ISSN 2083-0246 Dwumiesięcznik nr 6 (17) grudzień 2013r. - styczeń 2014r.

Opolska Pielęgniarka i Położna

W numerze:

Gala Plebiscytu Opolski Hipokrates
Kalendarium
Opolskie rozważania na temat opieki długoterminowej
Wyzwania opieki długoterminowej
Problem bólu w opiece długoterminowej
Pielęgniarstwo bez granic
Odpowiedzialność zawodowa w opiece...
Prawidłowe odżywianie w zdrowiu i chorobie

Szanowne Koleżanki Pielęgniarki, Położne oraz Koledzy Pielęgniarze!

Przekazujemy Państwu „przełomowe" wydanie „Opolskiej Pielęgniarki i Położnej". Przełomowe, gdyż jest to wydanie na przełomie roku grudzień/styczeń. Mija rok 2013, nadchodzą Święta i Nowy Rok 2014. Przed nami miesiąc grudzień, a wraz z nim jeden z najpiękniejszych okresów w całym roku – Święta Bożego Narodzenia i Nowy Rok. Czas ten dla wielu z nas związany będzie zapewne z nawałem pracy, którą przed końcem roku należy wykonać, ale i także z obowiązkami domowymi, polegającymi na przygotowaniach do Świąt i do Nowego Roku.

W bieżącym numerze prezentujemy sylwetki naszych koleżanek - Laureatek plebiscytu „Opolski Hipokrates" 2013: Marioli Niesłuchowskiej, Sylwii Kamińskiej oraz Ewy Olech, **którym składamy serdeczne gratulacje i życzymy dalszych sukcesów w życiu zawodowym i osobistym**.

Tradycyjnie już przedstawiamy kalendarium najważniejszych wydarzeń związanych z bieżącą działalnością Izby w okresie od września do listopada br., a w tym materiał z ogólnopolskiej konferencji naukowo-szkoleniowej pt. „Opolskie rozważania na temat opieki długoterminowej"; informacje z realizacji Niemiecko-Polskiego sympozjum pielęgniarskiego „Pielęgniarstwo bez granic" 2013 r., które miało miejsce w Gorlitz oraz informacje ze szkolenie nt. warunków realizacji świadczeń zdrowotnych dla pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej na terenie województwa opolskiego.

Zachęcamy do lektury artykułów naszych koleżanek: Beaty Guzak i Marioli Sibilskiej „Problem bólu w opiece długoterminowej". Artykuł opracowany został w oparciu o materiały konferencyjne XVI Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej w Toruniu, w której Autorki artykułu wzięły udział z ramienia naszej Izby. Zachęcamy również do zapoznania się ze streszczeniem wykładu Katarzyny Szczerbińskiej „Wyzwania opieki długoterminowej – polski problem, europejskie rozwiązania" oraz artykuł dr Elżbiety Szwałkiewicz o odpowiedzialności zawodowej w opiece długoterminowej.

Bardzo ciekawe informacje dotyczące racjonalnego żywienia opisuje Joanna Gruszka w artykule „Prawidłowe odżywianie w zdrowiu i chorobie".

Drogie Koleżanki i Koledzy!

Podsumowując kolejny rok VI Kadencji, w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu oraz własnym, pragnę Państwu serdecznie podziękować za ofiarną pracę na rzecz pacjentów, potrzebujących Waszego wsparcia, wiedzy i umiejętności, za trud włożony w podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych, za godne reprezentowanie naszych zawodów. Życzę abyście znaleźli siłę, chęci i motywację do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej z pasją i starannością.

Życzymy miłej lektury!
Sabina Wiatkowska
Przewodnicząca ORPiP w Opolu

„Wiersz staroświecki"

Pomódlmy się w Noc Betlejemską,
W Noc Szczęśliwego Rozwiązania,
By wszystko się nam rozplątało,
Węzły, konflikty, powikłania.

Oby się wszystkie trudne sprawy
Porozkręcały jak supełki,
Własne ambicje i urazy
Zaczęły śmieszyć jak kukiełki.

Oby w nas paskudne jędze
Pozamieniały się w owieczki,
A w oczach mądre łzy stanęły
Jak na choince barwnej świeczki.

Niech anioł podrze każdy dramat
Aż do rozdziału ostatniego,
I niech nastraszy każdy smutek,
Tak jak goryla niemądrego.

Aby wątpiący się rozpłakał
Na cud czekając w swej kolejce,
A Matka Boska – cichych, ufnych –
Na zawsze wzięła w swoje ręce.

Ks. Jan Twardowski

Pielęgniarkom, Położnym, Pielęgniarzom wraz z Rodzinami życzymy,
by Święta Bożego Narodzenia były dla każdego niezapomnianym czasem spędzonym bez pośpiechu, trosk i zmartwień.

Niech będą okazją do odpoczynku i radości z rodzinnego spotkania.

Życzymy Świąt pełnych ciepła i miłości, radości i spokoju,
spędzonych wśród Rodziny, Przyjaciół oraz wszystkich bliskich osób.

Nadchodzący Nowy Rok niech obdaruje wszystkich nas zdrowiem,
szczęściem, pomyślnością w życiu osobistym i zawodowym oraz spełnieniem najskrytszych marzeń.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych - Sabina Wiatkowska
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej - Maria Grzeczna
Przewodnicząca Okręgowego Sądu PiP - Urszula Kraszkiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej OIPiP - Beata Wojciechowska

Przepis na nowy rok

Catharina Elisabeth Gothe

Wziąć dwanaście miesięcy, obmyć je dobrze do czysta z goryczy, chciwości, pedanterii i lęku i podzielić każdy miesiąc na 30 albo 31 części, tak żeby zapasu starczyło akuratnie na rok.
Każdy dzionek przyrządza się oddzielnie, biorąc po jednej części pracy i dwie części wesołości i humoru.
Dodać do tego trzy kopiaste łyżki optymizmu, łyżeczkę tolerancji, ziarnko ironii i szczyptę taktu.
Następnie masę tę polewa się obficie miłością.
Gotowe danie ozdobić bukiecikami małych uprzejmości i podawać codziennie z pogodą ducha i porządną filiżanką ożywczej herbaty.

Uroczysta gala plebiscytu NTO Opolski Hipokrates 2013

Jedenastego października w Wyższej Szkole Medycznej w Opolu, odbyła się Uroczysta gala piątej edycji plebiscytu NTO Opolski Hipokrates 2013. Laureatkami w kategorii Pielęgniarka i Położna Roku zostały:

Mariola Niesłuchowska, od roku 2000 pracuje w Oddziale Pulmonologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, na stałe mieszka w Brzegu. Jest absolwentką opolskiego Studium Medycznego. Ukończyła też szkolenie wojskowe i ma stopień młodszego chorążego.

Bardzo lubi się dokształcać, na co poświęca każdą wolną chwilę. Ukończyła specjalizację z endoskopii, oraz z pielęgniarstwa zachowawczego. Posiada kurs specjalistyczny - z ratownictwa w pielęgniarstwie. Ratownictwo zawsze ją interesowało, „…jeśli chce się komuś skutecznie pomóc, co w jej pracy nie jest niczym niezwykłym, to uważa, że należy doskonalić swoje umiejętności w tym zakresie…”. Od 4 lat pełni obowiązki zastępcy pielęgniarki Oddziałowej. W wolnym czasie lubi czytać książki. Praca z pacjentami jest dla niej bardzo ważna, najwięcej satysfakcji daje zadowolenie i uśmiech pacjenta z opieki pielęgniarskiej.

„…Zwycięstwo w plebiscycie to duże wyróżnienie, ale należy się ono nie tylko mnie, lecz całemu personelowi pielęgniarskiemu na moim Oddziale – jest to bowiem praca zespołowa, wszystkie zapracowałyśmy na ten sukces…”.

Sylwia Kamińska, pracuje od 12 lat w Oddziale Pulmonologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, gdzie trafiła tuż po odbyciu rocznego stażu w WCM Opole. Wcześniej ukończyła studium medyczne.

„… Pielęgniarką chciałam być od zawsze. Już będąc dzieckiem, gdy odwiedzałam babcię w szpitalu, dobrze się w nim czułam, odpowiadała mi atmosfera tego miejsca. Byłam przy tym ciekawska i podglądałam pracę lekarzy i pielęgniarek, jak szykują leki i przygotowują zastrzyki. To miejsce w ogóle mnie nie przerażało...”.

W trakcie stażu miała praktykę na internie, chirurgii, intensywnej opiece. Tymczasem rozpoczynając pracę w Szpitalu Wojewódzkim, zetknęła się z czymś zupełnie nowym. W oddziale pulmonologii leżą pacjenci z zapaleniem płuc, astmą, ale też z bardzo poważnymi schorzeniami jak rak płuc. Są tu poddawani chemioterapii.

„… Zostałam rzucona na głęboką wodę, początki były trudne, ale z czasem nabrałam praktyki i przyzwyczaiłam się. Ja bardzo lubię pracę z pacjentami, sprawia mi ona przyjemność oraz satysfakcję, czuję się chorym potrzebna”.

Zanim poszła do studium medycznego, ukończyła Technikum Technologii Żywienia, więc dodatkowo podpowiada pacjentom na temat odpowiedniej diety.

Sylwia Kamińska jest też pielęgniarką w opolskim areszcie. Pracuje tam, gdy ma wolne po dyżurze w szpitalu.

„… Tutaj także ludzie potrzebują ze mną porozmawiać, a ja nie potrafię nikogo przekreślić. Zawsze tak samo podchodzę do swoich obowiązków...”.

Ewa Olech, ukończyła Liceum Ogólnokształcące „Carolinum” w Nysie - profil biologiczno-chemiczny, Studium Medyczne w Opolu- Położnictwo, Studium Edukacji Ekologicznej we Wrocławiu -Terapie Naturalne, oraz posiada specjalizację z zakresu pielęgniarstwa położniczego dla położnych.

„…Rok 1989 był dla mnie przełomowy zdobyłam zawód i rozpoczęłam pracę w ODDZIALE GINEKOLOGII w Kluczborku. W mojej karierze zawodowej nastąpiła mała przerwa, gdyż urodziłam córeczkę i jej musiałam-chciałam poświęcić czas-dla mnie bezcenny.

W roku 1991 podjęłam pracę w Gabinecie Medycznym SP nr 2 W Kluczborku, gdzie oprócz udzielania pierwszej pomocy czy badań przesiewowych, czynnie uczestniczyłam w programach profilaktycznych z zakresu” HIV/AIDS”; „Czas przemian”; „Dojrzewanie bez tajemnic”. Współpracowałam z pedagogiem szkolnym, brałam udział w wyjazdach na „Zielone szkoły”, gdzie wspólnie z nauczycielami prowadziłam zajęcia.

W roku 2001 przeszłam do pracy w Poradni dla Kobiet (Kluczbork, Wołczyn, Byczyna), gdzie mogłam wykorzystać wiedzę i umiejętności zdobyte w Studium Edukacji Ekologicznej we Wrocławiu tj. psychologię komunikacji, medycynę chińską, makrobiotykę, jogę, masaż (shiatsu, akupresura stóp). Byłam „powiernikiem”, czyli osobą z którą pacjentki mogły porozmawiać o swoich problemach, niepokojach, które w bardzo dużym stopniu przyczyniały się do schorzeń z którymi zgłaszały się do poradni. Człowiek to bardzo ciekawa księga, z której mając odpowiednią wiedzę bardzo łatwo czytać- to moja pasja. Medycyna holistyczna traktująca na równi duszę i ciało- czyli w zdrowym duchu -zdrowe ciało, a nie odwrotnie. Nie ma szans, jeżeli nasz umysł zaprząta jakaś natrętna myśl, niepokój, smutek, żeby było zdrowie. Przecież człowiek to nie tylko narządy, ale przede wszystkim psychika-a tak często o tym właśnie się zapomina. Skrzydła znacznie szerzej mogłam rozwinąć jednak trochę później

tzn. w 2004 roku, kiedy na mojej drodze pojawił się Oddział Położniczy(Powiatowe Centrum Zdrowia N ZOZ Szpital Powiatowy w Kluczborku) i tam poczułam się jak przysłowiowa „ryba w wodzie". Zetknęłam się z młodymi mamami (mam na myśli staż, bo rozpiętość wiekowa bywa duża), które różnie radzą sobie z nową rolą.

Lęk, strach, brak snu, hormony - wszystko to wpływa na zmiany nastroju od euforii do depresji. Dlatego cieszę się, że wspólnie z moimi koleżankami tworzymy zespół zwarty i gotowy. Trzeba być czujnym, by uchwycić to w odpowiednim momencie. Ciepłe słowo, pomoc, bycie obok znaczy dla pacjentek bardzo dużo.

Ludziom trzeba okazywać serce, ono zawsze wraca - bo co dajemy, to dostajemy i niekoniecznie od osoby, która została obdarowana. Kiedy my jesteśmy w potrzebie, również otrzymamy pomocną dłoń. Taką mam filozofię życia i taka pozostanie do końca. Lubię pracę z ludźmi, lubię pomagać, wspierać - to moja życiowa misja.

Chciałam serdecznie podziękować pacjentkom, że dzięki nim dane mi było to doświadczenie-czyli udział w Plebiscycie Opolski Hipokrates...".

Kalendarium spraw OIPiP w Opolu IX -XI 2013

15 listopada 2013 r.

W postępowaniu egzaminacyjnym kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa rodzinnego" dla pielęgniarek w SP ZOZ w Kędzierzynie - Koźlu organizowanym przez Ośrodek Szkoleń i Doradztwa Gospodarczego MEDIATOR uczestniczyła Pani Anna Marynowicz.

W Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Gorzowie Wielkopolskim odbyła się konferencja „Opieka pielęgniarska w szkołach i przedszkolach. Profilaktyka i wczesne wykrywanie nieprawidłowości rozwojowych dzieci" zorganizowana pod patronatem Senator RP Heleny Hatki, OIPiP w Gorzowie Wlkp. oraz Lubuskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Medycyny Szkolnej. W konferencji uczestniczyły pielęgniarki medycyny szkolnej z terenu województwa opolskiego: Łucja Rabiega-Midura, Sylwia Artuna, Jolanta Papierniak, Helena Jóźwin, Aleksandra Szupryczyńska, Anna Michalska, Dorota Kózka i Leokadia Trościńska.

13 -14 listopada 2013 r.

W Opolskim Urzędzie Wojewódzkim oraz w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Opolskiego odbyła się dwudniowa konferencja pt. „Model opieki i wsparcia osób starszych w regionie", w której uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

Tematem konferencji było tworzenie modelu opieki i wsparcia dla osób starszych – jedno z najważniejszych wyzwań obecnych czasów. W trakcie konferencji odbywały się panele dyskusyjne i warsztaty z udziałem przedstawicieli opolskich samorządów, praktyków i ekspertów.

7 listopada 2013 r.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Zespołu ds. Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej działającego przy OIPiP w Opolu.

6 listopada 2013 r.

W spotkaniu Grupy Roboczej Senatora Mieczysława Augustyna uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska. W trackie spotkania omawiano kolejne uwagi wprowadzone przez legislatorów do projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.

W Opolskim Centrum Onkologii odbyło się szkolenie na temat leczenia raka piersi oraz leków biologicznych i biopodobnych z udziałem Przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, w którym uczestniczyła Wiceprzewodnicząca Elżbieta Duda.

5 listopada 2013 r.

W siedzibie Izby w Opolu odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP, w którym wzięło udział 6 członków Prezydium, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

W czasie posiedzenia podjęto 15 uchwał, w tym:
finansowe: 1
stwierdzenie prawa wykonywania zawodu: 5
inne: 2
wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych: 2
skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych: 1
skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu: 1
wytypowania przedstawiciela do prac komisji w zakresie kształcenia podyplomowego: 1
wytypowania przedstawicieli do udziału w pracach komisji konkursowej: 2

Przekazano informację dotyczącą zorganizowania szkolenia dla pielęgniarek POZ, w dniu 5.12.2013 r. w Sali konferencyjnej Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu.

4 listopada 2013 r.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Zespołu ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego działającego przy OIPiP w Opolu.

30 października 2013 r.

W postępowaniu kwalifikacyjnym kursu specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa chirurgicznego" dla pielęgniarek w Prudnickim Centrum Medycznym S.A. w Prudniku organizowanym przez AUO OMNIBUS uczestniczyła Urszula Kraszkiewicz.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Zespołu ds. POZ działającego przy OIPiP w Opolu. Tematem spotkania było omówienie spraw związanych z funkcjonowaniem POZ, omówienie projektu zarządzenia Prezesa NFZ oraz organizacja szkolenia dla pielęgniarek POZ.

28 października 2013 r.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Komisji Kształcenia. W czasie posiedzenia rozpatrzono 82 wnioski. Przyznano 65 refundacji, 6 wniosków rozpatrzono negatywnie, 11 wniosków przekazano do uzupełnienia.

W Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu odbył się III etap konkursu na stanowisko Ordynatora Oddziału Nefrologii, w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

W Sali Herbowej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego odbyło się spotkanie dotyczące omówienia projektu „Strategia ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020", w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

25 października 2013 r.

Posiedzenie komisji konkursowej konkursu na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologicznego Szpitala SP ZOZ MSW w Opolu. Z ramienia OIPiP udział wzięły: Sabina Wiatkowska, Henryka Homętowska, Wiesława Grabska.

Postępowanie kwalifikacyjne kursu specjalistycznego „Wykonywanie konikopunkcji i odbarczanie odmy prężnej" organizowanego przez Centrum Kształcenia Zawodowego TEACHMED s.c. w Opolu, w którym z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczyła Sekretarz ORPiP Wiesława Grabska.

24 października 2013 r.

Postępowanie egzaminacyjne kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki" dla pielęgniarek, organizowanego przez Ośrodek Szkoleń i Doradztwa Gospodarczego MEDIATOR w Nysie, w którym z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczyła

Wiceprzewodnicząca ORPiP Henryka Homętowska.

23-24 października 2013 r.

W Warszawie odbyło się szkolenie dla członków Okręgowych Sądów Pielęgniarek i Położnych. Z ramienia OSPiP w Opolu w szkoleniu uczestniczyły: Urszula Kraszkiewicz, Krystyna Gębuś-Dinter oraz Anna Kałuska.

23 października 2013 r.

Opolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny zorganizował w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu konferencję naukową „Szczepienia inwestycją w zdrowie", w której z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczyła Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej Beata Wojciechowska.

Posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia Sejmu RP w Warszawie, w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska. Posiedzenie poświęcone było systemowi Podstawowej Opieki Zdrowotnej, przedstawiono m.in. informacje dotyczące modelu funkcjonowanie POZ oraz plany resortu zdrowia i potrzeby zmian w systemie podstawowej opieki zdrowotnej.

21 października 2013 r.

Posiedzenie komisji konkursowej konkursu na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu. Z ramienia OIPiP w Opolu udział wzięli: Sabina Wiatkowska, Henryka Homętowska, Piotr Lisowiec.

20 października 2013 r.

Postępowanie egzaminacyjne kursu specjalistycznego dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej, w ramach projektu systemowego: „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej" organizowanego przez CS LOGOS, w którym z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczył Piotr Lisowiec, członek Prezydium ORPiP w Opolu.

19 października 2013 r.

W Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu odbył się bezpłatny kurs dokształcający dla pielęgniarek województwa opolskiego „Profilaktyka w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia" zorganizowany przez Wyższą Szkołę Medyczną w Sosnowcu we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Opolu. W rozpoczęciu szkolenia uczestniczyła Wiceprzewodnicząca Henryka Homętowska.

18-19 października 2013 r.

Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki zorganizował IV Konferencję szkoleniowo-naukową pielęgniarek województwa opolskiego pt. „Obecne kierunki rozwoju pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki", w której uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska oraz Wiceprzewodnicząca Henryka Homętowska.

18 października 2013 r.

W Opolskim Centrum Onkologii w Opolu odbyła się II konferencja „Pielęgniarstwo onkologiczne - problemy i wyzwania" zorganizowana przez Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych O/Opole, Opolskie Centrum Onkologii, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego oraz OIPiP w Opolu.

16 października 2013 r.

W siedzibie NIPiP w Warszawie odbyło się posiedzenie Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NIPiP, w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska. W trakcie posiedzenia omawiano problemy związane z realizacją świadczeń przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, ustalono z Przedstawicielami Departamentu Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia, Instytutu Matki i Dziecka kierunki wspólnych działań mających na celu przygotowanie nowych rozwiązań systemowych w zakresie zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży na terenie szkół (placówek oświatowo-wychowawczych).

W spotkaniu Grupy Roboczej Senatora Mieczysława Augustyna uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska. Na spotkaniu omówiono uwagi naniesione przez legislatorów do projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, m.in. zmiany w przepisach obowiązujących, tj. zmiany w przepisach w ustawie z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz zmiany w przepisach ogólnych.

15 października 2013 r.

W siedzibie Izby w Opolu odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP, w którym wzięli udział członkowie Prezydium, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

W czasie posiedzenia podjęto 30 uchwał, w tym:

- finansowe: 6
- stwierdzenie prawa wykonywania zawodu: 3
- inne: 3
- wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych: 4
- skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych: 5
- wydania zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu: 1
- skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu: 1
- wytypowania przedstawiciela do prac komisji w zakresie kształcenia podyplomowego: 2
- wytypowania przedstawicieli do udziału w pracach komisji konkursowej: 1
- wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe: 4

11 października 2013 r.

Uroczysta gala konkursu Opolski Hipokrates 2013 w PMWSZ w Opolu, w której z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczyły Wiceprzewodniczące: Elżbieta Duda i Henryka Homętowska.

Konferencja „Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP®" zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Oddział w Opolu, w której uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

Postępowanie kwalifikacyjne kursu specjalistycznego „Wykonywanie konikopunkcji i odbarczanie odmy prężnej" organizowanego przez Centrum Kształcenia Zawodowego TEACHMED s.c., w którym z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczyła Pani Iwona Charyło.

10 października 2013 r.

Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w spotkaniu z Panią Ewą Chlebek, Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego województwa dolnośląskiego. Tematem spotkania było m.in. omówienie zmian związanych z projektem zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie zmiany warunków POZ oraz przygotowanie szkolenia dla pielęgniarek POZ województwa opolskiego.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się szkolenie zorganizowane dla pielęgniarek medycyny pracy, które zorganizowała mgr Grażyna Opiłka z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu.

Postępowanie egzaminacyjne kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie „Pielęgniarstwa opieki długoterminowej" dla pielęgniarek oraz „Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki" dla pielęgniarek organizowane przez AUO OMNIBUS w Prudniku, w którym z ramienia OIPiP w Opolu uczestniczyła Pani Anna Konieczny.

6 października 2013

Postępowanie egzaminacyjne kursu specjalistycznego dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej, w ramach projektu systemowego: „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej" organizowanym przez CS LOGOS w Opolu, w którym uczestniczyła Pani Jolanta Sarga.

4 października 2013

Spotkanie z dr Elżbietą Szwałkiewicz, Konsultantem Kra-

jowym w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, w którym udział wzięła Wiceprzewodnicząca Elżbieta Duda wraz z pielęgniarkami oddziałowymi Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu.

2 października 2013 r.

W siedzibie Izby odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Rady. W posiedzeniu udział wzięło 14 członków Rady, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej. W czasie posiedzenia podjęto 8 uchwał finansowych.

Ponadto m.in. przedstawiono realizację zaleceń Okręgowej Komisji Rewizyjnej w 2013 r. oraz dyskutowano nt. Regulaminu przyznawania nagród jubileuszowych nabywającym prawo do emerytury członkom OIPiP w Opolu.

1 października 2013 r.

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu zorganizowała VI Konferencję Naukowo-Szkoleniową z cyklu Akademia Pielęgniarstwa pt. „Co osiągnęliśmy w pielęgniarstwie – dokąd zmierzamy", w której uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

30 września 2013 r.

W siedzibie Redakcji Nowej Trybuny Opolskiej odbyło się spotkanie Kapituły konkursu „Opolski Hipokrates 2013", w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

W Urzędzie Marszałkowskim Województwa Opolskiego odbyło się spotkanie Zespołu Konsultacyjnego ds. opracowania Strategii ochrony zdrowia dla województwa opolskiego na lata 2014-2020, w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

27-28 września 2013 r.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze zorganizowała w Görlitz Międzynarodowe Sympozjum Pielęgniarskie „Pielęgniarstwo bez granic", w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska oraz Wiceprzewodnicząca Henryka Homętowska.

27 września 2013 r.

W postępowaniu egzaminacyjnym kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek i położnych" organizowanym przez Centrum Kształcenia Zawodowego TEACHMED s.c. w Opolu uczestniczyła Pani Elżbieta Mieszkowska.

24 września 2013 r.

W siedzibie Izby w Opolu odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP, w którym uczestniczyło 6 członków Prezydium ORPiP, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

W czasie posiedzenia podjęto 42 uchwały, w tym:

- finansowe: 8
- stwierdzenie prawa wykonywania zawodu: 9
- wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych: 2
- skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych: 5
- skreślenia z RPWDL indywidualnej praktyki pielęgniarskiej: 1
- wydania zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu: 2
- skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu: 3
- wytypowania przedstawiciela do prac komisji w zakresie kształcenia podyplomowego: 2
- wytypowania przedstawicieli do udziału w pracach komisji konkursowej: 1
- wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe: 7
- inne: 2.

Opolskie rozważania na temat opieki długoterminowej

Zespół Pielęgniarek Opieki Długoterminowej działający przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Opolu, zorganizował w dniu 29 listopada 2013 r. w Hotelu Mercure w Opolu, ogólnopolską konferencję naukowo-szkoleniową pt. „Opolskie rozważania na temat opieki długoterminowej"

Konferencja podzielona została na trzy sesje. Na początku konferencji uzyskano połączenie za pomocą skype z Senatorem RP Mieczysławem Augustynem, przewodniczącym Grupy Roboczej w pracach nad projektem ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Było to bardzo ciekawe doświadczenie. Senator RP Mieczysław Augustyn zwrócił się do uczestników konferencji z pozdrowieniami oraz przekazał słowa zachęty do podejmowania działań na rzecz osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych.

SESJA I - PROWADZĄCY: *dr hab. Ewa Smak, prof. UO*

➢ „Dylematy opieki długoterminowej w województwie opolskim" - *Roman Kolek, Wicemarszałek Województwa Opolskiego.*

➢ „Wyzwania opieki długoterminowej - polskie problemy, europejskie rozwiązania" - *dr hab. n. med. Katarzyna Szczerbińska*, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

➢ „Wspieranie dzieci i młodzieży z chorobą przewlekłą" - *dr Mariusz Garbiec, Instytut Studiów Edukacyjnych Uniwersytet Opolski.*

➢ „DAMY RADĘ - jako narzędzie edukacyjne wykorzystane przez pielęgniarki w opiece nad obłożnie chorym" - *Ewa Chlebek, Konsultant Wojewódzki ds. Pielęgniarstwa Środowiskowo-Rodzinnego Województwa Dolnośląskiego.*

SESJA II - PROWADZĄCY: *mgr Beata Guzak*

➢ „Problem kwalifikacji pacjentów do świadczeń opieki długoterminowej" - *Tadeusz Wadas, Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie.*

➢ „Założenia projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym" - *Sabina Wiatkowska, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu.*

➢ „Varisan – Skuteczna Kompresoterapia" – *wystąpienie przedstawiciela firmy Kati Sp. z o. o.*

➢ „To właśnie SCA - *efektywne rozwiązania w opiece nad osobami z NTM" - wystąpienie przedstawiciela firmy SCA Hygiene Products Sp. z o. o.*

➢ „Przełomowe rozwiązania w zakresie higieny pacjenta" - wystąpienie przedstawiciela firmy Zarys Sp. z o.o.

SESJA III - PROWADZĄCY: *mgr Tadeusz Wadas*

➢ „Opiekun medyczny - charakterystyka zawodu" - *Beata Guzak, Kierownik Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego Brzeskiego Centrum Medycznego.*

➢ „Kwalifikacje opiekuna medycznego w zakresie pierwszej pomocy" - *Marcin Leśkiewicz, Zakład Ratownictwa Medycznego Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu.*

➢ „Nowoczesne leczenie ran - terapia podciśnieniowa, opatrunki specjalistyczne i środki pielęgnacyjne" - *wystąpienie przedstawiciela firmy Paul Hartmann Polska Sp. z o. o.*

➢ „Starość w opiece długoterminowej" - *Mariola Sibilska, Kierownik Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego 116 Szpitala Wojskowego SP ZOZ w Opolu.*

➢ „System dobrany do rany w ranach odleżynowych" - *wystąpienie przedstawiciela firmy Schülke Polska Sp. z o.o.*

➢ „Ewaluacja koszyka świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjno - opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej" - *Elżbieta Słojewska-Poznańska, Sabina Wiatkowska, Przewodniczące Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze i w Opolu.*

Na zakończenie konferencji odczytano list od dr n. o zdrowiu Elżbiety Szwałkiewicz, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opiek długoterminowej.

od lewej: S. Wiatkowska, B. Guzak

od lewej:
A. Polańska, K. Szczerbowska, I. Gruca, T. Brodacka

od lewej: T. Walas, K. Szczerbińska, B. Guzak

R. Kolek

od lewej: S. Wiatkowska, E. Smak, M. Garbiec

Komitet Organizacyjny:
mgr Beata Guzak, mgr Elżbieta Duda, mgr Henryka Homętowska,
mgr Sabina Wiatkowska, Małgorzata Żyńczak

Wyzwania opieki długoterminowej – polski problem, europejskie rozwiązania

dr hab. n. med. Katarzyna Szczerbińska
Pracownia Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem, Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Streszczenie wykładu przeprowadzonego podczas ogólnopolskiej konferencji „Opolskie rozważania na temat opieki długoterminowej".

Sektor opieki długoterminowej podlega szybkim zamianom, a jego rozwój napotyka wiele problemów. W prezentacji omówiono niektóre z nich. Przedstawiono możliwości wykorzystania dokumentacji medycznej w celu standaryzacji oceny pacjenta, oceny jakości opieki długoterminowej oraz określenia finansowych grup świadczeń w niektórych krajach.

Zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi stanowi poważne wyzwanie dla państwa. Starzenie się społeczeństwa, jak również znaczące postępy medycyny ratunkowej i naprawczej powodują stopniowy wzrost liczby osób, które wymagają opieki długoterminowej. Wiele z nich musi być objętych opieką instytucjonalną. W Polsce, w sumie, osób przebywających w różnego typu placówkach opieki długoterminowej jest około 170 tysięcy rocznie (169 406), przy czym osoby starsze stanowią tylko około 100 tysięcy: 50 tys. w DPS i około 53,5 tys. w ZOL, ZPO i w hospicjach. Ta liczba stanowi około 1,4% wszystkich osób powyżej 60 r.ż. w populacji Polskiej. Według ostrożnych prognoz zapotrzebowanie na opiekę w placówkach opieki długoterminowej w krajach Unii Europejskiej podwoi się w ciągu najbliższych 40 lat [1].

Tabela 1. Charakterystyka placówek opieki długoterminowej – dane na rok 2010[II,III].

Typ placówki	DPS	ZOL	ZPO	Hospicjum	RAZEM
Liczba miejsc [tys.]	77,8	21,1	5,7	1,2	105,8
Liczba leczonych rocznie [tys.]	100	41,8	12,7	17,1	171,6
Przeciętny czas pobytu (ALOS)	lata	5 m-cy	4,8 m-cy	22 dni	
Odsetek 60+	49,5%	78,5%			
Odsetek obłożnie chorych	10,7%	39,7%			
Niepubliczne	26,5%	49%			

W ciągu ostatnich 20 lat liczba miejsc w domach pomocy społecznej, ZOL, ZPO i hospicjach znacząco zwiększyła się kosztem redukcji łóżek szpitalnych. Pomimo to czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL lub ZPO jest nadal długi. Wielu pacjentów oczekuje kilka miesięcy na przyjęcie, co opóźnia podjęcie rehabilitacji i utrudnia rekonwalescencję. Jednocześnie obserwujemy postępującą prywatyzację zasobów opieki długoterminowej i to zarówno w sektorze opieki zdrowotnej jak i pomocy społecznej. Obecnie około 50% zakładów opieki długoterminowej (ZOL, ZPO, hospicjów) oraz około 26% domów opieki jest zakładami prywatnymi (niepublicznymi)[IV,V].Wraz z prywatyzacją sektora rosną oczekiwania pacjentów odnoszące się do wysokiej jakości opieki. Przed zakładami opieki długoterminowej pojawiają się kolejne wyzwania związane z rozwojem terapii osób przewlekle i obłożnie chorych, wchodzeniem nowych technologii w zakresie pielęgnacji , rehabilitacji i wspomaganej opieki (assisted living, teleopieka, telemedycyna), a to z kolei wymusza konieczność ustawicznego kształcenia personelu. Szkolenia personelu są szczególnie ważne w kontekście znacznej rotacji i redukcji liczby pielęgniarek w placówkach opiekuńczych (w Polsce w ostatnich 20 latach zredukowano liczbę pielęgniarek w domach pomocy społecznej do 13% załogi zastępując je opiekunkami). Castle'a i Engberga stwierdzili, że niskie zatrudnienie zwłaszcza pielęgniarek (poniżej norm etatowych, lub w wyniku zaniżania tych norm) źle wpływa na jakość opieki, przy czym w literaturze najczęściej podnosi się negatywny wpływ szybkiej wymiany personelu, która w niektórych placówkach może sięgać 100% opiekunek rocznie[VI].

Kolejnym wyzwaniem jest rozporządzenie wprowadzające elektroniczną dokumentację medyczną. Budzi ono opór, ale z drugiej strony jest szansą na zmianę podejścia do szerszego wykorzystania informacji o pacjentach do prowadzenia analiz w kierunku:

- oceny potrzeb zdrowotnych i społecznych pacjentów opieki długoterminowej;
- oceny jakości sprawowanej nad nimi opieki;
- kategoryzacji pacjentów i szacowania nakładów pracy i finansowych w oparciu o nią, w celu opracowania racjonalnych podstaw do kontraktowania usług;
- doprecyzowania kryteriów kwalifikujących do opieki długoterminowej;
- planowania rozwoju opieki długoterminowej na poziomie samorządów.

Modelowym przykładem wykorzystania dokumentacji medycznej jest system InterRAI, który proponuje kompleksową ocenę stanu zdrowia, potrzeb zdrowotnych, psychicznych, społecznych i bytowych pacjenta przy użyciu ustrukturyzowanego kwestionariusza. Zastosowanie urządzeń elektronicznych umożliwia automatyczne przetworzenie wprowadzonych danych do postaci raportu o stanie zdrowia pacjenta zawierającego wskazania odnośnie postępowania, jakie powinno być podjęte przez pielęgniarkę lub opiekuna. Opisana aplikacja stanowi istotną pomoc diagnostyczną dla personelu zwłaszcza w placówkach, gdzie nie ma całodobowego dostępu do lekarza. Zalecenia dotyczące postępowania są zebrane w podręczniku (dostępnym również w formie elektronicznej aplikacji) pełnią rolę edukacyjną i mogą być traktowane jako forma kształcenia w miejscu pracy. Co więcej, dane dotyczące pacjenta wprowadzone do systemu podlegają analizie w ramach modułu przeznaczonego dla kierowników jednostek. Są źródłem zestawień dotyczących zbiorczej charakterystyki pacjentów (parametrów zdrowotnych), podstawą analiz ekonomicznych oraz oceny jakości opieki w placówce. System klasyfikuje pacjentów do grup świadczeń i na tej podstawie wycenia koszty opieki dostarczając menadżerowi twardych argumentów w negocjacjach kontraktu z instytucją ubezpieczeniową. Te same dane mogą być przesyłane na poziom samorządu w celu zbiorczej analizy sytuacji w placówkach opieki długoterminowej na danym terenie. Informacje te służą do planowania rozwoju infrastruktury świadczeń opieki długoterminowej, wpływania na ich jakość poprzez uruchamianie odpowiednich programów szkoleniowych lub restrukturyzacyjnych.

Problem jakości opieki w placówkach opiekuńczych był i jest podnoszony w wielu krajach. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie zasadniczo zakłady opieki długoterminowe funkcjonują jako podmioty niepubliczne, już w latach 60-tych podjęto pierwsze działania w kierunku systematycznej kontroli jakości. Jednak przełomową dla rozwoju opieki długoterminowej okazała się ustawa OBRA -87 (Omnibus Budget Reconciliation Act 1987), która spowodowała rozwój systemu oceny jakości w oparciu o wskaźniki struktury (określające warunki realizacji opieki), procesu (opisanego w postaci standardów opieki) i wyników zdrowotnych. Konsekwencją tego podejścia było opracowanie przez naukowców sformalizowanego wywiadu i badania potrzeb pacjentów, który obecnie funkcjonuje w Stanach Zjednoczonych jako MDS – minimum data set i jest podstawą do oceny jakości opieki i kontraktowania usług medycznych, a jego kolejną ewolucyjną formą jest system InterRAI (www.interrai.org.pl)[VII].

Podsumowując, polskie wyzwania opieki długoterminowej w dużej mierze są podobne do tych, które z sukcesem są rozwiązywane w innych krajach. Warto korzystać z przykładów dobrych praktyk.

[I] European Commission. Long-term care in the European Union.2008 (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/2008/hc_ltc_en.pdf)
[II] GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r. Warszawa 2012.
[III] GUS. Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2011r. Warszawa 2012a.
[IV] GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r. Warszawa 2012.
[V] GUS. Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2011r. Warszawa 2012a.
[VI] Castle NG, Engberg J. The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes. Health Services Research 2007; 42(5): 1822-1847.
[VII] Castle N, Ferguson JC: What is nursing home quality and how isit measured? The Gerontologist 2010; 50(4):426-442.

Problem bólu w opiece długoterminowej

mgr Beata Guzak, mgr Mariola Sibilska

Każdy chory cierpiący z powodu bólu ma prawo do odpowiedniego leczenia, a warunkiem skutecznego leczenia jest przede wszystkim właściwe rozpoznanie, następnie monitorowanie dolegliwości bólowych.

Przewlekły ból, zwłaszcza u osób starszych, nasila zaburzenia poznawcze, zaburzenia zachowania, zaburzenia snu i odżywiania, a przede wszystkim jest źródłem cierpienia chorego i główną przyczyną pogorszenia jakości jego życia.

Problematyka rozpoznawania, leczenia i monitorowania bólu przewlekłego w opiece długoterminowej pozostaje ciągle niedostatecznie rozpowszechniona (w porównaniu np.: z opieką paliatywną nad chorymi z chorobą nowotworową). Główną przeszkodą w rozpoznawaniu bólu przewlekłego wydaje się ograniczenie lub brak kontaktu werbalnego, a zatem brak typowych skarg, szczególnie w przypadku pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, którzy stanowią niemal połowę chorych w opiece długoterminowej. Standardowe skale oceny bólu opierają się bowiem o samoocenę chorego. Ból w opiece długoterminowej powinien być postrzegany jako piąty parametr życiowy. Powinien być rutynowo oceniany, monitorowany i dokumentowany wraz z podstawowymi parametrami fizjologicznymi chorego jak tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech czy temperatura a jego ocena powinna należeć do podstawowych zadań pielęgniarki.

Jedna z sesji **XVI Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej** Bydgoszcz, Toruń, 17 - 19.09.2013, poświęcona była tematyce diagnostyki i leczenia bólu. Wykłady w tej sesji wygłosili:
prof. Krystyna de Walden-Gałuszko *„Problem bólu u osób z zaburzeniami psychicznymi”*
dr Piotr Tederko *„Niefarmakologiczne metody leczenia bólu u pacjentów przewlekle chorych z ograniczoną świadomością będących pod opieką placówek opieki długoterminowej”*
prof. Patricia Schofield *„Ocena bólu oraz radzenie sobie z nim u osób starszych”*
ks. dr Piotr Krakowiak *„Ból duchowy istotnym elementem cierpienia totalnego”*

Artykuł opracowano w oparciu o materiały konferencyjne otrzymane od organizatorów konferencji.

Zdajemy sobie sprawę ze starzenia się społeczeństwa i przewidujemy, że do 2020 roku proces ten gwałtownie się nasili. Jesteśmy jednak już mniej pewni co do liczby osób z otępieniem, oraz liczby osób z chorobami otępiennymi i bólem. Na podstawie badań prewalencji (w epidemiologii określenie częstości występowania danej choroby w ściśle określonym okresie, niezależnie od czasu wystąpienia choroby, w przeliczeniu na 10 000 lub 100 00 osób), .możemy stwierdzić, że przewidywalnie 50% osób starszych żyjących w społeczeństwie cierpi z powodu niewłaściwie leczonego bólu przewlekłego i że liczby te rosną aż do 80%, gdy weźmiemy pod uwagę populację osób starszych w domach opieki (Elliott 2013).

Ból, jako subiektywnie przykre i negatywne wrażenie zmysłowe i emocjonalne powstające w wyniku faktycznego lub zagrażającego uszkodzenia, występuje u 5%-83% pensjonariuszy opieki długoterminowej. Mimo, że przez osoby starsze bywa akceptowany i staje się elementem składowym tej części życia, stanowi przyczynę pogorszenia: nastroju, snu, wydolności funkcjonalnej i jakości życia, a także izolacji społecznej, depresji czy pogorszenia zdolności komunikacji.

Sesję *Leczenie bólu* zainaugurowała znakomita Pani prof. Krystyna de Walden – Gałuszko z Wojewódzkiego Centrum Onkologicznego w Gdańsku wykładem pod tytułem *„Problem bólu u osób z zaburzeniami psychicznymi”* zwracając uwagę, iż ból należy postrzegać jako zjawisko psychosomatyczne oraz jako proces wieloetapowy, w którym reakcje psychiczne są ściśle powiązane z poszczególnymi etapami:
Etap I - zwany zmysłowo-dyskryminacyjnym - oznacza bezpośrednią reakcję czucia bólu jako odpowiedzi na pobudzenie nocyceptorów.
Etap II - pojawiający się niemal równocześnie z etapem pierwszym i jest on prostą reakcją psychiczną – przykrości na doznanie bólowe.
Etap III - poznawczo - wartościujący, pojawia się wkrótce po etapie I i II. W tym etapie zaangażowane są wyższe funkcje psychiczne - zależne od cech osobowości, systemu wartości, oceny bólu itp. Dochodzi do psychicznego przetworzenia bólu.

U osób cierpiących na zaburzenia psychiczne reakcje na ból są jeszcze bardziej skomplikowane. Typowe jest znaczne obniżenie progu tolerancji na ból, co klinicznie może wyrażać się większym zapotrzebowaniem na leki przeciwbólowe i silniejszą reakcją na ból.

Bardzo często w warunkach pobytu w oddziale można zaobserwować tzw. efekt nocebo, będący wyrazem zależności reakcji na ból od psychologicznych uwarunkowań otoczenia. Podobną reakcję na ból można zaobserwować u osób z organicznym uszkodzeniem mózgu wyrażonym w formie zaburzeń zachowania. Natomiast w przypadku otępienia lub w ostrych zespołach psychotycznych (np. delirium) próg tolerancji bywa podwyższony. W tej grupie chorych dużym problemem są trudności oceny bólu, dlatego powinno się wykorzystywać specjalne narzędzia badawcze (np. Skalę Doloplus), które choć niedoskonałe - powinny być wykorzystywane w celach zarówno diagnostycznych, jak i do monitorowania przebiegu i skuteczności stosowanego leczenia.

Ból, choć tak rozpowszechniony wśród pensjonariuszy opieki długoterminowej, jest jednym z najważniejszych objawów chorobowych i nie powinien być nigdy traktowany tylko objawowo. W każdym przypadku należy przeprowadzić analizę jego przyczyny.

Wśród czynników, które wpływają na nieadekwatność diagnostyki i leczenia bólu w tej populacji wymienia się:
- trudności w różnicowaniu i ocenie nasilenia bólu (zwłaszcza u osób z ograniczoną świadomością),
- rotację lekarzy i personelu opiekuńczego oraz
- obawę przed działaniami ubocznymi leczenia.

Chociaż dobór stosowanych u pensjonariuszy opieki długoterminowej leków przeciwbólowych zazwyczaj odpowiada wytycznym opartym na dowodach, to niedostatek skuteczności leczenia bólu wynika także ze zbyt częstego stosowania leków na żądanie, nieosiągania dawek wystarczających do uśmierzenia bólu (lub stosowanie dawek niewspółmiernych do wieku i masy ciała pensjonariusza) oraz zbyt rzadkie stosowanie niefarmakologicznych metod leczenia bólu (NMLB), które odgrywają ważną rolę w terapii u pacjentów objętych opieką długoterminową. Efekty uboczne są niemalże niezauważalne.

Do działań takich należą:
edukacja pacjenta, terapie poznawczo-behawioralne, techniki stymulacyjne, kinezyterapia, fizykoterapia, hydroterapia, masaż, okresowe unieruchomienie, zabiegi manualne, adaptowana aktywność fizyczna, akupunktura, igłoterapia, balneoterapia, joga, muzykoterapia, interwencje dietetyczne, terapia zajęciowa, stosowanie technologii wspomagających funkcjonowanie oraz metody chirurgiczne.

Tak o *"Niefarmakologicznych metodach leczenia bólu u pacjentów przewlekle chorych z ograniczoną świadomością będących pod opieką placówek opieki długoterminowej"* mówił dr Piotr Tederko z Klinika Rehabilitacji Warszawskiego Uniwersytetu podczas kolejnego wykładu w tej sesji.

Efekty zastosowania w leczeniu bólu bodźców fizykalnych takich, jak: czynniki termiczne (ciepło, zimno, zabiegi krioterapeutyczne), elektroterapia, biostymulacja laserowa, ultradźwięki, pole elektromagnetyczne, małej częstotliwości powoduje uruchomienie w lokalizacji receptorów bólu łuku odruchowego: receptor - ośrodkowy układ nerwowy - efektor. W tkankach występują zmiany molekularne i hormonalne. W płynach tkankowych dochodzi do wzrostu histaminy, serotoniny i endorfiny, zmiany zawartości cytokinin, niektórych białek i peptydów, a także zmiany mikrokrążenia w tkankach. Zabieg taki jak elektrostymulacja, poza działaniem przeciwbólowym, może zapobiegać zanikom mięśni, poprawia trofikę tkanek objętych zabiegiem i normalizuje napięcie mięśniowe. Stosując zabiegi fizykoterapeutyczne można zmniejszyć natężenie i częstotliwość występowania bólu, zredukować zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, a pośrednio poprawić aktywność ruchową oraz usprawnić lokomocję.

Terapie aktywizujące pacjenta wywierają efekt „przeciwbólowy" poprzez:
- odwrócenie uwagi,
- redukcję zjawisk towarzyszących lub sprzyjających chronicyzacji bólu (depresja, lęk, negatywne poglądy i postawy),
- promowanie pozytywnych emocji i postaw,
- poprawę skuteczności radzenia sobie w sytuacjach dnia poprzedniego,
- jakości snu i wypoczynku,
- nabycie umiejętności lub profilaktykę ich utraty,
- normalizację masy ciała,
- poprawę zakresu ruchomości, siły mięśniowej, postawy ciała, wydolności, samodzielności, redukcji męczliwości,
- polepszenie poziomu uczestnictwa społecznego.

Wśród przyczyn niedostatecznie częstego stosowana niefarmakologicznych metod leczenia bólu u pensjonariuszy opieki długoterminowej należy wymienić:
- niewystarczające propagowanie wiedzy na temat użyteczności takich metod,
- ograniczona liczba dowodów na ich skuteczność,
- pracochłonność w ich stosowaniu,
- konieczność uzyskania współpracy i zaangażowania ze strony pacjenta,
- nieadekwatna ocena potrzeb pacjenta.

„Problem leczenia bólu przewlekłego u pacjentów znajdujących się w zakładach opiekuńczo-leczniczych z perspektywy europejskiej" przedstawiła prof. Pat Schofield z Centrum Badań Stosowanych nad Zdrowiem, Uniwersytet Greenwich, Wielka Brytania Członkini Brytyjskiego Stowarzyszenia Bólu.

Badania przeprowadzone w domach opieki społecznej przez Conway (2013), pokazują, że w 368 domach opieki w Wielkiej Brytanii, znajduje się ponad 10 000 mieszkańców, z których ponad 6500, czyli dwie trzecie, ma demencję. Rozważa się więc jak ocenić ból u osób starszych bez demencji i z demencją? oraz jak postępować z bólem u osób starszych bez demencji i z demencją?

Ocena bólu - od roku 1990 uznaje się, że ocena bólu jest fundamentalnym elementem opieki (RCS 1990). Jest to pierwszy krok, na którym należy oprzeć leczenie, zalecany przez standardy JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Komisja Wspólna ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej) w Stanach Zjednoczonych, tzw. „piąty istotny znak". W ostatnich latach proces oceny bólu znacznie się poprawił i w wielu dziedzinach przeprowadza się formalną ocenę bólu w grupach klientów. Praca ze starszymi osobami zawsze stanowiła duże wyzwanie, ponieważ tradycyjne narzędzia stosowane w ocenie bólu były dla nich trudne do zrozumienia.

Przegląd systematyczny literatury dotyczącej oceny bólu w populacji osób starszych pokazuje, że najbardziej skutecznymi narzędziami oceny bólu są:
- Opis ustny (brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny)
- Skala numeryczna (0-5 lub 0-10). Obie skale mogą być stosowane w pomiarze natężenia bólu, nawet jeśli występuje łagodne lub umiarkowane upośledzenie funkcji poznawczych.
- Narzędzia do behawioralnej oceny bólu (11 ogółem) stosowane w przypadku silnych zaburzeń funkcji poznawczych. Skale te wykorzystują wskaźniki behawioralne, jak: wyraz twarzy, niepokój, nerwowość, agresja oraz narzekanie/jęczenie. Są one opisane na skali ocen. Najczęściej stosowane skale to: Abbey, PAINAD lub Dolorplus-2.

Leczenie bólu w omawianej grupie jest jeszcze bardziej skomplikowane. Przede wszystkim, jest niewiele badań, które w szczególny sposób skupiałyby się na leczeniu bólu wyłącznie w populacji osób starszych. Przeprowadzono badania, które obejmują ogólnie osoby dorosłe i następnie dostosowano je do populacji osób starszych. Istnieje jeszcze mniej badań, które zajmowałyby się analizą strategii stosowanych w przypadku osób starszych z demencją, szczególnie jeżeli chodzi o leczenie farmakologiczne i inwazyjne. Dlatego trudno jest ostatecznie stwierdzić, które strategie są najwłaściwsze w leczeniu bólu u osób z otępieniem. Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, gdy weźmiemy pod uwagę kwestie związane z bólem ostrym, przewlekłym lub bólem nowotworowym, ponieważ w tych wszystkich przypadkach wymagane jest inne podejście w leczeniu.

O *„Bólu duchowym jako istotnym elemencie cierpienia totalnego"* mówił ks. dr Piotr Krakowiak Krajowy Duszpasterz Hospicjów, UMK w Toruniu Założyciel Fundacji „Lubię Pomagać".

Definiując ból powiedział, że jest to suma doświadczeń fizjologicznych pacjenta/klienta, a także interpretacji tego doświadczenia, biorących pod uwagę elementy osobowości, nastroju, zrozumienia, oraz wcześniejszych doświadczeń i relacji społecznych.

Cicely Saunders (pielęgniarka, pracownik socjalny i lekarz), jako pierwsza użyła terminu „bólu totalnego", aby opisać fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe elementy cierpienia osób nieuleczalnie chorych. Ta koncepcja została dobrze przyjęta w środowisku opieki paliatywnej, a także w całej ochronie zdrowia i pomocy społecznej. Termin rozszerzono do pojęcia „całkowitego cierpienia", zawierającego społeczne zagrożenia dla nienaruszalności osoby, problem socjalnej deprywacji i dezintegracji. W medycynie określenie „ból" odnosi się głównie do sfery somatycznej, więc właściwszym w kontekście całej ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a szczególnie ich pozamedycznych wymiarów, wydaje się mówienie o „cierpieniu", które odnosi się, obok przestrzeni fizjologicznej, także do sfery psychicznej, socjalnej i duchowej.

Ból totalny zawiera w sobie ważny element, będący powszechnym doświadczeniem osoby ludzkiej, a są nim cierpienia duchowe. Zagadnienie to posiada bogatą literaturę przedmiotu, liczne badania i narzędzia, które powinny być używane do poprawy jakości opieki w tym zakresie. Jednym z narzędzi, posiadających szerokie zastosowanie w ochronie zdrowia i pomocy społecznej jest FICA[1], który stworzyła prof. Cristina Puchalski, z jej udziałem zostanie przygotowany cykl artykułów i podręcznik opieki duchowej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej. Odpowiednio przygotowany kapelan powinien być członkiem takiej zespołowej opieki w ochronie zdrowia i pomocy społecznej. Ważne jest, by w ramach swoich zajęć prowadził on szkolenia na temat duchowego wspierania pacjentów i klientów przez wszystkich

pracowników i wolontariuszy. Istotnym wobec powszechności bólu duchowego jest stwierdzenie, iż posługa duszpasterska i pomoc duchowa nie może się ograniczać wyłącznie do osób wierzących i należących do tej samej wspólnoty kościelnej, ale powinna się wiązać ze współpracą z przedstawicielami innych wyznań i religii. Dodatkowo, duszpasterz z całym zespołem powinni się uwrażliwiać na duchowe potrzeby osób niewierzących i poszukujących oraz tych, którzy z różnych powodów odstąpili od swoich wspólnot. Dobrą praktyką jest powołanie w instytucji zespołu duszpasterskiego, w którego skład wchodzą obok kapelana także inny pracownicy i wolontariusze, a jeśli jest taka potrzeba, także przedstawiciele innych wyznań.

Współpraca duszpasterza z członkami zespołu opiekuńczego pozwala pełniej reagować na potrzeby egzystencjalno-duchowe, zarówno w opiece instytucjonalnej, jak domowej.

Reasumując pacjent z bólem powinien być obiektem kompleksowego, interdyscyplinarnego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, uwzględniającego skuteczną przyczynową terapię bólu w kontekście jego biopsychospołecznych uwarunkowań.

Osoby z ograniczoną świadomością wymagają zobiektywizowanej oceny bólu i skuteczności oddziaływania stosowanych metod terapeutycznych.

Techniki czynne, aktywizujące wydają się być skuteczniejsze w osiąganiu efektu przeciwbólowego niż techniki bierne. Należy jednak pamiętać, że aktywizacja ruchowa pacjenta może zwiększyć ból, mimo osiągnięcia poprawy funkcji. Opieka uwzględniająca wymiar duchowy, pomoże zdiagnozować i odpowiedzieć na ból duchowy, zarówno w przypadku osób wierzących, jak również poszukujących i niezwiązanych z żadną wspólnotą wiary, a mających potrzeby duchowe w obliczu choroby, niesamodzielności, czy zbliżającej się śmierci. Powinna być pełna otwartości i szacunku dla specyficznej drogi życia każdego z chorych i ich bliskich.

[1] F I C A – narzędzie do oceny duchowej.
F – Faith or Beliefs *(wyznania lub przekonania)*
I – Importance and influence *(znaczenie i wpływ)*
C – Community *(społeczność)*
A – Address *(jakiego lekarza wybierasz, skąd)*

Odpowiedzialność zawodowa w opiece długoterminowej

dr nauk o zdrowiu Elżbieta Szwałkiewicz
- Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Pielęgniarki i opiekunowie są odpowiedzialni zarówno za skutki swego działania jak i zaniechania. Aspekty prawne ich działalności reguluje prawo karne i prawo cywilne natomiast kwestią moralności czyli oceną konkretnych czynów i zachowań człowieka zajmuje się etyka, koncentrująca się na zagadnieniu dobra. Tak więc, odpowiedzialność zawodową personelu pielęgnującego należy rozumieć jako obowiązek prawny i moralny ponoszenia konsekwencji za czyny swoje i swoich podopiecznych - gdy nie są oni w stanie rozpoznać skutków swego działania. Prawo określa kwalifikacje i kompetencje zawodowe, a etyka pokazuje czym jest dobro i jak zmierzać do jego urzeczywistniania. Każdy człowiek jest zdolny do refleksji etycznej czyli głębszego zastanawiania się nad zagadnieniami etycznymi - i jest to właściwe kryterium oceny odpowiedzialnej opieki.

Etyka zawodów opiekuńczych opiera się na normach i kodeksach. Etykę można rozumieć też jako zbiór przepisów, opinii, obyczajów, a także przyzwyczajeń danej grupy zawodowej. Najważniejsze w etyce zawodu jest określenie powinności, czyli tego, co powinno się czynić, aby dobrze wykonywać swój zawód, a więc na pierwszym miejscu stawia się obowiązek i odpowiedzialność związane z decyzjami zawodowymi. Podejmowanie decyzji wiąże się ze szczególną odpowiedzialnością, gdy dotyczą one człowieka chorego i niesamodzielnego powierzonego pieczy pielęgniarki czy opiekuna, a tylko takie osoby są obejmowane opieką długoterminową. Decyzje te muszą być właściwe czyli poprawne merytorycznie (fachowa wiedza) i poprawne moralnie (refleksja etyczna).

W Polsce tylko pielęgniarki mają formalnie obowiązujący kodeks etyczny, który nakazuje im sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim i według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom i współuczestniczyć w procesie terapeutycznym. Pielęgniarki zgodnie z zapisami tego kodeksu składają przyrzeczenie, że będą nieść pomoc każdemu człowiekowi, okazywać pacjentom należny szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta. Kodeks wytycza zasady rzetelnego wypełniania obowiązków pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarki dbając o etos zawodu przestrzegają tych zasad także we współpracy z opiekunami. Sara Fry[1] wskazuje na zasady etyczne, które są szczególnie istotne w działalności pielęgnacyjno-opiekuńczej i które z całą pewnością można także uznać za standardy etyczne opiekuna, są to:

1. Opiekuńczość - w praktyce oznacza to zobowiązanie się opiekuna do takiego zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnych, powierzonych jego opiece, dzięki której ich cierpienie będzie likwidowane lub przynajmniej redukowane, a podopieczni będą czuć się bezpiecznie. Oznacza to, że głównym, nadrzędnym zadaniem opiekuna jest czynienie dobra i zmniejszanie zła.

2. Sprawiedliwość - opiekun powinien traktować wszystkich swoich podopiecznych jednakowo, nie faworyzując żadnego z nich, nie dając żadnemu z nich pozycji uprzywilejowanej. W praktyce oznacza to, że opiekun konfrontowany z podobnymi problemami u swoich podopiecznych stara się je rozwiązywać w podobny sposób, a gdy problemy są różne stosuje zasadę indywidualnego podejścia unikając stronniczości.

3. Poszanowanie autonomii - podopieczny jest zależny od opiekuna, przy czym zakres owej zależności wyznaczony jest przez stopień niesamodzielności osoby objętej opieką. Mimo tej zależności opiekun powinien przyznać swojemu podopiecznemu prawo do niezależności rozumianej w sensie autonomii i wolności. W praktyce oznacza to, że opiekun respektuje podopiecznego jako niezależną jednostkę i uznaje jego prawo do podejmowania decyzji.

4. Uczciwość - obowiązkiem opiekuna jest mówienie prawdy. Nie może on oszukiwać swoich podopiecznych, okłamywać ich ani przemilczać im prawdy. W praktyce oznacza to, że opiekun stara się działać tak, by między nim a podopiecznym wytworzyła się relacja zaufania.

5. Lojalność - opiekun powinien być wierny zobowiązaniom, których się podjął. W praktyce oznacza to m.in. dotrzymywanie obietnic złożonych podopiecznemu, zachowanie dyskrecji, o którą prosił i przestrzeganie tajemnicy służbowej.

Anty-standardy etyczne

Anty-standardy etyczne tworzą osoby, które nie potrafią bądź nie chcą wypełniać wymagań etyki zawodu. Anty-standardy etyczne to usprawiedliwianie własnego postępowania oraz wyszukiwanie korzystnych dla siebie argumentów niezgodnych lub sprzecznych z etyką zawodu. Anty-standardy uciszają głos sumienia i zastępują uczciwą refleksję etyczną gdyż są usprawiedliwianiem tego, czego nie da się usprawiedliwić.

Najczęściej spotykane anty-standardy[2] to stwierdzanie przez pielęgniarkę czy opiekuna, że ich postępowanie nie jest nieetyczne, dopóki:

- mogą wymienić przynajmniej kilka koleżanek (kolegów), które (którzy) postępują dokładnie tak jak oni,
- żaden pacjent nie złożył na nich oficjalnej skargi,
- ich zdaniem pacjenci nie mają nic przeciwko takim ich działaniom,
- podopieczni są tak trudni i kłopotliwi, że wprost „proszą się" o takie, a nie inne traktowanie,
- tego dnia źle się czuli i po prostu nie można było wymagać od nich pracy o dobrej jakości,
- uważają, że obowiązujące ich zasady etyki zawodu zostały ułożone przez kogoś, kto nie rozumie warunków pracy pielęgniarek czy opiekunów,
- w rezultacie mogą więcej zarobić,
- jest to dla nich wygodniejsze,
- nikt się o tym nie dowie, a nawet jeżeli się dowie, to najprawdopodobniej i tak się tym nie przejmie,
- niektórych standardów etycznych przecież przestrzegają,
- nie zamierzają świadomie nikogo skrzywdzić,
- chcą postąpić w ten sposób tylko raz,
- nikt im niczego nie udowodni,
- są zmęczeni i przepracowani.

Sumienie i dylematy etyczne

Każdy człowiek, niezależnie od kogokolwiek innego, odwołuje się przede wszystkim do własnego sumienia. Sumienie nasze jest tak ukształtowane, że żąda od nas postawy opiekuńczej względem wszelkiej istoty doznającej, znajdującej się w zasięgu naszego możliwego działania[3]. Dzięki sumieniu doskonale wiemy czy jesteśmy odpowiedzialnymi pielęgniarkami i opiekunami.

W sytuacjach, w których trzeba dokonać trudnego wyboru między różnymi możliwościami pielęgniarka i opiekun doświadczają dylematów etycznych. Często chodzi tu o wybór pomiędzy co najmniej dwiema wykluczającymi się wzajemnie wartościami. W opiece długoterminowej najczęstszych dylematów dostarczają sytuacje gdy pacjent nie wyraża zgody na działania personelu pielęgnującego - a dotyczą one zaspokojenia jego podstawowych potrzeb życiowych. Opiekun wie, że niezaspokojenie tej potrzeby może wywołać chorobę, a w skrajnym przypadku nawet przyczynić się do śmierci podopiecznego i ma dylemat czy zastosować przymus, który przez podopiecznego jest postrzegany jako zło. Sądzę, że należy chronić podopiecznego przed krzywdą i cierpieniem, a wzorem lekarzy przestrzegać zasady - przede wszystkim nie szkodzić.

Refleksja etyczna pielęgniarki i opiekuna

✓ Czy zdarza mi się częściej myśleć o pacjentach jako o „przypadkach" niż o ludziach?
✓ Czy w głębi duszy nie uważam pacjentów za gorszych ode mnie - dlatego że są słabsi niż ja, zależni ode mnie, dlatego że potrzebują mojej pomocy?
✓ Czy nie skłaniam się do widzenia pacjentów tylko i wyłącznie jako obiektów stanowiących źródło mojego utrzymania?
✓ Czy nie zobojętniałam na zaufanie okazywane mi przez pacjenta?
✓ Czy wczuwając się w sytuację pacjenta i współczując mu - zachowuję jednak potrzebny profesjonalny dystans?
✓ Czy przejmuję odpowiedzialność za moje porażki w takim samym stopniu jak za moje sukcesy?
✓ Czy nie mam tendencji do spychania odpowiedzialności za niepowodzenia moich działań na innych (współpracowników, pracodawcę)?
✓ Czy nie uważam, że ponieważ nikt się na mnie oficjalnie nie skarżył, to automatycznie wypełniam doskonale etos mojego zawodu?

Czy jestem odpowiedzialną pielęgniarką, odpowiedzialnym opiekunem?

[1]Sara Fry, *Ethics in Nursing Practice. A Guide to Ethical Decision Making*, Blackwell Publishing, Geneva 1994
[2]*Na podstawie:* Kenneth Pope, Melba Vasquez, *Ethics in psychotherapy and councelling*, John Wiley and Sons, San Francisco 1991.
[3]T. Kotarbiński, „Pisma etyczne", Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków 1987
T. Kotarbiński, *Medytacje o życiu godziwym*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986

Niemiecko - Polskie sympozjum pielęgniarskie „Pielęgniarstwo bez granic" 2013

Sympozjum pielęgniarskie „Pielęgniarstwo bez granic" jest projektem, który zafunkcjonował w rejonie przygranicznym Saksonii wschodniej i w sąsiadującej z nią zachodniej części województwa Dolnośląskiego.

Istotą projektu jest kontynuacja transgranicznej współpracy personelu pielęgniarskiego realizowanej w ramach konferencji specjalistycznej Sympozjum pielęgniarskie „Pielęgniarstwo bez granic". Wymiana wiedzy ma prowadzić do bezpieczeństwa i poprawy naszej pracy. Współpraca i wymiana doświadczeń na sympozjum pielęgniarskim przynoszą korzyści dla mieszkańców i turystów oraz służą temu aby potencjalny poszkodowany, np. turysta po wypadku, nie odczuł różnicy w opiece pielęgniarskiej w różnych placówkach medycznych, niezależnie od tego, w którym kraju otrzymuje opiekę medyczną i pielęgniarską.

Pielęgniarstwo nie zatrzymalo się na granicy miedzy krajami. W zjednoczonej Europie zrozumialym jest, że pacjenci z jednego kraju leczą się w innym kraju. Jedyną barierą jest różnorodność językowa.

Spotkania te są jedyną międzynarodową inicjatywą, która nieprzerwanie od już 12 lat w przestrzeni polsko-niemieckiego pogranicza, cieszy się powszechnym uznaniem wśród środowiska pielęgniarek i położnych. Sympozja te są gwarancją kontynuacji współpracy. Wspólne zaangażowanie obu krajów umożliwia uzyskania optymalnie wysokiego poziomu sympozjum pod kątem fachowości, organizacji, techniki i kultury. Ścisłą współpracę przygraniczną mogli obserwować również przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Warszawy (Jarosław Panek) jak również przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z Opola (Sabina Wiatkowska, Henryka Homętowska), Wrocławia (Urszula Olechowska, Anna Szafran) oraz Krakowa (Tadeusz Wadas).

Prawidłowe odżywianie w zdrowiu i chorobie

mgr Joanna Gruszka

Słowo dieta pochodzi od greckiego diaita i oznacza „sposób życia". Powinna więc pociągać za sobą tylko dobre skojarzenia i sugerować coś trwałego.

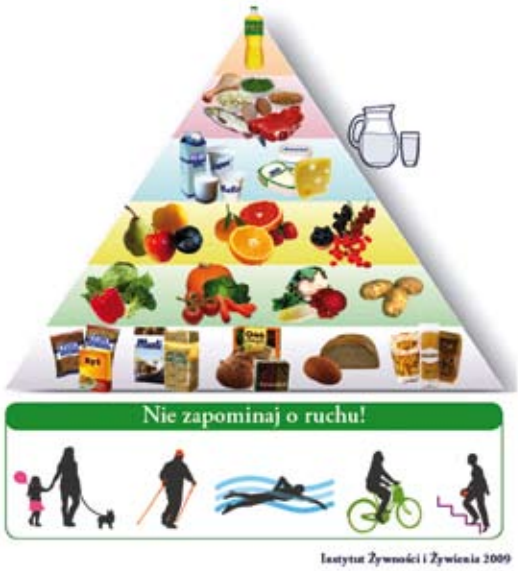
Większość z nas jednak w pierwszej chwili kojarzy słowo dieta z pobytem szpitalnym i zaleconą dietą, dietą na chwilę, albo też w warunkach domowych - z sucharkami i miętową herbatą przy niestrawności.

Następne skojarzenia to odchudzanie, a więc znaczne restrykcje żywieniowe i odmawianie sobie posiłku, różne modyfikacje narzucane nam przez popularne gazetowe i książkowe diety. Szybkie efekty, a potem efekt jo-jo i powikłania po stosowaniu diet, które serwują nam w nadmiarze jeden składnik, wykluczając niesłusznie pozostałe, jak to ma miejsce w ciągle popularnych dietach wysokobiałkowych.

Wszystkie te skojarzenia są negatywne, kojarzą się nam z przymusem i z krótkotrwałością stanu. A tak naprawdę prawidłowe żywienie dobrane indywidualnie do zdrowia każdej osoby, zapewnia wszystkie niezbędne składniki odżywcze we właściwych proporcjach, dobre samopoczucie oraz chroni przed wystąpieniem chorób w przyszłości. Kiedy problemy zdrowotne już są obecne w naszym życiu, złagodzi je lub zniweluje. Modyfikacje dietetyczne powinny być metodą pierwszego wyboru – najtańszą i najbezpieczniejszą dla pacjenta, elementem szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej.

Dla zdrowych - zacznijmy od zaleceń racjonalnego żywienia

Od 2009 roku obowiązują nowe zalecenia dotyczące racjonalnego żywienia opracowane przez Instytut Żywności i Żywienia. Zalecenia te doskonale obrazuje piramida zdrowego żywienia.



Podstawą piramidy jest aktywność fizyczna, dopasowana do możliwości każdego z nas. Nawet idealna dieta, bez aktywności fizycznej nie jest wystarczająca.

Podstawą naszego żywienia powinny być produkty zbożowe, głównie z pełnego przemiału, takie jak: kasze - gryczana, jaglana, ryż pełnoziarnisty oraz pieczywo z mąk z pełnego przemiału. Podobnie jak warzywa i owoce, produkty zbożowe powinny być obecne w każdym posiłku. Warzywa i owoce mogę być dodatkowo wykorzystywane jako zdrowa przekąska pomiędzy posiłkami. Pamiętajmy, że powinniśmy codziennie spożywać blisko kilogram warzyw i owoców w różnej postaci: na surowo i po obróbce termicznej.

Źródłem pełnowartościowego białka są dla nas: nabiał, mięso, ryby i suche nasiona roślin strączkowych. Mleko i jego przetwory, najlepiej w postaci fermentowanych produktów mlecznych takich jak jogurty, kefir, maślanka powinny być obecne w 2 porcjach dziennie. Tu oczywiście bierzemy pod uwagę nietolerancję laktozy i alergię na białka mleka, kiedy to mleko i jego przetwory ograniczamy do dobrze tolerowanych form lub zupełnie wykluczamy.

Mięso powinno pojawić się na naszym stole raz dziennie zamiennie z rybą i roślinami strączkowymi takimi jak: fasole, soczewice, groch, ciecierzyca.

Tłuszcze powinny być niewielkim dodatkiem do potraw w ciągu dnia przy założeniu, że tłuszcze pochodzenia zwierzęcego ograniczamy poprzez wybór chudych mięs takich jak: wołowina, cielęcina, kurczak, indyk czy królik oraz ograniczamy smażenie. Dbamy o dodatek tłuszczów roślinnych i pochodzących z ryb, szczególnie tych bogatych w niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (NNKT) z rodziny omega 3, a więc: oliwy z oliwek, oleju lnianego oraz rzepakowego z pierwszego tłoczenia, a także ryb morskich.

Doskonałym urozmaiceniem diety i zdrową przekąską będą owoce suszone oraz orzechy, pestki, migdały. Są bogate w witaminy i składniki mineralne, a także NNKT, ale również mają wysoką wartość energetyczną, więc spożywamy je w niewielkich porcjach codziennie.

Dla tych pragnących utrzymać zdrowie

Stosowanie się do zaleceń piramidy żywienia działa jak najbardziej protekcyjnie, ale jak to wygląda w praktyce?

W badaniach własnych bardzo niewielu pacjentów, bo tylko 5% spożywa warzywa i owoce codziennie, aż 59% spożywa grube kasze i niesłodzone płatki bardzo rzadko, bo 1-2 razy w miesiącu lub rzadziej. Spożycie błonnika, witamin z grupy B, a także przeciwutleniaczy u tych pacjentów jest bardzo niskie. Długotrwale stosowana taka dieta będzie powodowała zaparcia oraz zmiany w obrębie jelita grubego takie jak: uchyłki, stany zapalne, będzie się także przyczyniała do kamicy pęcherzyka żółciowego. Naraża również na większe ryzyko wystąpienia wielu nowotworów z powodu niedoboru przeciwutleniaczy w diecie, substancji czynnych których rolą jest dezaktywacja wolnych rodników odpowiedzialnych za uszkodzenia struktury DNA i błon komórkowych, a więc ochrona przed nowotworzeniem właśnie. Zwiększa także ryzyko nadwagi i otyłości, unikanie produktów nisko kalorycznych, jakimi są warzywa i owoce oraz w niewielkim stopniu podnoszących poziom glukozy (warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe), będzie prowadzić do nadmiaru masy ciała i hiperinsulinemii ze wszystkimi jej konsekwencjami.

Skutkiem unikania węglowodanów złożonych jest częstsze sięganie po cukry proste, alternatywne, aczkolwiek niezalecane źródło glukozy. Aż 45% moich pacjentów codziennie pije słodkie napoje, niemalże tyle samo respondentów codziennie je słodycze. Wysokie spożycie cukrów prostych zwiększa ryzyko zaburzeń gospodarki węglowodanowej, prowadzi do insulinooporności, nadwagi, otyłości, cukrzycy, chorób układu sercowo- naczyniowego (obniża poziom frakcji HDL), jak

również wielu nowotworów. W badaniach wykazano związek pomiędzy nowotworami: piersi, endometrium, trzustki jelita grubego, a wysokim spożyciem cukrów prostych lub produktów o wysokim indeksie glikemicznym.

Z nadmiernym spożyciem cukrów prostych w postaci słodyczy, ciastek, słodkich napojów wiązane są także: choroby nerek, wady cewy nerwowej u dzieci, przedwczesne porody (związek ze słodkimi napojami), niealkoholowe stłuszczenie wątroby, hiperurykemia (związek z wysokim spożyciem fruktozy z żywności wysoko przetworzonej), nadciśnienie tętnicze, nasilone stany zapalne, uszkodzenie stawów i skóry (zaburzona produkcja kolagenu i produkty glikacji białek).

Unikamy warzyw, owoców, produktów zbożowych z pełnego przemiału, coś zatem w ramach kompensacji, musimy zwiększyć. Najczęściej spożywamy zbyt duże ilości mięsa i jego przetworów, które są źródłem nadmiernych ilości nasyconych kwasów tłuszczowych (NKT) i NNKT z rodziny omega 6. Te rodzaje tłuszczu działają prozapalnie, proaterogennie, prokancerogennie. Wykazano związek pomiędzy wysokim spożyciem tłuszczów a zwiększonym ryzykiem raka piersi, trzustki i jelita grubego. W doniesieniach naukowych ograniczenie tłuszczu do 10% energii z diety może hamować nowotworzenie.

Warto zatem tłuszcz ograniczać, co z tego skoro aż 69% moich pacjentów codziennie smaży mięsa lub ryby, a blisko połowa spożywa tłuste produkty takie jak wędliny i konserwy, a mięso i jego przetwory, źródła tłuszczu ukrytego, pojawiają się ich stole 3 razy dziennie.

Samo nadmierne spożycie mięsa (białka) może się wiązać z uszkodzeniem nerek i wątroby, hiperurykemią, zmianą flory bakteryjnej jelit na mniej korzystną, wywołującą stany zapalne jelit, zaburzającą odporność (GALT), prowadzącą do powstawania zmian nowotworowych. Jeżeli nadmiarowi mięsa towarzyszy niskie spożycie warzyw, roślin strączkowych i produktów pełnoziarnistych, a więc typowa polska dieta!, może dojść do nieprawidłowego metabolizmu metioniny, jednego z aminokwasów dostarczanego właśnie głównie z mięsa czerwonego, w wyniku którego powstaje homocysteina, niezależny czynnik ryzyka PCHN czy ch.n.s.

Jak to możliwe, że to mi szkodzi?

Zapytacie pewnie jak to jest, półki urywają się od tych produktów i one szkodzą? Pamiętajmy, że przemysłowe wytwarzanie żywności i zdrowie prawie nigdy nie idą w parze. Producent nastawiony jest na sprzedaż i jak najdłuższą przydatność do spożycia, my zaś na jak najmniej przetworzoną i maksymalnie świeżą żywność.

Wiele dodatków poprawiających smak, zapach, konsystencję, przedłużających trwałość są zupełnie nowymi substancjami, których nigdy wcześniej nie spożywaliśmy w takich ilościach. Cukier – sto lat temu dostępny w aptece na receptę, obecnie spożywany w ilości 42 kg na głowę; tłuszcze NNKT w konfiguracji trans – niegdyś tylko te naturalnie występujące w żywności, teraz wszechobecne w wyrobach cukierniczych i piekarniczych; konserwanty w większości wyrobów mięsnych, napojach, słodyczach, niegdyś w użyciu była tylko sól i ziołowe przyprawy. Zapytajcie jak często Wasza mama czy babcia jadły mięso, dowiecie się, że raz w tygodniu, było to mięso zwierząt hodowanych naturalnie, a więc wolne od pestycydów, antybiotyków i hormonów, a więc zupełnie inaczej niż obecnie. Lista różnic jest długa....Nasz organizm jeszcze nie zdążył się do nich przyzwyczaić, dajmy mu odetchnąć.

Dieta dla Ciebie

Powinieneś spożywać dietę jak najmniej przetworzoną, regularnie w 3-5 posiłkach, bogatą w warzywa, owoce, pełnoziarniste produkty zbożowe, z niewielkim dodatkiem białka zwierzęcego, w tym koniecznie ryb i tłuszczów roślinnych tłoczonych na zimno. Nie zapominajmy o przyjmowaniu płynów w odpowiedniej ilości: herbat ziołowych, owocowych, zielonej, czerwonej, niesłodzonych kompotów, wód mineralnych, wszystkich, które nie zawierają cukru, słodzików, ani dodatków do żywności.

Piśmiennictwo dostępne u autorki

O autorce:
mgr Joanna Gruszka ukończyła studia na kierunku dietetyka kliniczna oraz podyplomowe studia poradnictwa żywieniowego i dietetycznego.
Prowadzi gabinet dietetyczny Dieta Plus w Opolu, pracuje także jak dietetyk w Opolskim Centrum Onkologii oraz w przychodniach na terenie miasta Opola.
Na temat żywienia i zdrowia można jej posłuchać w audycji Zdrowie Plus My w Radiu Plus Opole w każdą III niedzielę miesiąca. Więcej informacji znajdziecie Państwo na stronie: www. dietaplus.pl

„Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą...” ks. Jan Twardowski

WSPOMNIENIE

W sierpniu tego roku odeszła od nas nasza koleżanka - pielęgniarka Elżbieta Szynol. Swoją pracę zawodową w krapkowickiej służbie zdrowia rozpoczęła we wrześniu 1979r. w oddziale wewnętrznym. Następnie przez okres 19 lat pracowała w oddziale noworodkowym, gdzie dwa lata pełniła funkcję pielęgniarki oddziałowej. Pracę zawodową kończyła w oddziale wewnętrznym, przechodząc na emeryturę w lipcu bieżącego roku.

Koleżanka Ela zawsze była i będzie wzorem dla krapkowickiego środowiska pielęgniarskiego. Skromna, pokorna w swojej pracy, kochana i doceniana przez pacjentów, a także przez koleżanki i pozostałych współpracowników. Cierpliwa i bez reszty oddana pacjentowi, czuła na cierpienie drugiego człowieka i niesamowicie empatyczna w stosunku do pacjenta, co uważam za największy dar pielęgniarki. Zawsze gotowa na wezwanie, nie było przeszkód, które mogłyby stanąć jej na drodze w wykonywaniu obowiązków pielęgniarskich.

To nasza Wielka Pielęgniarka, dawała tak wiele nie oczekując w zamian niczego, bo jej całe życie to było jedno wielkie i bezustanne dawanie. Taką miała po prostu receptę na swoje życie.

Z wielkim żalem i smutkiem oddałyśmy cześć i pożegnałyśmy naszą koleżankę.

Halina Ambrozik - Pielęgniarka Naczelna Krapkowickiego Centrum Zdrowia NZOZ Sp. zo.o.

Zespół ds. Pielęgniarek POZ działający przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Opolu przeprowadził w dniu 5 grudnia 2013 r. w sali konferencyjnej Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu, ul. Katowicka 66 A, bezpłatne szkolenie nt. warunków realizacji świadczeń zdrowotnych dla pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej na terenie województwa opolskiego.

Program szkolenia obejmował następujące zagadnienia:

- „Aspekty prawne realizacji pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w POZ".

„Realizacja patronaży i testów przesiewowych zgodnie z Załącznikiem nr 2 Część II Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.10.2010 r. zmieniającego Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej".

„Dokumentowanie wykonanych czynności". Omówienie przykładowych procedur - prelegent Ewa Chlebek, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego województwa dolnośląskiego.

- „Żywienie dojelitowe w warunkach domowych – prelegenci lek. med. Agata Rysz-Bracha, lek. med. Bartosz Szymański, Nutrimed Sp. z o.o.

Jolanta Grzyb
Przewodnicząca Zespołu ds. POZ
przy OIPiP w Opolu

Informacja na temat terminu wejścia w życie planowanych zmian w Dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. uznawania kwalifikacji zawodowych

W dniu 9 października 2013 roku Parlament Europejski przegłosował i zaakceptował zaproponowane przez Rzeczpospolitą Polskę zmiany dotyczące kwestii uznawania kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek i położnych.

Kolejnym organem, który musi przyjąć zmieniony tekst Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady jest Rada Europejska. Głosowanie w tej sprawie odbędzie się prawdopodobnie w dniu 15 listopada 2013 r.

Po formalnym zaakceptowaniu zmian w ww. dyrektywie przez obie instytucje nastąpi publikacja omawianego aktu prawnego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Natomiast wejście w życie niniejszej dyrektywy nastąpi dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Jednakże to nie kończy „drogi" przyjętego dokumentu. Po wejściu w życie zmienionej Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. uznawania kwalifikacji zawodowych konieczna będzie jej implementacja, wdrożenie do krajowego porządku prawnego w każdym Państwie Członkowskim. Poszczególne kraje będą miały na to maksymalnie 2 lata.

Materiał opracował:
Klaudiusz Sigiel
Asystent ds. prawnych
Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

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.

G.B.Management

Dział doskonalenia kadr medycznych

50-230 Wrocław, ul. Trzebnicka 42 *e-mail: gbm@ddkm.pl*

CHCESZ PROFESJONALNIE, SKUTECZNIE I W PRZYJEMNEJ ATMOSFERZE PODNIEŚĆ SWOJE KWALIFIKACJE ?!

PRZYJDŹ DO NAS!

Oferujemy *Ci Nasze wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu szkoleń podyplomowych dla pielęgniarek i położnych.*

Gwarantujemy:

- ✓ *profesjonalną realizację szkoleń (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz w oparciu o programy zatwierdzone przez CKPPiP)*
- ✓ *wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną*
- ✓ *nowoczesne metody nauczania*
- ✓ *możliwość opłacania kursu w dogodnym systemie ratalnym*

Serdecznie zapraszamy *Państwa do zapoznania się z pełną ofertą naszych kursów oraz wypełnienia formularza zgłoszeniowego na*

www.ddkm.pl

lub złożenia osobistej wizyty w siedzibie naszego ośrodka.

Nie czekaj - ZAPISZ SIĘ JUŻ DZIŚ!

Masz pytania? Zadzwoń: **(71) 78 33 285**

Dbamy o Twój rozwój zawodowy.