrębna specjalizacja lekarska oraz pielęgniarska. Terminów opieka paliatywna i hospicyjna używa się zgodnie z zaleceniami WHO jednoznacznie, z poszanowaniem ich odmienności i tradycji.

Cicely Saunders - angielska pielęgniarka, pracownik socjalny i lekarz, pionierka nowoczesnego ruchu hospicyjnego, w nawiązaniu do średniowiecznych tradycji zapoczątkowała pełną koncepcję opieki nad nieuleczalnie chorymi nastawioną na całościowe spojrzenie na człowieka (jego sferę psychiczną, fizyczną, duchową i społeczną), kontrolę objawów oraz

towarzyszenie choremu podczas umierania. Wyznacznikiem dobrej jakości życia chorych, stała się systematyczna, ciągła i profesjonalna opieka.

Opieka paliatywna i hospicyjna realizowana jest w ramach:
- poradni opieki / medycyny paliatywnej,
- domowej opieki paliatywnej / hospicjum domowego dla dorosłych i dla dzieci,
- oddziału opieki paliatywnej / hospicjum stacjonarnego,
- dziennego ośrodka opieki paliatywnej,
- szpitalnego zespołu wspierającego opiekę paliatywną.

Opieka sprawowana jest przez przygotowany i współpracujący ze sobą interdyscyplinarny zespół składający się z pielęgniarek, lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, duszpasterzy oraz wolontariuszy.

W Polsce opieka paliatywna i hospicyjna jest gwarantowanym świadczeniem zdrowotnym, finansowanym ze środków publicznych w zakresie domowej, stacjonarnej oraz ambulatoryjnej opieki paliatywnej. Brak finansowania opieki w ośrodkach dziennych i szpitalnych zespołach wspierających. Od 2007 roku rozdzielona jest od świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych i jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia. W 2012 roku funkcjonowały 442 jednostki opieki paliatywnej, które realizowały opiekę w ramach umowy z NFZ, a kilkanaście ośrodków świadczyło również opiekę hospicyjną bez umowy z płatnikiem świadczeń. Nadal pozostają jeszcze ograniczenia w dostępności do świadczeń, szczególnie w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej. Jednakże ogólny, wysoki poziom opieki paliatywnej w Polsce stawia nasz kraj na piątej pozycji w Europie [Atlas EAPC 2013]. Zgodnie z zaleceniami WHO już w momencie zdiagnozowania choroby zagrażającej życiu należy rozpoczynać opiekę wspomagającą i paliatywną, która w zależności od przebiegu choroby i leczenia powinna być modyfikowana. Zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci zalecana jest opieka domowa, która jest najbardziej przyjazną formą świadczonej opieki.

WYBÓR MIEJSCA UMIERANIA JEST OSOBISTĄ DECYZJĄ CHOREGO.
- Większość umierających chorych wolałoby pozostać w domu w chwili śmierci, ale większość z nich umiera w instytucji.
- Większość pacjentów 90% czasu w ostatnim roku życia spędza w domu, ale bardzo wielu przyjmowanych jest do szpitala i tam umiera.
- **Opieka domowa** jest uważana za podstawową formę opieki paliatywnej, która powinna być dostępna każdemu, kto jej potrzebuje.

Pielęgniarka uczestniczy we wszystkich formach opieki paliatywnej, zapewniając pacjentom całodobową opiekę i wsparcie oraz współpracując z podstawową opieką zdrowotną, specjalistami innych dziedzin medycznych oraz innymi organizacjami. Bierze udział w planowaniu opieki poszczególnych członków zespołu, często staje się koordynatorem działań opiekuńczych najbliższej rodziny, która w kryzysowej sytuacji ciężkiej choroby, potrzebuje edukacji i wsparcia. Systematyczne kształcenie wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu, w tym również pielęgniarek, to konieczność mająca wpływ na należytą realizację opieki paliatywnej. Zgodnie z aktualnymi wymaganiami pielęgniarki zatrudnione w opiece paliatywnej, powinny posiadać ukończone szkolenie specjalizacyjne lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej lub być w trakcie wyżej wymienionych form kształcenia.

Pielęgniarka opieki paliatywnej musi posiadać umiejętność integracji wiedzy z różnych dziedzin medycyny i pielęgniarstwa (m.in. onkologii, chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii, geriatrii, chirurgii) z zagadnieniami filozoficznymi, psychospołecznymi oraz duchowymi.

Obok wielu zaleceń i wymagań prawnych i organizacyjnych, którym muszą sprostać osoby realizujące opiekę paliatywną, ważnym i nadal aktualnym staje się **wezwanie C. Saunders do bycia otwartym na:**
- **naszych pacjentów,**
- **rodziny,**
- **tych, ktorzy przychodzą się uczyć,**
- **nas samych.**

Istotą pielęgniarstwa opieki paliatywnej jest dążenie do zapewnienia całościowej opieki w sferze fizycznej, psychicznej i duchowej cierpiącego chorego, z dbałością o optymalną jakość życia: łagodzenie trudnego do opanowania bólu, cierpienia psychicznego i duchowego, pielęgnowanie chorych nieprzytomnych, z pobudzeniem psychoruchowym, lękiem, niepokojem, z zaparciami, biegunkami, wymiotami, niedrożnością, paniką oddechową, suchością i bolesnością jamy ustnej, owrzodzeniami nowotworowymi, przetokami, odleżynami, świądem, krwotokami, wyniszczeniem i osłabieniem, w stanach nagłych, w kompresji rdzenia, w agonii, oraz wspieranie rodziny oraz towarzyszenie podczas umierania i w okresie osierocenia. Podejmowanie decyzji powinno być poprzedzone planowaniem, monitorowaniem i regularną weryfikacją indywidualnego planu opieki z chorym, z rodziną oraz członkami zespołu.

Pielęgniarka, która najczęściej pochyla się nad nieuleczalnie chorym dotyka tajemnicy i wartości życia. Ważnym staje się wtedy świadome i swobodne podejmowanie decyzji opartych na wiedzy i doświadczeniu zawodowym oraz realizacja filozofii i zadań opieki paliatywnej. Z uwagi na szybko zmieniający się stan ogólny pacjenta, trafne i prawidłowe postępowanie pielęgniarki nabiera szczególnego znaczenia w domowej opiece oraz podczas pełnienia samodzielnego dyżuru w oddziale stacjonarnym opieki paliatywnej. Samodzielność zawodowa jest wtedy niezmiernie ważna, kiedy znaczenie ma ocena sytuacji, trafna diagnoza, szybkie podjęcie decyzji, dobór środków niezbędnych do osiągnięcia celu oraz ocena osiągniętych wyników. Realizację opieki paliatywnej na najwyższym poziomie zapewnić może:
- permanentna edukacja,
- profesjonalna pielęgnacja i leczenie objawowe,
- troskliwa i prawdziwa obecność oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie podczas choroby i w okresie osierocenia.

W opiece paliatywnej pielęgniarka realizuje cele zawodowe w szerokim zakresie:
- Rozpoznaje, ocenia i zaspakaja potrzeby biopsychospołeczne oraz duchowe u pacjentów w zaawansowanym stadium nieuleczalnej choroby;
- Organizuje i prowadzi zespoły opieki paliatywnej, pełniąc funkcje lidera i koordynatora/kierownika jednostek opieki paliatywnej;
- Współpracuje ze wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego, a także przedstawicielami innych specjalności medycznych;
- Udziela konsultacji w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
- Prowadzi kształcenie w zakresie opieki paliatywnej pielęgniarek oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych,
- Prowadzi badania naukowe w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej,
- Propaguje idee oraz zasady opieki hospicyjnej i paliatywnej wśród pracowników ochrony zdrowia.

Rozwój medycyny nie zmienia faktu, że jesteśmy śmiertelni. Pojawiający się nadal w społeczeństwie lęk przed śmiercią i umieraniem oraz niepodejmowanie szczerych rozmów na temat rokowania, postępu choroby, przewidywania przyszłości, ograniczają chorym możliwość podejmowania ważnych decyzji życiowych. Opieka paliatywna wypełnia lukę, która

zaistniała w medycynie XX wieku, kiedy to pacjent traktowany był przedmiotowo, a śmierć stanowiła porażkę. Stanowi powrót do podmiotowego traktowania chorego, respektowania jego autonomii, godności, poglądów, prywatności oraz prawa do prawdy i podejmowania decyzji o samym sobie.

Obecnie opieka paliatywna stoi u progu przemian, które wynikają z aktualnych światowych tendencji demograficznych i ekonomicznych, nakładających konieczność poszerzania jej dostępności dla ogółu pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi. Należy nadal ją rozwijać, szczególnie z powodu szybkiego zwiększania się liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi. Pojawiają się również zagrożenia w zakresie dostępności do świadczeń dla wszystkich potrzebujących chorych oraz ryzyko obniżania jakości sprawowanej opieki poprzez traktowanie opieki paliatywnej jako „dodatkowe" miejsce zatrudnienia.

BIBLIOGRAFIA dostępna u autora

PTPOP

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej

28 stycznia 2006 na Jasnej Górze podczas X Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. „Nie lękajcie się… nadzieja aż do kresu" organizowanej przez Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej powołano

POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ

Obecnie Towarzystwo zrzesza ponad 300 pielęgniarek aktywnie działających na rzecz pacjentów chorujących na przewlekłe, postępujące choroby niepoddające się leczeniu.

Głównym celem Towarzystwa jest inicjowanie i podejmowanie działań zmierzających do opracowania i stałego doskonalenia przepisów prawnych regulujących działalność pielęgniarek opieki paliatywnej, wyznaczanie celów, kierunków, zasad kształcenia, integracja osób zajmujących się zagadnieniami pielęgniarstwa w opiece paliatywnej, wspieranie prac badawczych z zakresu teorii i praktyki pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz udzielanie pomocy w organizowaniu i wdrażaniu opieki paliatywnej i propagowanie wśród społeczeństwa idei tej opieki.

Statut, deklaracja członkowska oraz wszelkie bieżące informacje dostępne są na stronie internetowej Towarzystwa: **www.ptpopih.pl**

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej PTPOP
Siedziba: 42-202 Częstochowa, ul. Krakowska 45a tel./fax.: (34) 3605537 lub 3605491
email: ptpopih@wp.pl, www.ptpopih.pl

Pielęgniarskie przemyślenia na temat rodzin pacjentów objętych opieką paliatywną

(streszczenie wykładu przedstawionego podczas szkolenia z opieki paliatywnej w dniu 20.06.2013 r.)

Ewa Woytoń - Pielęgniarka Oddziałowa Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu

Przygotowując się do wykładu, zdawałam sobie sprawę ,że nie jest to temat łatwy. Nie chciałam bowiem mówić jak nauczyć rodzinę zmiany opatrunku, czy jak wykonać toaletę jamy ustnej, ale chciałam opowiedzieć o tym, jakie emocje generuje nieuleczalna choroba w rodzinie, jakie determinuje zachowania i w jaki sposób są one drenowane na nas, członków zespołu hospicyjnego.

Z doświadczenia wiemy, że są to na tyle silne emocje, że nie zawsze potrafimy się przed nimi obronić, często wywołują w nas uczucie dyskomfortu, zwątpienia, normalnego ludzkiego zdenerwowania. Są źródłem wyczerpania emocjonalnego, a w konsekwencji przyczyną podświadomego unikania trudnych wizyt.

Pomyślałam, że przybliżenie przyczyn takiego zachowania pomoże zrozumieć nam pewne mechanizmy, a tym samym pozwoli nabrać dystansu.

Każda choroba wywołuje kryzys u doświadczających jej ludzi. Wcześniejsze życie i wszystko, co się z nim łączyło, ulega wstrząsowi. Choroba zagrażająca życiu to swoiste emocjonalne trzęsienie ziemi w życiu chorego, jak również wszystkich bliskich mu osób. Gdy zdrowie zostaje wystawione na próbę i zmniejszają się szanse na przeżycie, dla wielu jest to okres wypełniony strachem i poczuciem zagrożenia, to okres, kiedy relacje międzyludzkie poddane zostają najtrudniejszemu sprawdzianowi. Osoby takie muszą dokonać reorganizacji w rodzinie, ustalić nowy podział zadań i obowiązków.

Zmiany te wpływają zarówno na emocje chorego, jak i na członków jego rodziny. Te zadania mogą sprawiać trudności rodzinie, przyjaciołom, pacjentowi. Bliscy muszą stworzyć relacje z osobami udzielającymi pomocy. Muszą nauczyć się radzić sobie z emocjami wywołanymi przez chorobę i starać się nadal mieć nadzieję. Nie jest łatwo znaleźć w sobie siłę do pomocy pacjentowi, jeśli mamy poczucie winy, że nie możemy zrobić wszystkiego o co nas prosi.

Kiedyś uważano, że osoby pracujące w zawodach bezpośrednio związanych z opieką nad ludźmi powinny być wobec swoich podopiecznych emocjonalnie neutralne. Ale człowiek nie jest przecież sam, nie jest jedynie istotą myślącą-racjonalną. W pewnym stopniu jest również istotą nieracjonalną – płacze, śmieje się, złości się, podziwia, uwielbia. Ludzie, którzy nie zdają sobie sprawy ze swoich uczuć i nie mają odwagi ich analizować, mają nierzadko problemy ze zrozumieniem i akceptacją uczuć innych osób. Obecnie uznaje się za wartościowe pewne zaangażowanie emocjonalne i współodczuwanie. Korzystanie jedynie z wiedzy, pozbawione empatii, czyni opiekę zimną, nie pełną. Z kolei, gdy empatia jest zbyt silna, istnieje niebezpieczeństwo tak silnej identyfikacji z pacjentem, że w efekcie obie osoby dostają się w sferę wpływu tego

samego problemu. Nie sposób jednak określić granic empatii. Czasem potrzebny jest dystans, aby mieć lepszą świadomość występujących problemów lub zapobiec zawładnięciu przez pacjenta i rodzinę dla siebie osoby udzielającej pomocy. Niekiedy zaś będąc blisko z pacjentem, pomaga się przejść fazę krytyczną. Trzeba być świadomym tego jak pomagamy i móc skorygować naszą formę wsparcia.

Etapy przygotowania się do śmierci i umierania wg Kübler-Ross:

- **nieświadomość**
- **niepewność**
- **zaprzeczenie**
- **gniew i agresja**
- **targowanie się**
- **depresja**
- **akceptacja**

Rodziny pacjentów terminalnie chorych, przechodzą również przez te same etapy, ale nie koniecznie w tym samym czasie, pacjent zwykle wyprzedza swoich bliskich. Dlaczego o tym piszę?

Z mojego doświadczenia oraz doświadczenia koleżanek pielęgniarek, to właśnie etap buntu, agresji i gniewu w odniesieniu do rodzin, sprawia najwięcej problemów. Być może dlatego, że zapominamy, iż rodzina również musi przejść te fazy, a my skupione jesteśmy na pacjencie.

Trudno jest obcować z agresją rodzin, w której najbardziej dominują emocje. Ale agresja jest naturalną reakcją na odebranie komuś czegoś wartościowego, a zdrowie to wartość bezcenna. Jeśli przyjmiemy, że to reakcja naturalna, przewidywalna to być może stanie się dla nas bardziej zrozumiała. Agresja i złość muszą być dobrze ocenione. Mają one często uzasadnione powody np. w niewłaściwym podejściu do chorego. Złość to forma obrony przed ciężkim emocjonalnym stresem. Agresja bywa wymierzona w osoby udzielające pomocy.

Fenomenem, z którego osoby udzielające pomocy muszą sobie zdawać sprawę, jest skłonność do podziału zespołu. Zauważa się, że na jednych członkach ekipy pacjent skupia złość, a oszczędza pozostałych. Wybór „kozła ofiarnego" prowadzi często do napięć pomiędzy osobami udzielającymi pomocy. Skargi pacjenta kierowane na tę jedną osobę to wyraz jego złości z powodu choroby. Pamiętajmy, że słowa wypowiedziane w naszej obecności nie muszą być do nas personalnie wymierzone.

Jak pomóc?

✓ Po pierwsze, powinniśmy posiadać wiedzę na temat własnych emocji. To o czym już pisałam. Jesteśmy racjonalni i irracjonalni mamy swoje uprzedzenia, lepsze i gorsze dni kiedy my również przenosimy swoje emocje na pacjenta i rodziny. Świadomość tego, co przeżywamy, skąd wzięły się te przeżycia i jaki mają skutek, pomaga ze spokojem wysłuchać chorego.

✓ Po drugie, powinniśmy posiadać wiedzę na temat reakcji emocjonalnych występujących u ludzi stykających się z chorobą: rozumieć, że lęk, agresja, bunt, smutek, zniechęcenie to normalne reakcje zrównoważonych osób doświadczających poważnych niepowodzeń.

✓ Po trzecie, powinniśmy diagnozować problemy i dyskretnie korygować z naciskiem na dyskretnie. Czyli potrzebne są umiejętności, które pozwolą poprawnie nawiązać komunikację i rozpoznać strategię chorych i ich opiekunów.

Przykładowe problemy w różnych korelacjach: pacjent – rodzina; rodzina – rodzina; rodzina – pracownik hospicjum; pacjent - pracownik hospicjum:

- Opieka wg modelu opiekuna - niestety niewiele ma wspólnego z towarzyszeniem choremu, zwykle jest to narzucanie pomocy i czynności wg własnego uznania.
- Lęk przed zadawaniem pytań, nie porusza się trudnych tematów.
- Zniechęcenie i zniecierpliwienie, które następuje po okresie wzmożonej mobilizacji, czego skutkiem jest często zrzucanie czynności i opieki na zespół hospicyjny.
- Brak wiedzy, że chorzy ludzie często zmieniają swoje dotychczasowe poglądy na życie. Trzeba być świadomym, ***że każdy patrzy na życie przez określone okulary i każdy ma prawo patrzeć na życie przez swoje.***
- „Zmiana przestrzeni życiowej" - świat chorego skurczył się do rozmiarów pokoju lub 2 metrów kwadratowych łóżka. Małe drobiazgi stają się rzeczami wielkiej wagi, mogą one bardzo przeszkadzać lub sprawiać wielką przyjemność. Z perspektywy łóżka podłoga to przepaść. To co na nią upada, jest poza zasięgiem pacjenta. Ogromna waga jest przykładana do tego, gdzie ktoś coś odkłada, czy można po to sięgnąć, czy to nie spadnie.
- Brak przyzwolenia na odejście - umieranie jest czymś innym niż choroba. Na łożu boleści leczenie jest sprawą zasadniczą, na łożu śmierci dba się o wygodę, spokój, psychiczny komfort.

Niekiedy ból i cierpienie oddalają ludzi od siebie. Bezsilność wyrażać się może we wzajemnych zarzutach. Przepaść zbudowana przez cierpienie bywa czasem tak głęboka, że ludzie już się więcej nie spotykają. W takich momentach uwaga poświęcona przeżyciom chorego i jego rodziny jest ważniejsza od konfliktów. Wysłuchanie obu stron pozwala pozbyć się tego co ich gnębi.

Za cel wykładu postawiłam sobie wyjaśnienie przyczyn silnych reakcji emocjonalnych kierowanych do nas, między innymi po to, ażeby umieć je rozpoznać, zrozumieć i skutecznie się przed nimi obronić. Na wizytach powinniśmy się czuć swobodnie, bo tylko wtedy będziemy szczerzy, autentyczni, wtedy mamy szansę sprawić, że drugi człowiek poczuje się potraktowany z szacunkiem. Pamiętajmy, że nasi pacjenci wybierają się w daleką i nieznaną podróż, zróbmy wszystko aby przygotować ich jak najlepiej by czuli się bezpiecznie.

Literatura u autora

... „śmierć z powodu wyniszczenia towarzyszącego różnym chorobom nie powinna mieć więcej miejsca, ponieważ odkryto nowe możliwości i drogi podania składników odżywczych…”

J.T. Whittaker, 1876

Żywienie pozajelitowe w intensywnej terapii - zadania pielęgniarki

mgr piel. Elżbieta Szlenk-Czyczerska, specjalista pielęgniarstwa ratunkowego Samodzielny Publiczny ZOZ MSW Opole

Odżywianie jest jedną z nadrzędnych funkcji organizmu, podobnie jak dostarczanie wody i tlenu. Jeżeli okres głodzenia wydłuża się, a straty nie są wyrównane, dochodzi do niedożywienia białkowo-kalorycznego, w następstwie do niedokrwistości, hipoalbuminemii i osłabienia odporności komórkowej. Występuje także wzmożona podatność na zachorowania, zwłaszcza układu oddechowego, oraz słabsza odpowiedź na zastosowane leczenie. Postępujące wyniszczenie może doprowadzić do śmierci chorego.

Odżywianie pozajelitowe stanowi ważny element leczenia w sytuacji gdy niemożliwe jest odżywianie drogą doustną lub dojelitową. Zapobiega katabolizmowi, wyczerpaniu rezerw metabolicznych i pozwala uzyskać dodatni bilans azotowy [1]. Polega na podawaniu bezpośrednio do układu krążenia wszystkich składników pokarmowych (węglowodanów, białek, tłuszczy, elektrolitów, pierwiastków śladowych oraz witamin), w formie możliwej do natychmiastowego przyswojenia na poziomie molekularnym, w odpowiedniej ilości i proporcjach [2].

Zgodnie z przyjętym nazewnictwem wyróżniamy:
- całkowite żywienie pozajelitowe (TPN) lub (CPŻ),
- częściowe żywienie pozajelitowe (PTN),
- domowe żywienie pozajelitowe (HPN).

Uwzględniając czas trwania żywienia pozajelitowego (parenteralnego) rozróżniamy:
- żywienie pozajelitowe długoterminowe (przez okres miesięcy),
- żywienie pozajelitowe krótkoterminowe (przez okres dni i tygodni).

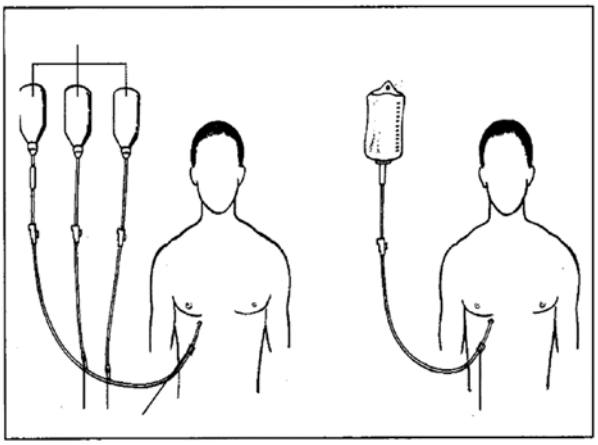
Wskazaniami do całkowitego żywienia pozajelitowego są bezwzględne przeciwskazania do żywienia dojelitowego (enteralnego):
- całkowita niedrożność jelit,
- niedokrwienie jelit,
- zewnętrzne przetoki p. pokarmowego.

Żywienie parenteralne jest korzystne w stanach przebiegających ze znacznym nasileniem procesów katabolicznych takich jak [3]:
- okres pooperacyjny,
- uraz wielonarządowy,
- ciężkie oparzenia,
- posocznica,
- rany (w celu przyspieszenia procesu gojenia).

Odżywianie pozajelitowe jest również przydatne w następujących okolicznościach:
- zaburzenia wchłaniania,
- choroby Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejącego zapalenie jelita grubego, choroby Whipple'a,
- przewlekłej biegunki lub wymiotów,
- ciężkiego zapalenia trzustki lub pseudocysty,
- śpiączki, zaburzeń i urazów OUN.

Przed przystąpieniem do całkowitego żywienia pozajelitowego należy pacjenta odpowiednio przygotować. Dotyczy to sprawdzenia i zapewnienia dostatecznej funkcji poszczególnych układów i narządów [4].
W trakcie leczenia żywieniowego obowiązują zasady, o których nie można zapominać [4]:
- zasada kompletności - zapotrzebowanie metaboliczne pacjenta pokrywane jest przez dowóz wszystkich niezbędnych substancji (białek, tłuszczy, węglowodanów, elektrolitów, pierwiastków śladowych, witamin i wody),
- zasada proporcjonalności - aby składniki pokarmowe były dobrze wykorzystane przez organizm, konieczne jest dostarczenie ich w odpowiednich proporcjach,
- zasada dostosowania do indywidualnych potrzeb i sytuacji pacjenta.

W praktyce stosowanych jest sześć preparatów do żywienia pozajelitowego: aminokwasy, węglowodany, emulsje tłuszczowe, elektrolity, pierwiastki śladowe i witaminy [3].
Możemy wyróżnić dwa systemy żywienia pozajelitowego:
- Żywienie metodą wielu butelek;
- Żywienie „all in one” (AIO):
  - worki gotowe do użycia
  - worki „skrojone dla pacjenta”.



Żywienie metodą wielu butelek polega na stosowaniu preparatów substancji odżywczych w osobnych pojemnikach (worki, fiolki, ampułki). Niezbędne jest równoczesne podawanie 3 - 4 różnych roztworów, co wiąże się z częstą zmianą butelek, wymaga stosowania wielu aparatów do przetoczeń oraz wielu połączeń i pomp. Czynności te są nie tylko kłopotliwe, ale mogą powodować niestały wlew oraz grożą powikłaniami metabolicznymi i septycznymi [2].

Metoda jednego pojemnika „all in one” została wprowa-

dzona do praktyki klinicznej w końcu lat 70-tych dwudziestego stulecia we Francji. Obecnie jest metodą bardzo szeroko stosowaną, umożliwiającą podaż wielu leków w sposób ciągły, wraz z substancjami odżywczymi.

Żywienie pozajelitowe wymaga dostępu do układu żylnego. W tym celu można wykorzystać żyły obwodowe lub centralne.

Odżywianie drogą żył obwodowych jest bezpieczniejsze dla chorego, ponieważ:

- unika się powikłań technicznych związanych z wprowadzeniem i utrzymaniem cewnika w żyle głównej,
- zmniejsza ryzyko zakażenia, związane z wielodniowym utrzymaniem cewnika w żyle głównej,
- żyła w miejscu wprowadzenia kaniuli jest łatwo dostępna badaniu, co pozwala na wczesne rozpoznanie każdego procesu zapalnego.

Żywienie obwodowe można prowadzić wówczas, gdy żyły obwodowe są dostępne, przewidywany okres żywienia pozajelitowego wynosi 14 dni, zapotrzebowanie energetyczne nie przekracza 2000 kcal/24 h, a osmolarność mieszaniny odżywczej nie przekracza 700 - 900 mosm/L [5].

Długoterminowe żywienie parenteralne lub infuzje roztworów o wysokiej kaloryczności wymagają założenia centralnego dostępu żylnego. W praktyce używa się prawie wyłącznie dostępu do żyły głównej górnej. Żywienie drogą żyły głównej dolnej jest przeciwwskazane z uwagi na ryzyko wystąpienia powikłań pod postacią zakrzepicy i jest prowadzone tylko w przypadku, gdy uzyskanie innego dostępu jest niemożliwe [6].

Dostęp centralny stanowiący tzw. linię żywieniową powinien być chroniony przed zakażeniami oraz jakimkolwiek uszkodzeniem. Linię taką należy wykorzystywać wyłącznie do żywienia pozajelitowego.

Żywienie parenteralne jest ingerencją w fizjologię ustroju. Monitorowanie pacjenta obejmuje [7]:

Żywienie pozajelitowe, jak każda metoda nie jest pozbawiona powikłań, do których należy zaliczyć:

- **powikłania mechaniczne** związane bezpośrednio z cewnikiem,
- **powikłania metaboliczne** - występują na skutek niedoborów, nadmiaru, nietolerancji i toksycznego działania składników pokarmowych,
- **powikłania septyczne** - wywołane przez gronkowce, pałeczki okrężnicy i grzyby [8].

Opieka nad pacjentem żywionym, jest procesem uwarunkowanym właściwym doborem i podażą roztworów odżywczych, pewnym i bezpiecznym dostępem dożylnym oraz kontrolą jego stanu klinicznego i wyników laboratoryjnych.

Ustalenie wskazań, wybór diety, drogi i metody podawania należy do obowiązków lekarzy. Całodzienne prowadzenie żywienia, wymiana pojemników, przygotowanie i podaż mieszanin odżywczych, a także pielęgnacja linii żywieniowej oraz monitorowanie chorego żywionego pozajelitowo należy do pielęgniarek. Wysoka jakość opieki pielęgniarskiej jest zasadniczym elementem leczenia żywieniowego.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem odżywianym pozajelitowo posiada wiedzę i umiejętności w zakresie metod monitorowania, pobierania materiału w zależności od rodzaju badania kontrolnego. Potrafi ocenić świadomość chorego zgodnie z wybraną skalą, zna rodzaje powikłań związanych z leczeniem żywieniowym, ich przyczyny oraz sposób postępowania w przypadku wystąpienia.

Pielęgniarka:

- prowadzi ocenę stanu świadomości chorego,
- monitoruje temperaturę ciała, tętno, ciśnienie tętnicze, częstość oddechów i wysycenie krwi tętniczej tlenem,
- prowadzi codzienny bilans płynów - kartę podaży i strat,
- monitoruje diurezę dobową i prowadzi dobową zbiórkę moczu - ocena wydalania azotu z moczem,
- mierzy masę ciała chorego,
- wykonuje pomiar OCŻ - ocena wypełnienia łożyska naczyniowego,
- pobiera materiał do badań (krew, mocz) zgodnie ze zleceniem,
- obserwuje pacjenta w kierunku wystąpienia powikłań związanych z żywieniem pozajelitowym (technicznych, septycznych i metabolicznych),
- dokumentuje uzyskane informacje o chorym [9].

Piśmiennictwo u autora.

AKTUALNE ZASADY OPIEKI PALIATYWNEJ

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej
Kierownik Poradni Medycyny Paliatywnej SP CSK ŚUM Katowice

Ranga, jaką przypisuje się zapewnieniu godnej śmierci tym, którym nie można już przywrócić zdrowia, staje się świadectwem poziomu cywilizacyjnego społeczeństwa.

Oto, dlaczego niezwykle ważne jest, aby lekarze, pielęgniarki posiadali rzeczywistą i pełną wiedzę dotyczącą specjalistycznej opieki paliatywnej.

Cierpienie i śmierć nie są już traktowane jako świadectwo porażki medycyny, ale stawiają przed nią nowe wyzwania, którym stara się ona sprostać. W dobie tak silnego, jak nigdy dotąd, nacisku kultury masowej, która przekonuje człowieka, że zakorzeniona jest w życiu na zawsze opieka paliatywna, przywracająca śmierci należne miejsce, uwagę i szacunek. Nie tylko akceptuje jej istnienie, ale traktuje ją jako doniosły problem egzystencjalny.

Do śmierci w chorobie należy każdej osobie ludzkiej zapewnić: bezpieczeństwo (opieka domowa i kompetencja), kontakt społeczny (opieka domowa, wsparcie rodziny), samoakceptacja (opieka domowa, wsparcie psychologiczne i duchowe), samowystarczalność (opieka domowa, towarzyszenie), potrzeby religijne (opieka domowa, wsparcie duszpasterskie).

Opieka paliatywna to zintegrowany program wielu dziedzin medycznych i niemedycznych, które w swoich zadaniach mogą pomóc w łagodzeniu wielorodzajowego cierpienia somatycznego, psychicznego i egzystencjalnego u chorych z zaawansowaną, postępującą i wyniszczającą chorobą. W jej filozofii są wartości, które wspierają, a nawet mogą budować podmiotowość chorego i jego rodziny. Aby opieka paliatywna była skuteczna, bezpieczna i etyczna, pracownicy kierują się zasadami wpisanymi również w treść jej filozofii i definicji.

- Zasada **dobrej jakości życia** aż do śmierci podopiecznego jest gwarancją skutecznego leczenia objawowego, dobrej kontroli bólu i innych objawów. Bardzo istotnym zadaniem jest wsparcie psychologiczne i duchowe przez wszystkich członków zespołu opieki paliatywnej, a przez psychologów i kapelanów wzmocnione ich profesjonalizmem. Jednak priorytetowym zadaniem jest dobra kontrola bólu i innych objawów, głównie współczesnymi założeniami farmakoterapii.

- Zasada **akceptacji nieuchronności śmierci** jest spełniana przez właściwą postawę opiekuna, szczególnie lekarza, pielęgniarkę wobec filozofii sensu życia i śmierci. Nie walczymy ze śmiercią, nie interesuje nas kiedy chory umrze – walczymy z objawami cierpienia, z samotnością chorego, z beznadziejnością, frustracją rodziny itp. Również nie informujemy chorego i rodziny kiedy będzie jego definitywne odejście, mimo, że mogą o to pytać. Takie pytania świadczą o lęku przed cierpieniem, osamotnieniem w chorobie, w okresie umierania i wymagają zapewnienia, że chory nie pozostanie sam sobie z bliskimi, że zespół opieki paliatywnej będzie w każdej potrzebie dla niego dyspozycyjny. Ale również postawy wobec nieuchronności śmierci muszą być etyczne. Nie przyspiesza się śmierci i przedłuża się umierania uporczywością leczenia.

- Zasada **akceptacji nieuchronności cierpienia** jest postawą uczciwości wobec chorego zbliżającego się do kresu życia. W wyniku postępu i zaawansowania choroby wyniszczającej, u chorego permanentnie występują nowe objawy cierpienia somatycznego, nie tylko doznania bólowe. Chory i jego rodzina powinni być informowani i edukowani w tym zakresie, by nie żyli fałszywą nadzieją na wyzdrowienie lub opanowanie każdego bólu. Również ważna jest wyprzedzająca informacja o możliwości wystąpienia kolejnych objawów, które można skutecznie łagodzić. Często sytuacja kliniczna chorego wymaga włączenia wielodyscyplinarnych działań w celu wykonania zabiegów paliatywnych (radioterapeutycznych, chemioterapeutycznych, chirurgicznych, ortopedycznych, neurochirurgicznych, anestezjologicznych itp.) jako procedur terapii paliatywnej, które nie są w programie opieki paliatywnej, ale istotnie wspomagają leczenie objawowe.

- Zasada **holistycznego charakteru opieki** zapewnia chorym zaspokojenie podstawowych potrzeb somatycznych, psychicznych, duchowych i społecznych chorych u kresu życia. Poprawa jakości ich życia jest determinowana nie tylko leczeniem objawowym, ale zaspokajaniem wymienionych potrzeb, do czego mają prawo, mimo zbliżania się do nieuchronnego umierania. Wielodyscyplinarność i zespołowość opieki paliatywnej gwarantuje chorym poprawę jakości życia przez jej holistyczny charakter. Jeden lekarz (np. z podstawowej opieki paliatywnej), czy jedna pielęgniarka (np. z pielęgniarskiej opieki długoterminowej) w wielu złożonych sytuacjach pacjenta i jego rodziny nie mogą zabezpieczyć zasady holistycznej opieki. A ten charakter opieki jest wpisany w filozofię i definicję opieki paliatywnej.

- Zasada **zespołowego charakteru opieki** jest bardzo istotną zasadą, która charakteryzuje i odróżnia specjalistyczną opiekę paliatywną od podstawowej opieki zdrowotnej, od pielęgniarskiej opieki długoterminowej, od opieki geriatrycznej, onkologicznej, neurologicznej itd. Zespół specjalistów medycznych i niemedycznych zapewnia poprawę jakości życia chorych z zaawansowaną, postępującą chorobą przez profesjonalne leczenie objawowe, przez specjalistyczną opiekę pielęgniarską, przez selektywne wsparcie psychologa, kapelana, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego, pracownika socjalnego, dietetyka, kwalifikowanego opiekuna niemedycznego i każdego innego specjalistę niezbędnego dla potrzeb danego chorego. Zespół pracuje interdyscyplinarnie, zespołowo, ale bez cech konsultacji, w sposób integracyjny, we współpracy z chorym i jego rodziną. Opieka Paliatywna, realizowana również w różnych formach organizacyjnych: opiekę ambulatoryjną – w poradniach opieki paliatywnej, przeznaczona jest dla chorych, którzy są zdolni zgłaszać się do tych jednostek; opiekę domową – która otacza chorych przebywających w swoich domach, i tam są pielęgnowani przez zespoły domowej opieki paliatywnej wraz z jego rodziną; opiekę stacjonarną – sprawowaną najczęściej przy oddziałach opieki paliatywnej; opiekę dzienną – przeznaczoną dla chorych przebywających w swoich domach, zdolnych do ich okresowego opuszczania; szpitalne zespoły wspierające - działające na terenie szpitali i zakładów opiekuńczo-leczniczych; opiekują się pacjentami danej instytucji, znajdującymi się u kresu życia; zespoły poradnictwa rodzinnego – udzielające wsparcia rodzinom, opiekunom i osobom osieroconym.

- Zasada **opieki nad rodziną chorego** nie może być pominięta w opiece paliatywnej, jest jej istotnym elementem. Zespół opieki paliatywnej nie wyręcza, nie wypiera rodziny chorego, lecz wspiera, edukuje, uczy towarzyszenia bliskiemu umierającemu i troszczy się o stan jej zdrowia. Okres terminalny bliskiej osoby jest ogromną ingerencją w zdrowie i jakość życia rodziny, jest dla niej groźnym stresem. Dobrze opiekująca się rodzina przeżywa potem żałobę fizjologicznie. To „dobrze opiekująca się rodzina" jest wynikiem wsparcia, dyspozycyjności i specjalistycznemu profesjonalizmowi lekarzy, pielęgniarek, psychologów, kapelanów i innych członków zespołu opieki paliatywnej obejmujących opieką ich bliskiego w domu lub w oddziale opieki paliatywnej.

- Zasada **sprawiedliwości** to równy dostęp do opieki paliatywnej. Każdy chory, szczególnie ten, który jest u kresu życia, ma prawo być objęty specjalistyczną opieką paliatywną, jeśli jego sytuacja tego wymaga i występują wskazania. Dobra jakość świadczonej opieki winna być monitorowana przez ocenę satysfakcji, oceną jakości życia, ocenę skuteczności leczenia objawowego. I jest to drugi warunek zasady sprawiedliwości.

Wielorodzajowość cierpienia totalnego oraz mnogość objawów i emocji (uporczywe zaparcia, duszność, czkawka, znaczne ogólne osłabienie, brak apetytu, depresja, lęk o przyszłość swoją i bliskich, osamotnienie, poczucie winy wywołane odchodzeniem od bliskich, bunt i strach przed śmiercią, lęk, co będzie po śmierci itp.), występująca w aktywnym i postępującym procesie choroby u chorych w okresie zaawansowania choroby, nie tylko nowotworowej, jest szczególnym wyzwaniem dla pracowników medycznych. Taki stan kliniczny chorego wymaga włączenia zespołu osób chętnych i przygotowanych do niesienia ofiarnej, bo dostępnej 24 godziny na dobę, wielospecjalistycznej pomocy medycznej. Opieka ta ma swoje istotne zasady etyczne, podkreśla wartość życia, akceptuje umieranie jako naturalny proces, nie przyspiesza i nie opóźnia śmierci, uwalnia chorego od bólu i innych objawów, jednocześnie akceptując cierpienie, zapewnia wsparcie, które pozwala choremu na aktywne i twórcze życie aż do śmierci, troszczy się o jego rodzinę. Zasady te wpisane są w filozofię i definicję opieki paliatywnej z jej głównym celem – poprawą jakości życia. Każdy człowiek, szczególnie ten, który niesie brzemię cierpienia nieuleczalnej choroby, ma prawo do ostatnich chwil swego życia mieć dobrą, najlepszą z możliwych, jakość życia.

OPINIA W SPRAWIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH WYKONYWANYCH PRZEZ POŁOŻNE

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
mgr Leokadia Jędrzejewska - DOIPiP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław ul. Powstańców Śl. 50
tel/fax 71 373 20 56, tel. kom. 691 85 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl

KK/44 /06/13 Wrocław, dnia 29 czerwca 2013r.

Kwestię uprawnień położnych do wykonywania szczepień ochronnych, należy rozpatrywać z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących uregulowań prawnych, w tym:
1. Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039 ze zm.),
2. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 243, poz.1570 ze zm.),
3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz.1086 ze zm.),
4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540).

Ad. 1. Zasady wykonywania zawodu położnej i zakres uprawnień uregulowane zostały w przepisach ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej zm.) i są zgodne z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2005/36/WE z dnia 7 września 2005r., w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ww. ustawy, wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w tym:
1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;
11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;
12) sprawowaniu opieki położniczo - ginekologicznej nad kobietą;
13) prowadzeniu działalności edukacyjno - zdrowotnej w zakresie:
a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Wskazane wyżej świadczenia odnoszą się do określonej grupy świadczeniobiorców usług położnej w tym: do kobiety w okresie przedkoncepcyjnym, ciężarnej, rodzącej, położnicy, noworodka, kobiety w każdym okresie życia (w zakresie prokreacji, ginekologii, onkoginekologii). Pośród nich nie ma wymienionych świadczeń kierowanych do niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym.

Ad. 2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wskazuje w art.17. ust. 6 osoby, które upoważnione są do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych, są nimi lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje określone na podstawie ust. 10 pkt 3 i zobowiązuje Ministra Zdrowia do ustalenia kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Niezależnie od powyższego osoby wymienione w rozporządzeniu – lekarz lub felczer, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nie posiadający kwalifikacji, ale posiadający 2,5 letnią praktykę w zakresie szczepień ochronnych, zgodnie z art.67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r., mogą je wykonywać do 31 grudnia 2015r. ale zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w ramach kompetencji zawodowych.

Ad. 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz.1086 ze zm.), uwzględnia położną jako jedną z osób mogących przeprowadzać szczepienia ochronne, jeżeli ukończyła kurs lub szkolenie w zakresie szczepień, lub uzyskały specjalizacje w dziedzinie, w której uzyskały specjalizacje w dziedzinie, której program obejmował szczepienia, jednak nie uściśla zakresu szczepień wykonywanych przez położną.

Ad. 4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego wskazuje w § 6 ust. 1 pkt 1 lit. j uprawnienia położnej do samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, obejmujących m.in. wykonywanie szczepień ochronnych w ramach programu szczepień ochronnych u noworodków, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

Pomimo niesprecyzowania ww. przepisach (pkt 2 i 3 niniejszej opinii), rodzaju szczepień realizowanych przez położne, to jednak z ustawy o zawodach wynika, że nie posiada ona kompetencji do realizacji tych świadczeń wobec niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz osób dorosłych.

Mając na uwadze powyższe, należy zwrócić dodatkowo uwagę na to, iż nawet ukończenie kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne, program dla pielęgniarek (położna nie miała prawa być zakwalifikowana do tego kursu i jego ukończyć!), nie daje położnej upoważnień do wykonywania tych świadczeń w świetle zapisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
ginekologicznego i położniczego
Leokadia Jędrzejewska

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24, tel. 032 25-91-586, fax. 032 255-40-52,
e-mail: beata.ochocka@spskm.katowice.pl, http://www.pspe.pl

Katowice, dnia 19.05.2013 r.

Opinia w sprawie delegowania Pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, podczas gdy nie odbywają się zabiegi, do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały np. zachowawcze, zabiegowe, intensywnej opieki medycznej, izbę przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy.

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa, także takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego, za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka, a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy.

W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego. W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewłaściwe, bowiem naruszają zasadę tzw. hermetyzacji bloku. Po wejściu w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapki, maski i zdezynfekowanego obuwia, personel nie może opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Taki ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarno-higienicznego, ładu i porządku. Jednak, aby wymagać od wysoko wykwalifikowanej kadry personelu pielęgniarskiego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wyżej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 i upubliczniony w dokumencie pod nazwą *„Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”*. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie, stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, ich aspekty prawne, prawa pacjentów, aspekt roszczeń w kontekście zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarskiego.

Wniosek:

Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.

Reasumując:

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym bloków operacyjnych, w porozumieniu z personelem, stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń oraz bezpieczeństwa chorych i personelu.

Podpisano
dr n. med. Beata Ochocka
(-)
Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego

Rezygnacja z funkcji Konsultanta Krajowego

Minister Zdrowia przyjął w dniu 7 czerwca 2013r., złożoną pismem z dnia 6 czerwca 2013r przez Panią dr n. o zdrowiu Elżbietę SZWAŁKIEWICZ, rezygnację z pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, uwzględniając jednocześnie wolę dalszego pełnienia funkcji przez ww. specjalistę do czasu powołania nowego konsultanta w tej dziedzinie pielęgniarstwa. W związku z przyjęciem powyższej rezygnacji, na podstawie art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (dz. U.z 2009r. z późn. zm.) Minister Zdrowia uruchomił procedurę wyłonienia kandydata z zamiarem powołania do pełnienia funkcji konsultanta krajowego w ww. dziedzinie.

(źródło: www.mz.gov.pl)

Komunikat dotyczący opłacania składek członkowskich

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Opolu informuje, iż w dniu 7 grudnia 2011 r. VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Warszawie podejmując uchwałę Nr 19 *w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału* uchwalił nowe zasady dotyczące obowiązku uiszczania składek członkowskich przez członków samorządu pielęgniarek i położnych. Uchwała weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., zatem ma zastosowanie już do składek płaconych za styczeń 2012 r., których wpłata powinna nastąpić do dnia 15 lutego 2012 r.

Podstawowe zasady uiszczenia składek wynikające z obowiązującej ww. uchwały Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych:

1. Składki członkowski opłacają wszyscy członkowie samorządu pielęgniarek i położnych.
Powyższe wynika z art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1039), która weszła w życie dnia 1 stycznia 2012 r., zgodnie z którą członkowie samorządu są **obowiązani regularnie opłacać składkę członkowską**.
Ustawa ta, także wprost ustanawia nakaz członkostwa w samorządzie zawodowym stwierdzając w art. 2 ust. 3, iż **przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.**

2. Miesięczna składka członkowska wynosi:
1) ***1%*** miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego,
2) **0,5%** miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
3) **1%** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do:
- osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także
- innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych wyżej, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.
W 2013 r. wysokość składki w pkt 3 wynosi 38,75 zł. Zgodnie z obwieszczeniem Prezes Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 17 stycznia 2013 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2012 r. wysokość podstawy składki wynosi - 3 875,35 zł.

3. W przypadku uzyskiwania dochodów z różnych źródeł (np. umowy o pracę oraz z prowadzenia indywidualnej praktyki, czy z umowy o pracę oraz ze świadczenia emerytalnego) składka naliczana jest z jednego źródła, z którego wysokość składki jest wyższa.

4. W sytuacji, gdy dana osoba jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę u więcej niż jednego pracodawcy, wysokość składki członkowskiej obliczana jest od najwyższego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

5. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

6. Z obowiązku opłacania składek zwolnieni są członkowie samorządu :
1) bezrobotni, którzy są zarejestrowani w urzędzie pracy,
2) przebywający na urlopie wychowawczym lub pobierający zasiłek rehabilitacyjny,
3) którzy zaprzestali wykonywania zawodu i złożyli wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu.
Oznacza to, iż jedynie w sytuacji, gdy członek samorządu zaprzestanie wykonywać zawód i niezwłocznie powiadomi o tym okręgową izbę oraz złoży wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu zostanie zwolniony z obowiązku uiszczania opłat składki członkowskiej. Nie dokonanie ww. czynności skutkować będzie obowiązkiem uiszczania składki członkowskiej, nawet w przypadku faktycznego zaprzestania wykonywania zawodu.

Obowiązek Aktualizacji Danych w Centralnym Rejestrze PiP

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu, zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 01 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 z 2011 r. poz. 1038) PRZYPOMINA O OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH OSOBOWYCH w zakresie:

- ukończenia specjalizacji celem wpisania do dokumentu – należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu i dyplom specjalizacji,
- zmiany nazwiska celem wpisania do dokumentu – należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu i odpis skrócony aktu małżeństwa,
- kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających – należy dostarczyć zaświadczenie o ich ukończeniu,
- studiów licencjackich i magisterskich na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo – należy dostarczyć dyplom ich ukończenia,
- uzyskania stopni i tytułów naukowych - należy dostarczyć dyplom ich nadania,
- zmiany adresu zamieszkania,
- zmiany miejsca pracy,
- przejścia na emeryturę, rentę,
- przebywania na bezrobociu,
- zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej.

Przedłożone oryginały ww. dokumentów kserujemy na miejscu.

Aktualizacji danych można dokonać osobiście w biurze OIPiP lub pisemnie, przesyłając informacje na adres Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych
Oddział Terenowy w Opolu
Konsultant Wojewódzki ds. pielęgniarstwa onkologicznego
oraz Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych i SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii Opolu

i n f o r m u j ą o planowanej

II Konferencji Onkologicznej „Pielęgniarstwo onkologiczne – problemy i wyzwania”

Konferencja odbędzie się **18 października 2013 r. w Sali Konferencyjnej budynku Zakładu Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu**

Program ramowy Konferencji:

- Ewaluacja zasad przygotowywania i podawania leków cytostatycznych
- Postępowanie po wynaczynieniu leku cytostatycznego
- Edukacja pacjenta leczonego cytostatykami
- Idea powołania i funkcjonowanie Breast Unit Center – Specjalistycznego Ośrodka Leczenia Raka Piersi
- Biopsja węzła wartowniczego nowoczesną metodą diagnostyczno- leczniczą w czerniaku i raku piersi
- Małoinwazyjna metoda usuwania guzków piersi – biopsja mammotomiczna

Organizatorzy serdecznie zapraszają do uczestnictwa w Konferencji.
Szczegółowe informacje dotyczące organizacji zostaną podane w terminie późniejszym.

I Zjazd Absolwentów

PMWSZ w Opolu

oraz

Medycznego Studium Zawodowego im. dr Marii Kujawskiej

14.09.2013r.

ZAPISY JUŻ TRWAJĄ

WIĘCEJ NA: www.wsm.opole.pl

WYPEŁNIJ I WYŚLIJ DEKLARACJĘ UCZESTNICTWA

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel.: 77 44 23 527 lub 603 662 204, mail: zjazd@wsm.opole.pl