

Biuletyn

1/2016

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu



Resuscytacja krążeniowo-oddechowa u dziecka cz. II	4
Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali	8
Ból u osób starszych	10
VII Krajowym Zjazd Pielęgniarek i Położnych	13
XXXI Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd	14
Pismo Prezes NRPiP na Okręgowy Zjazd	17
Uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału	18
Problem wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego	20
Komisje i Zespoły działające przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu w VII kadencji samorządu	23
Odleżyny – profilaktyka czy leczenie cz. I	24
XI Ogólnopolski konkurs "Pielęgniarka roku 2015"	27

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a
wejdź na naszą stronę internetową:
www.oipip.kalisz.pl



Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
w godzinach 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:
od poniedziałku do piątku 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15⁰⁰ - 18³⁰

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
tel. (0 62) 757-04-31
w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
od godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰

Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów
związanych z wykonywaniem zawodu w każdy wtorek
w godz. 14⁰⁰ do 16⁰⁰.

Dyżury

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
w godz. 13⁰⁰ do 15⁰⁰

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
Jadwiga Soińska
Danuta Wieczorek

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Kaliszu
ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
tel./fax: (62) 757 04 31
www.oipip.kalisz.pl
e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm
oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opraco-
wywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść
ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze
w ochronie zdrowia.

Data wydania:

KWIECIEŃ 2016

Nakład:

1000 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf” s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70

Szanowni Państwo,

Początek roku w działalności okręgowej izby wiązał się w dużej mierze z opiniowaniem wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Zawiłości prawne samego rozporządzenia, zmienne decyzje Narodowego Funduszu Zdrowia, interpretacje Ministerstwa Zdrowia oraz opinie porozumienia skupiającego lekarzy rodzinnych powodowały wiele zamieszania. Ostatecznie okazało się, że nie wszystkie Koleżanki zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej dostały podwyżki wynagrodzenia.

Niestety tylko część pracodawców zdecydowało się na wzrost wynagrodzenia ze środków własnych dla pielęgniarek i położnych zatrudnianych we własnych podmiotach leczniczych.

Przed nami kolejne wyzwania w zakresie tworzonych założeń do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Dotychczasową samodzielność zawodową naszego środowiska próbuje przekształcić się w zespoły lekarsko-pielęgniarskie, koordynowane i kontraktowane łącznie, tworząc jedną listę wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej.

Z wielkim niepokojem samorząd obserwuje działania w zakresie projektu Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą ciężarną (KOC), wskazując nurtujące nas braki i niedoręczności organizacyjne i merytoryczne.

Problem braku kadr pielęgniarskich w podmiotach leczniczych próbuje zastępować się ratownikami medycznymi. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych już dwukrotnie opiniował negatywnie przedstawioną propozycję Rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratowników medycznych*.

W styczniu 2016 roku odbył się Zjazd Krajowy, w którym uczestniczyli nasi delegaci. Zjazd wyłonił nowe osoby do pełnienia funkcji w organach naczelnych samorządu VII kadencji. Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych została Pani Zofia Małas, która szczególną uwagę zwraca na siłę wynikającą z jedności wszystkich członków samorządu. Podczas pierwszego posiedzenia, nowo wybranej Naczelnej Rady, której jestem członkiem, zostały określone kierunki działań i priorytetów na najbliższą kadencję.

Za nami również XXXI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy, pierwszy w mojej kadencji. Wszystkim Delegatom dziękuję za udział i sprawne procedowanie. Żywię nadzieję, że następnym razem, mimo rozlicznych obowiązków będziemy mogli spotkać się w większym gronie. Przed nami natomiast święto XXV-lecia samorządu, które będziemy obchodzili w bieżącym roku, a tym samym okazja do spotkania w szerszym gronie.

Korzystając z okazji pragnę złożyć wszystkim Pielęgniarkom, Położnym, Pielęgniarzom oraz Waszym bliskim, najserdeczniejsze życzenia zdrowych i radosnych Świąt Wielkanocnych, spędzonych w rodzinnej atmosferze.

Wszystkim, którym przypadnie spędzić święta na dyżurze, życzę satysfakcji i dumy z wykonywanych obowiązków.

Przewodniczący Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
(-) Marek Przybył

RESUSCYTACJA

RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA U DZIECKA CZ. II

Jakość RKO

Technika uciśnień klatki piersiowej u niemowląt zaleca stosowanie uciśnień opuszkami dwóch palców w przypadku resuscytacji wykonywanej przez jednego ratownika oraz techniki dwóch kciuków i dłoni obejmujących klatkę piersiową niemowlęcia, gdy jest obecnych dwóch lub więcej ratowników. U dzieci starszych można stosować uciśnięcia za pomocą jednej lub dwóch rąk w zależności od preferencji ratownika. Należy kłaść nacisk na konieczność osiągnięcia odpowiedniej głębokości uciśnień: co najmniej na jedną trzecią wymiaru przednio-tylnego klatki piersiowej u wszystkich dzieci tzn. 1,5 cala (4 cm) u niemowląt i 2 cale (5 cm) u dzieci. U dzieci, które weszły w okres pokwitania tj. młodzieży stosuje się głębokość uciśnień zalecaną u osób dorosłych, wynoszącą co najmniej 2 cale (5 cm), ale nie więcej niż 2,4 cale (6 cm). Należy również zwrócić uwagę na całkowitą relaksację klatki piersiowej po fazie uciśnięcia. Uciskanie klatki piersiowej powinno być wykonywane z jak najmniejszą liczbą przerw, aby zminimalizować czas bez przepływu krwi. Zarówno dla niemowląt, jak i dla dzieci częstotliwość uciśnień powinna wynosić 100 do 120/min.

Defibrylacja

Zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED) u dzieci powyżej pierwszego roku życia jest skuteczne i bezpieczne. Automatyczne defibrylatory zewnętrzne potrafią prawidłowo zidentyfikować zaburzenia rytmu u dzieci. Specjalne elektrody pediatryczne i odpowiednie oprogramowanie zmniejsza energię płynącą z urządzenia do 50 – 75 J. Taka konfiguracja jest rekomendowana dla dzieci w wieku 1-8 lat.

Rekomenduje się u dzieci strategię pojedynczych wyładowań energią 4J/kg, bez jej dalszego zwiększania, najlepiej z użyciem defibrylatora dwufazowego. Należy kontynuować masaż serca podczas umieszczania łyżek lub elektrod samoprzylepnych na klatce piersiowej i ładowania defibrylatora.

Wentylacja

Bezpieczeństwo oraz korzyści wynikające z zastosowania ucisku chrząstki pierścieniowej w czasie intubacji nie są do końca jasne. Dlatego też ucisk na chrząstkę powinien być modyfikowany lub przerwany, jeśli uniemożliwia wentylację lub wydłuża czas i zmniejsza łatwość wykonania intubacji.

Można bezpiecznie używać rurek intubacyjnych z mankietem uszczelniającym u niemowląt, zaś monitorowanie końcowydechowego stężenia dwutlenku węgla jest pomocne w stwierdzeniu właściwej pozycji rurki intubacyjnej. W czasie resuscytacji rekomendowana jest kapnografia jako doskonałe narzędzie oceny i optymalizacji jej jakości.

Z powodu szkodliwości hiperoksemii należy miareczkować stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej za pomocą badania gazometrycznego lub/i saturacji krwi tętniczej.

Systemy wczesnego reagowania

Wdrożenie systemów wczesnego reagowania w warunkach oddziałów pediatrycznych może zmniejszyć częstość występowania zatrzymań krążenia i oddychania oraz śmiertelność wewnątrzszpitalną.

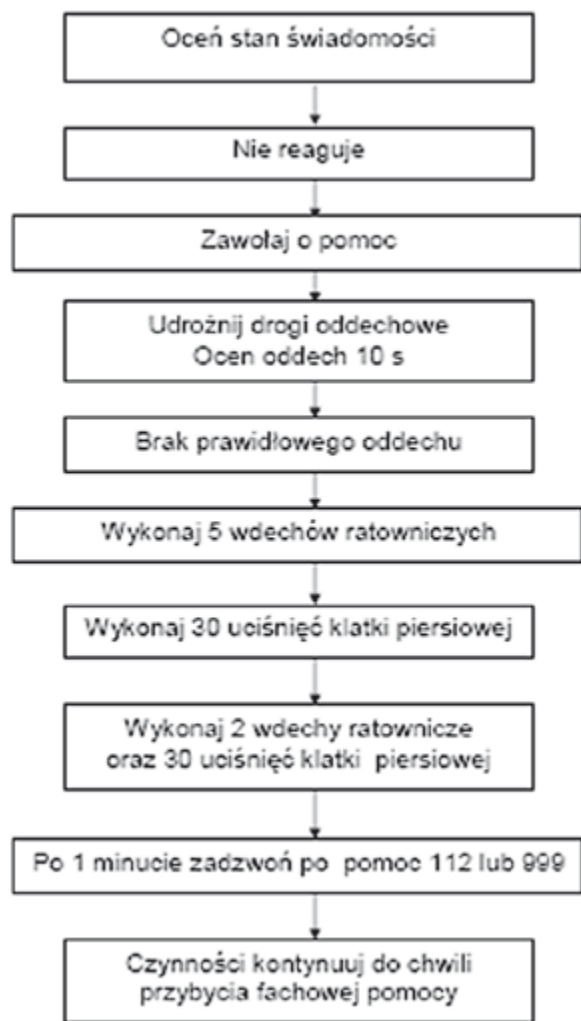
Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dzieci

Kolejność postępowania

Ratownicy, którzy byli uczeni algorytmu BLS dla osób dorosłych oraz nie mają specjalistycznej wiedzy na temat resuscytacji dzieci, mogą używać sekwencji postępowania jak u osób dorosłych, ponieważ przeżywalność będzie niższa, jeśli nie podejmą żadnych działań. Osoby bez wykształcenia medycznego, które chcą się nauczyć resuscytacji pediatrycznej w związku z tym, że ich praca jest związana z ponoszeniem odpowiedzialności za dzieci (np.: nauczyciele, pielęgniarki szkolne, ratownicy wodni), należy uczyć, iż preferowana jest modyfikacja BLS dla osób dorosłych polegająca na wykonaniu pięciu początkowych oddechów ratowniczych, a następnie prowadzeniu RKO przez około 1 minutę przed udaniem się po pomoc.



Ryc. 1. Algorytm podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u dziecka dla osób z obowiązkiem interwencji



Ryc. 2. Algorytm podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci BLS

Mimo że sam uniwersalny algorytm postępowania w zatrzymaniu krążenia u dzieci nie różni się znacznie w porównaniu z algorytmem postępowania u osób dorosłych pamiętać należy o subtelnych ale bardzo ważnych różnicach w postępowaniu ratowniczym.

Zaczynamy ją od 5 oddechów ratowniczych, bo u dzieci do zatrzymania akcji serca dochodzi najczęściej wskutek ustania oddychania. Najpierw więc trzeba natlenić ich organizm.

Potem powtarzamy sekwencję: 30 uciśnień klatki piersiowej, 2 wdechy. Uciskamy klatkę piersiową płyciej, na głębokość 4-5 cm, jedną ręką (u niemowląt - palcami). Wykonując oddechy ratownicze u niemowląt obejmujemy swoimi ustami usta i nos dziecka. Jeśli jesteśmy sami, pogotowie wzywamy po minucie RKO.

Poniższa sekwencja powinna być stosowana przez osoby z obowiązkiem udzielenia pomocy w sytuacjach zagrożenia życia u dzieci (zazwyczaj są to członkowie zespołów medycznych)

1. Upewnij się, że jest bezpiecznie zarówno dla ciebie jak i dla dziecka.

2. Sprawdź reakcję dziecka: „delikatnie potrząśnij dzieckiem i zapytaj głośno: „Czy wszystko w porządku?”

3A. Jeśli dziecko odpowiada lub porusza się:

- pozostaw dziecko w pozycji, w jakiej je zastałeś (pod warunkiem że jest ona dla niego bezpieczna);
- oceń jego stan i w razie potrzeby wezwij pomoc;
- powtarzaj regularnie ocenę stanu ogólnego dziecka.

3B. Jeśli dziecko nie reaguje:

- głośno wołaj o pomoc;
- delikatnie odwróć dziecko na plecy;
- udroźnij drogi oddechowe dziecka poprzez odchylenie głowy do tyłu i uniesienie bródki w następujący sposób:
- umieść rękę na czole dziecka i delikatnie odchyl jego głowę ku tyłowi;
- w tym samym czasie umieść opuszki palca (lub palców) pod bródką dziecka i unieś ją. Nie naciskaj na tkanki miękkie pod bródką, bo możesz spowodować niedrożność dróg oddechowych;
- jeśli wciąż masz trudności z udrożnieniem dróg oddechowych, spróbuj metody wysunięcia żuchwy: połóż palce wskazujące obydwu rąk za żuchwą dziecka po jej bokach i popchnij ją do przodu. Jeżeli podejrzewasz istnienie urazu okolicy szyi, staraj się udrożnić drogi oddechowe, używając jedynie metody wysunięcia żuchwy. Jeśli nadal jest to nieskuteczne, zastosuj niewielkie odchylenie głowy do tyłu, do momentu aż drogi oddechowe zostaną udrożnione.

4. Utrzymując drożność dróg oddechowych, wzrokiem, słuchem i dotykiem oceń, czy występują prawidłowe oddechy poprzez przysunięcie swojej twarzy blisko twarzy dziecka i obserwowania jego klatki piersiowej:

- obserwuj ruchy klatki piersiowej;
- słuchaj nad nosem i ustami dziecka szmerów oddechowych;
- poczuj ruch powietrza na swoim policzku. W pierwszych kilku minutach po zatrzymaniu krążenia dziecko może nabierać kilka wolnych, nieregularnych oddechów (gaspings). Patrz, słuchaj i staraj się wyczuć oddech nie dłużej niż 10 sekund, zanim podejmiesz decyzję. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości, czy dziecko oddycha prawidłowo, postępuj tak, jakby oddech był nieprawidłowy.

5A. Jeśli dziecko oddycha prawidłowo:

- ułóż dziecko w pozycji bezpiecznej;
- wyślij kogoś lub sam udaj się po pomoc – zadzwoń pod lokalny numer ratunkowy aby wezwać karetkę;
- sprawdzaj, czy oddech nadal występuje.

5B. Jeśli dziecko nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo:

- delikatnie usuń widoczne ciała obce mogące powodować niedrożność dróg oddechowych;
- wykonaj 5 pierwszych oddechów ratowniczych;
- podczas wykonywania oddechów ratowniczych zwróć uwagę na pojawienie się kaszlu lub odruchów z tylnej ściany gardła w odpowiedzi na twoje działania;

obecność lub brak tego typu reakcji stanowi część oceny obecności oznak krążenia,

Oddechy ratownicze u dziecka powyżej 1 roku powinny być wykonane w następujący sposób: zapewnić odgniecie głowy i uniesienie żuchwy, kciukiem i palcem wskazującym ręki leżącej na czole zaciśnij miękkie części nosa, rozchyl nieco usta dziecka, ale utrzymuj uniesienie bródki, nabierz powietrza, obejmij szczelnie swoimi ustami usta dziecka i upewnij się, że nie ma przecieku powietrza, wykonaj powolny wydech do ust poszkodowanego trwający ok. 1–1,5 sekundy, obserwując równocześnie unoszenie się klatki piersiowej, utrzymując odgięcie głowy i uniesienie żuchwy odsuń swoje usta od ust poszkodowanego i obserwuj, czy podczas wydechu opada klatka piersiowa, - ponownie nabierz powietrza i powtórz opisaną sekwencję 5 razy; oceń jakość oddechu obserwując klatkę piersiową dziecka: powinna się unosić i opadać jak przy normalnym oddechu.

Oddechy ratownicze dla niemowląt powinny być wykonane w następujący sposób: umieść głowę w pozycji neutralnej i unieś bródkę, nabierz powietrza, obejmij szczelnie swoimi ustami usta i nos dziecka i upewnij się, że nie ma przecieku powietrza. Jeśli u starszego niemowlęcia nie można objąć ust i nosa, ratownik może próbować objąć swoimi ustami albo tylko usta, albo tylko nos niemowlęcia (jeśli tylko nos — należy zaciśnąć usta, aby powietrze nie wydostawało się na zewnątrz), powoli wdmuchuj powietrze do ust i nosa niemowlęcia przez 1–1,5 sekundy, w ilości wystarczającej do widocznego uniesienia się klatki piersiowej, utrzymując odgięcie głowy i uniesienie żuchwy odsuń swoje usta od ust poszkodowanego i obserwuj, czy podczas wydechu opada klatka piersiowa, - ponownie nabierz powietrza i powtórz opisaną sekwencję 5 razy. Jeśli wykonanie skutecznego oddechu natrafia na trudność, drogi oddechowe mogą być niedrożne. Wtedy:

- otwórz usta dziecka i usuń z nich wszelkie widoczne przeszkody; nigdy nie staraj się usunąć ciała obcego na ślepo,
- upewnij się, że głowa jest prawidłowo odgięta, bródka uniesiona, ale także, że szyja nie jest nadmiernie wygięta,
- jeśli odgięcie głowy i uniesienie brody nie powoduje udrożnienia dróg oddechowych, spróbuj metody wysunięcia żuchwy,
- podejmij do 5 prób w celu uzyskania efektywnych oddechów, jeśli nadal jest to nieskuteczne, rozpocznij uciskanie klatki piersiowej.

6. Jeśli nie stwierdza się oznak zachowanego krążenia, (tętno poniżej 60 uderzeń / min) rozpocząć zewnętrzny masaż serca.

U wszystkich dzieci uciskaj dolną połowę mostka. Należy uciskać mostek na szerokość jednego palca powyżej wyrostka mieczykowatego. Uciśnięcia powinny być wystarczające, aby obniżyć mostek o około jedną trzecią głębokości klatki piersiowej. Nie należy się obawiać, że uciska się za mocno: „Uciskaj szybko i mocno”. Należy całkowicie zwolnić ucisk i powtarzać tę czynność z częstością 100 do 120/min.

Po 15 uciśnięciach należy odchylić głowę, unieś bródkę i wykonać dwa efektywne oddechy. Uciskanie klatki piersiowej i oddechy ratownicze powinno się kontynuować w stosunku 15 : 2. Jeśli ratownik jest sam, może użyć stosunku

30 : 2, zwłaszcza jeśli ma trudność w zmienianiu pozycji pomiędzy uciskaniem a wentylacją. Najkorzystniejsza metoda uciskania klatki piersiowej różni się nieznacznie u dzieci i u niemowląt. U niemowląt klatkę piersiową uciskamy opuszkami dwóch palców a u dzieci powyżej 1 roku życia nadgarstkami jednej ręki w dolnej połowie mostka. Konieczne jest uniesienie palców aby upewnić się, że nie uciska się żeber. W przypadku większych dzieci lub drobno zbudowanych ratowników łatwiej będzie to osiągnąć przy użyciu dwóch rąk ze splecionymi palcami.

7. Nie przerywaj resuscytacji do czasu:

- powrotu oznak życia u dziecka (zacznie się budzić, poruszać, otworzy oczy oraz zacznie prawidłowo oddychać lub będzie miało dobrze wyczuwalne tętno z częstością powyżej 60 uderzeń/minutę);
- przybycia wykwalifikowanej pomocy, która przejmie działania ratownicze;
- wyczerpania własnych sił.

Pozycja bezpieczna

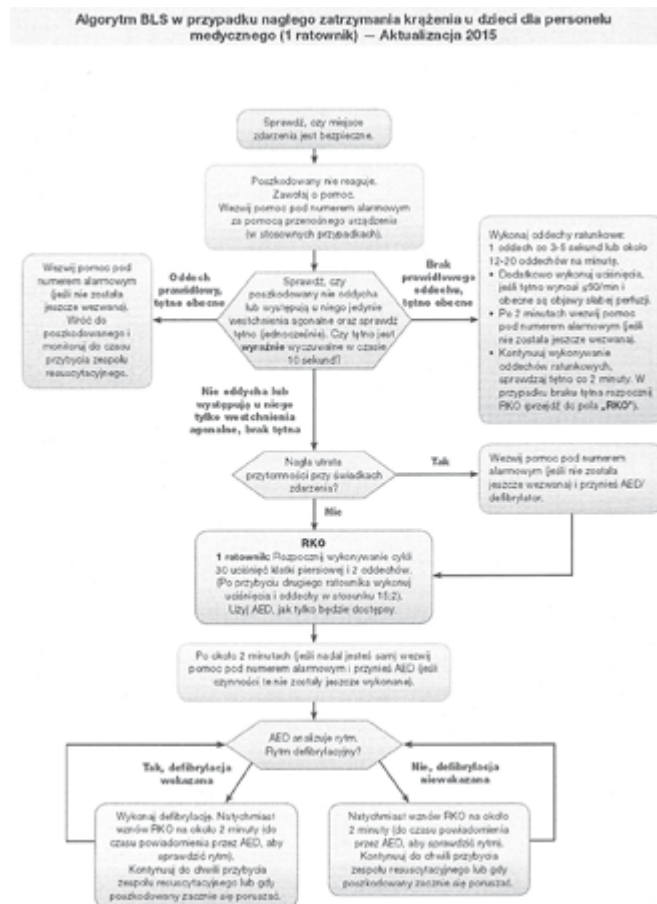
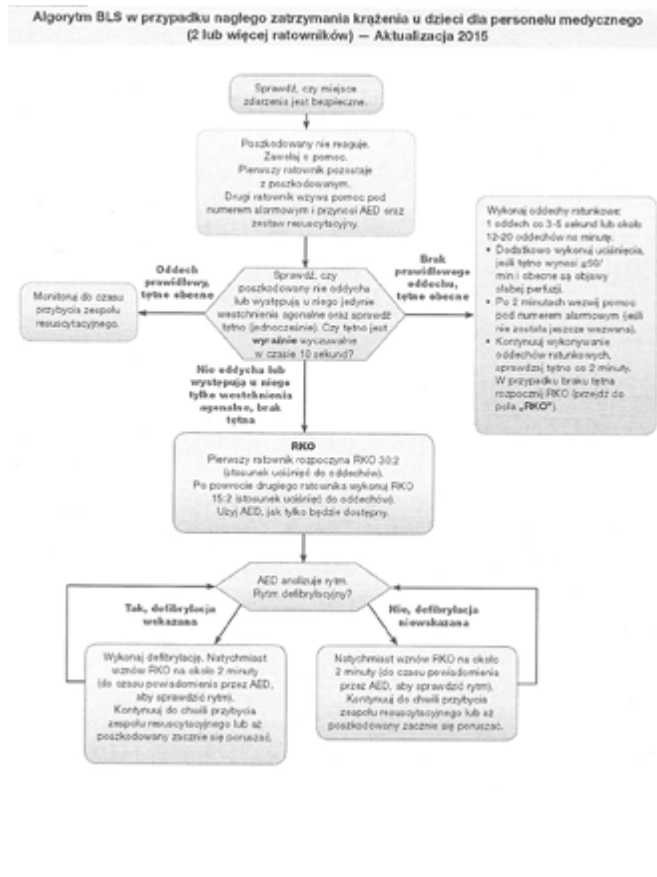
Nieprzytomne dziecko z drożnymi drogami oddechowymi i spontanicznym, prawidłowym oddechem powinno być ułożone na boku w pozycji bezpiecznej. Istnieje kilka wariantów tej pozycji; celem wszystkich jest zapobiegnięcie niedrożności dróg oddechowych oraz zmniejszenie prawdopodobieństwa przedostania się płynów, takich jak ślina, wydzieliny lub wymiociny, do górnych dróg oddechowych. Istotne jest postępowanie według poniższych reguł:

- Jeśli jest to możliwe, połóż dziecko w pozycji najbardziej zbliżonej do bocznej, z otwartymi ustami umożliwiającymi wydostanie się płynnej treści.
- Pozycja powinna być stabilna. Niemowlęta mogą potrzebować podparcia za pomocą małej poduszki lub zrolowanego koca położonego za plecami dziecka celem utrzymania go w takiej pozycji, aby zapobiec obróceniu się dziecka na plecy lub na brzuch.
- Unikaj wywierania ucisku na klatkę piersiową, bo może to utrudnić oddychanie.
- Obrócenie dziecka na bok z jednej strony na drugą powinno być możliwie łatwe i bezpieczne. Należy uwzględnić prawdopodobne uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym, utrzymując stabilizację ręczną.
- W regularnych odstępach czasu (tzn. co 30 min) zmieniaj strony, na których pacjent jest ułożony, aby zapobiec przewlekłemu uciskowi na wystające punkty ciała.

Pozycja bezpieczna stosowana u dorosłych jest również odpowiednia dla dzieci.

W nowych wytycznych z 2015r. algorytmy RKO u dzieci wykonywanej przez jednego i kilku ratowników dla personelu medycznego zostały rozdzielone w celu lepszego przedstawienia początkowych etapów resuscytacji w dobie powszechnego użycia telefonów komórkowych z trybem głośnomówiącym. Urządzenia te mogą umożliwić ratownikowi działającemu w pojedynkę wezwanie zespołu ratownictwa medycznego podczas rozpoczęcia RKO, a także kontynuowanie rozmowy z dyspozytorem w trakcie jej wykonywania. W algorytmach tych nadal kładzie się nacisk na RKO wysokiej jakości, jak

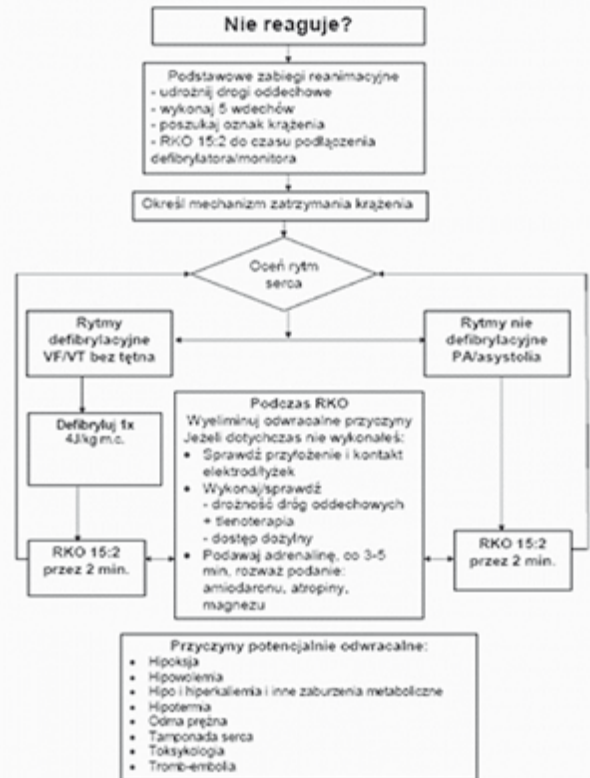
również – w przypadku nagłej utraty przytomności w obecności świadków – na szybkie przyniesienie AED ze względu na prawdopodobną etiologię sercową takiego zdarzenia.



Zabiegi resuscytacyjne z grupy ALS charakteryzują się specyficzną dla dzieci sekwencją czynności:

- Podjąć podstawowe zabiegi resuscytacyjne,
- Zapewnić dostęp donaczyniowy lub doszpikowy na kości piszczelowej,
- Rozpocząć wentylację tlenem (FiO_2 1,0)
- Diagnostować zatrzymanie krążenia,
- Rozpocząć farmakoterapię i elektroterapię.

Dzieci



Ryc. 3. Algorytm zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci ALS

Zabiegi resuscytacyjne u dzieci

Podsumowanie kluczowych zmian w Wytycznych resuscytacji 2015 ERC.

Nowe tematy w Wytycznych resuscytacji 2015 ERC opierają się na rekomendacji CoSTR oraz efektach pracy grupy autorów wytycznych w zakresie zabiegów resuscytacyjnych u dzieci (Pediatric Life Support - PLS).

Należą do nich:

W zakresie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych

- Czas wykonywania wdechu powinien trwać około 1 s, podobnie jak u dorosłych.
- W przypadku prowadzenia uciśnięć klatki piersiowej, powinno się uciskać dolną część mostka na głębokość przynajmniej jednej trzeciej wymiaru przednio-tylnego

klatki piersiowej, lub na głębokość 4 cm u niemowląt i około 5 cm u dzieci.

W postępowaniu z ciężko chorym dzieckiem

- Jeśli nie ma objawów wstrząsu septycznego, gorączkujące dzieci powinny otrzymywać płyny z zachowaniem ostrożności, a po zastosowanej płynoterapii należy przeprowadzić ponowną ocenę. W niektórych postaciach wstrząsu septycznego restrykcyjna terapia izotonicznymi krystaloidami może przynieść większe korzyści, niż liberalna podaż płynów.
- Dla kardiowersji w napadowym częstoskurczu nadkomorowym (SVT) wstępna wartość energii została ustalona na 1 J/kg.

W zatrzymaniu krążenia

- Lidokaina może być stosowana jako alternatywa dla amiodaronu w leczeniu opornego na defibrylację VF/pVT.

W opiece poresuscytacyjnej

- Zapobieganie gorączce u dzieci z przywróconym spontanicznym krążeniem (ROSC) po pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia.

- Kontrola temperatury docelowej (TTM) - u dzieci po ROSC powinna być ukierunkowana na utrzymanie normotermii lub łagodnej hipotermii.
- Nie istnieje pojedynczy czynnik prognostyczny, pozwalający określić kiedy zakończyć resuscytację.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Dyjeńska J.: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa u dziecka: instrukcja/
www.poradnikzdrowie.pl/

Rybakowski M.: Różnice w resuscytacji dorosłego i dziecka
www.fundacijaprometeusz.pl

Gajdosz R.: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Specyfika resuscytacji
u dzieci. Medycyna ratunkowa i katastrof
pod redakcją Andrzeja Zawadzkiego. PZWL 2011.

Biarent D. I wsp.: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne
u dzieci . www.prc.krakow.pl

Koen Monsieurs, Jerry Nolan, Janusz Andres, Paweł Krawczyk, Edyta Drab,
Marta Dembkowska: Podsumowanie kluczowych zmian w Wytycznych resuscytacji 2015 ERC. Kraków 15 października 2015
www.prc.krakow.pl

HIGHLIGHTS Aktualizacja Wytycznych AHA w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i doraźnego postępowania w zaburzeniach krążenia z 2015 roku. Podstawowe czynności resuscytacyjne u dzieci i jakość RKO.

JAKOŚĆ OPIEKI MEDYCZNEJ

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE JAKO ELEMENT OCENY JAKOŚCI OPIEKI MEDYCZNEJ W PROGRAMIE AKREDYTACJI SZPITALI

Szacuje się, że w krajach Unii Europejskiej nawet w 10% hospitalizacji może dochodzić do błędów medycznych. W środkach masowego przekazu często pojawiają się informacje o nieszczęśliwych zdarzeniach dotyczących pacjentów, za które winą obarcza się pracowników ochrony zdrowia, a ponadto oskarża się środowisko medyczne o ukrywanie takich zdarzeń.

W przeprowadzonym w 2006 roku w krajach Unii Europejskiej sondażu organizacji Eurobarometr 78% Europejczyków uważało, że błędy medyczne stanowią w ich własnym kraju poważny problem (97% Włochów i 91% Polaków, połowa Duńczyków i Finów), a większość respondentów czytała bądź słyszała o przypadkach niepożądanego przebiegu leczenia. W sondażu przeprowadzonym w 2010 roku blisko połowa respondentów obawiała się zdarzeń niepożądanych (ZN) związanych z opieką zdrowotną. Ponad 70% ankietowanych osób wskazało telewizję jako główne źródło informacji na temat ZN w opiece zdrowotnej, a jedynie 9% – oficjalne statystyki szpitalne.

Polacy za „bardzo prawdopodobne” uznali niewłaściwe rozpoznanie (81% respondentów), zakażenia (76%), błędy podczas operacji (74%) i błędy związane z farmakoterapią (69%). Aż 75% Polaków odpowiedziało twierdząc na pytanie, czy osobiście lub w rodzinie mieli jakieś niekorzystne doświadczenie związane z leczeniem. Oczywiście wyniki takich ankiet nie są miarą rzeczywistej częstości zdarzeń niepożądanych, Rejestrowanie ZN i wyciąganie konstruktywnych wniosków z ich analizy jest jednym

z elementów oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali. Przedstawienie konkretnych danych liczbowych i posługiwanie się wskaźnikami ilościowymi nadaje akredytacji znacznie większe znaczenie niż tylko gromadzenie opinii lub deklaracji opartych na samoocenie. Nawet stosunkowo proste, systematyczne przedstawianie faktów (np. w odsetkach) lepiej oddaje rzeczywisty stan rzeczy oraz pozwala na miarodajną ocenę rozwoju sytuacji w danej instytucji ochrony zdrowia. Umożliwia także porównania różnych instytucji oraz porównania z ogólnie uznawanymi standardami.

Zdarzenie niepożądane

IOM: niepożądany i niezamierzony, chociaż nie zawsze nieoczekiwany rezultat postępowania medycznego.

JCAHO, CMJ: szkoda powstała w trakcie/w efekcie leczenia, niezwiązana z naturalnym przebiegiem choroby i stanem zdrowia pacjenta. Także ryzyko wystąpienia szkody.

Błąd medyczny

Rekomendacja Rady Europy Rec(2006)7: niezamierzone i/lub nieoczekiwane zdarzenie, które mogło doprowadzić lub

doprowadziło do szkody u pacjenta korzystającego z usług w ochronie zdrowia.

IOM: zdarzenie niepożądane, któremu przy obecnym stanie wiedzy medycznej można było zapobiec.

Błąd niedoszły (nieomal błąd)

Sytuacja, która przez przypadek lub dzięki podjętemu na czas działaniu zakończyła się pomyślnie (czyli nie wystąpiła szkoda u pacjenta).

Zdarzenie ostrzegawcze (strażnicze)

Nieoczekiwane zdarzenie – zgon, poważna szkoda fizyczna lub psychiczna – lub ryzyko ich wystąpienia. Określenie „ostrzegawcze” implikuje konieczność podjęcia natychmiastowej analizy i działań naprawczych. Zdarzenie ostrzegawcze i błąd medyczny nie są synonimami – nie wszystkie zdarzenia ostrzegawcze są rezultatem błędu i nie wszystkie błędy skutkują zdarzeniem ostrzegawczym.

Problem ZN został uznany za istotny czynnik niepowodzeń w opiece zdrowotnej i wzrostu kosztów, co znalazło wyraz w rezolucji WHO w 2002 roku (WHA 55.18/2002). Państwa członkowskie zostały zobowiązane do uznania problemu za istotny dla polityki zdrowotnej i do podjęcia odpowiednich działań zapobiegawczych. WHO zainicjowała powstanie programu „Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów” (World Alliance for Patient Safety).

W Deklaracji Luksemburskiej (05.04.2005) Komisja Europejska po raz pierwszy wskazała praktyczne działania w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i podkreśla konieczność ich wdrożenia w codziennej praktyce oraz skuteczniejszego postępowania w następstwie błędów.

Oświadczenie Warszawskie „Bezpieczeństwo pacjenta jako wyzwanie europejskie” (15.04.2005) wskazuje na konieczność rozwinięcia odpowiednich programów na szczeblu międzynarodowym i krajowym.

Zalecenie Rady Europy (2006)⁷ wskazuje na konieczność poprawy bezpieczeństwa pacjentów i zapobiegania ZN. Dokument ten zawiera elementy dotyczące zarówno polityki zdrowotnej, jak i praktyki medycznej.

W Polsce funkcjonuje Ustawa o Akredytacji w ochronie zdrowia z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641).

Standard akredytacyjny PJ 5

Bezpieczeństwo Pacjenta

PJ 5.1 W szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych.

PJ 5.2 W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów.

PJ 5.3 W szpitalu wykorzystuje się wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych.

Według tego programu organizacja, która poddaje się ocenie akredytacyjnej, powinna wprowadzić system pozwalający na regularną ocenę bezpieczeństwa pacjenta i wyciąganie wniosków z prowadzonej oceny. Służy temu identyfikowanie, gromadzenie i analizowanie danych na temat ZN związanych z opieką nad pacjentem. ZN wymagające monitorowania i analizy to m.in.: ciało obce pozostawione w polu operacyjnym, niewłaściwy pacjent/miejsce/strona

operowana/niewłaściwa procedura operacyjna, odczynnikowe zakażenie łóżyska naczyniowego, uszkodzenia ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego, sepsa po zabiegu operacyjnym, zatorowość płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym, samobójstwo w szpitalu, niewłaściwe podanie leku (nie te: lek, dawka, pacjent, czas podania lub droga podania), upadki w szpitalu, nieterminowe dostarczenie opieki, reoperacje, nieplanowane, powtórne hospitalizacje, samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala.

Istotna jest systematyczna analiza danych, pochodzących nie tylko z raportowania ZN, lecz także innych źródeł, takich jak: zgłoszenia pacjentów, skargi i wnioski, roszczenia, szpitalne/ oddziałowe analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją. Ważne jest wykorzystywanie wniosków i ukierunkowanie na możliwość uczenia się na podstawie ewentualnych błędów. Głównym celem systemu zgłaszania ZN jest poprawa bezpieczeństwa pacjenta. Systemy takie, to tzw. Reporting and Learning Systems (RLS), czyli systemy raportowania i uczenia się. Zgłaszanie danych o ZN ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli zdarzenia te stanowią przedmiot analizy, a personel medyczny, uczestniczący w zdarzeniu, uzyskuje informację zwrotną. System gromadzenia danych nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących w zdarzeniu. System raportowania powinien być dobrowolny i poufny, może być systemem niezależnym lub zintegrowanym z systemem rejestracji skarg i wniosków czy roszczeń pacjentów. Źródłem dodatkowych informacji o zdarzeniach mogą być wyniki badań anatomopatologicznych czy analiza doświadczeń pacjentów, których zdarzenie bezpośrednio dotyczy. Każda organizacja opieki zdrowotnej powinna opracować jak najbardziej skuteczny, lokalny system zbierania informacji na temat ZN.

Szpital określa wagę i istotność dla poszczególnych rodzajów ZN. Ustala, jakiego typu zdarzenia wymagają bardziej szczegółowej analizy, czyli tzw. analizy źródłowej (*root cause analysis* – RCA). Analiza źródłowa polega na ustaleniu okoliczności i przyczyn, które doprowadziły do zdarzenia. Odpowiada na pytania „jak” i „dlaczego”. W skład analizy RCA wchodzi: gromadzenie danych i informacji o zdarzeniu, mapowanie danych i informacji, identyfikacja problemów, analizowanie problemów, ustalenie przyczyn źródłowych zdarzenia, zalecenia i raport.

Wnioski z przeprowadzonych analiz powinny być wykorzystywane dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów w szpitalu. Mogą stanowić podstawę do wypracowania rekomendacji i zaleceń dla poprawy bezpieczeństwa pacjenta (standard akredytacyjny PJ 5.3).

Oceny spełnienia tych standardów akredytacyjnych dokonuje się w trakcie wizyt akredytacyjnych w szpitalach w formie przeglądu dokumentacji, wywiadów z personelem, kierownictwem i zespołami powołanymi w szpitalu w celu poprawy jakości opieki.

Piśmiennictwo:

Gajewski P., Bała M.: Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali. Mp.pl

BÓL U OSÓB STARSZYCH

U osób powyżej 65 roku życia dochodzi do zmniejszenia gęstości włókien nerwowych, zwyrodnienia, demielinizacji, zmienia się odległość pomiędzy przewężeniami Ranviera, a wzdłuż przebiegu włókien osiowych występują ogniska kolagenu. Badania elektrofizjologiczne dowodzą znacznego zmniejszenia amplitudy potencjału czynnościowego i zwolnienia przewodnictwa nerwowego. W badaniach neurochemicznych stwierdza się zmniejszoną immunoreaktywność substancji P i CGRP co informuje o zmniejszonej gęstości włókien nocyceptywnych. W większości neuronów OUN obserwuje się zależne od wieku zmiany zwyrodnieniowe: obecność ziarnistości lipidowych, zmniejszenie ilości mieliny inwolucja neuronów w RT i dr. rdzeniowo-wzgórzowych, zmniejszenie liczby neuronów w obrębie kory mózgowej. Badania elektrofizjologiczne wykazują zwolnienie ośrodkowej odpowiedzi na impuls bólowy i zmniejszone pobudzenie kory mózgowej.

Jednak u osób w wieku podeszłym zmianom morfologicznym elektrofizjologicznym i neurochemicznym prowadzącym do upośledzenia przewodnictwa sygnału bólowego nie towarzyszą wyraźne zmiany wrażliwości na bodźce bólowe.

Ból może usprawiedliwiać (wobec siebie i innych osób) często znaczne upośledzenie fizyczne, zmuszające do szukania pomocy.

Zachowania bólowe mogą sprzyjać poszukiwaniu odruchów miłości i zainteresowania ludzi z najbliższego otoczenia. Objawy depresji występują częściej tej populacji a wzajemna zależność zespołów depresyjnych i bólu przewlekłego, działa na zasadzie błędnego koła. Depresję pogłębiają czynniki takie jak: bezsenność, utrata apetytu, obniżenie sprawności fizycznej i samowystarczalności. Cierpienie jest bardziej dotkliwe, jeżeli rodzina, służba zdrowia i przedstawiciele opieki społecznej przestają interesować się ich losem.

Sytuacje powodujące stres: zakończenie aktywności zawodowej, zubożenie finansowe, śmierć partnera, życiowego niekiedy odejście dzieci, gwałtownie zmniejszająca się liczba przyjaciół, samotność i skłonności do retrospekcji może być powodem samobójczych.

Badania epidemiologiczne są potwierdzeniem klinicznych obserwacji wskazujących na zwiększoną częstotliwość występowania bólu u osób starszych. Dotyczy to bólu przewlekłego, ponieważ ból ostry, związany z uszkodzeniem tkanek nie jest zależny od wieku i jego częstość występowania wynosi ok. 5 %

Ból przewlekły: chorobowość: 25 – 76% , w domach opieki długoterminowej do 83 – 93% , częściej u kobiet. Umiejscowienie bólu: dolegliwości dotyczą częściej: okolicy stawów - 50% dolnego odc. kręgosłupa (48%) i kończyn dolnych (42%). Natomiast bóle głowy, jamy brzusznej, kł. piersiowej i twarzy występują najczęściej w grupie wiekowej 45-55 lat, a częstość ich występowania zmniejsza się wraz z wiekiem.

Ból jest niedostatecznie rozpoznawany i leczony !

W strategii leczenia bólu u osób w wieku podeszłym wskazane jest postępowanie wielokierunkowe, z uwzględnieniem nie tylko leczenia farmakologicznego, lecz także programów

rehabilitacyjnych, terapii poznawczej, behawioralnej czy technik wspomagających, w celu prawy jakości życia

Wielokierunkowe metody leczenia bólu u ludzi starszych: farmakoterapia, fizykoterapia, techniki uzupełniające i alternatywne, techniki interwencyjne, terapia poznawczo behawioralna, polipragmazja, zmiany inwolucyjne, leczenie schorzeń współistniejących, obniżona aktywność fizyczna, zmieniona farmakokinetyka i farmakodynamika, objętość dystrybucji leków, konieczność zmniejszania dawek podtrzymujących, zmniejszenie objętości krwi i przepływu nerkowego - klirens

Przed terapią należy ocenić funkcję nerek i wątroby, sprawność fizyczną, umysłową i sytuację socjalną pacjenta, stosować tylko niezbędne leki o udowodnionej skuteczności, wybierać leki o przedłużonym działaniu, najlepiej o korzystnym wpływie na przebieg kilku schorzeń, zaczynać od małych dawek, a w razie konieczności zwiększać je stopniowo, monitorować terapię, zadbać o edukację pacjenta i/lub jego rodziny co do stosowanego leczenia.

Niewłaściwe leczenie może doprowadzić do upośledzenia stabilności postawy, co prowadzi do upadków, urazów i złamań, a w następstwie do stanów lękowych przed następnym upadkiem (zespół stresu pourazowego) i zaniechania chodzenia, nieprawidłowej reakcji na pionizację (zaburzenia ortostatyczne), zaburzenia termoregulacji (nieprawidłowa odpowiedź na przegrzanie, infekcję), zaburzenia funkcji poznawczych (zaburzenia pamięci, myślenia, kojarzenia itp.), czynności jelit i pęcherza moczowego (zaburzenia defekacji, nietrzymanie moczu, nocturia), stanu odżywienia (zaburzenia łaknienia, nudności, niedożywienie).

Czynniki wpływające na farmakoterapię bólu:

- Zmiany fizjologiczne u osób starszych wpływające na działanie leków

- Absorpcja i funkcja przewodu pokarmowego: opóźnione opróżnianie, spowolnienie perystaltyki, zmniejszenie przepływu krwi w jelitach

- Dystrybucja: spadek wody w organizmie, wzrost zawartości tłuszczu - akumulacja leków rozpuszczalnych w tłuszczach,

zmniejszenie stężenia białek osocza i wzrost wolnej frakcji leków wiążących się z białkami

- Metabolizm wątrobowy: zmniejszenie przepływu krwi, zmniejszenie masy wątroby i aktywnych hepatocytów, zmniejszony metabolizm

- Wydalanie przez nerki: zmniejszenie przepływu krwi i filtracji kłębuszkowej, zmniejszone wydzielanie kanalikowe, zmniejszenie wydalania leków i metabolitów – akumulacja, zwiększona wrażliwość na dawki terapeutyczne, objawy niepożądane

- Farmakodynamiczne zmiany: zmniejszenie gęstości receptorów i wzrost powinowactwa do receptorów, zmniejszona dystrybucja leków rozpuszczalnych w wodzie, leki rozpuszczalne w tłuszczach – dłuższy okres $\frac{1}{2}t$, zwiększone ryzyko interakcji lekowych

Paracetamol – polecany jako lek z pierwszej linii w leczeniu bólu ostrego i przewlekłego także mięśniowo-szkieletowego

NLPZ, inhibitory COX 2 –gdy inne metody leczenia bólu nieskuteczne. Stosować z IPP. Monitorować potencjalne objawy Niepożądane: GI, nerki, układ krążenia, interakcje

Jeżeli możliwe (w bólu zlokalizowanym) stosować NLPZ zewnętrznie

W bólu umiarkowanym i silnym, obniżającym funkcjonalność i jakość życia – opioidy: słabe i ewentualnie silne. Nie ma szczególnych preferencji. Antycypacja i zapobieganie objawom niepożądanym nudności, wymioty, zaparcia.

Katz J. i wsp.: Ból przewlekły u chorych w starszym wieku – jak postępować w świetle wytycznych American Geriatrics Society 2009? mp.pl

Laskowska-Szcześniak M.: Leczenie osób w starszym wieku. Medycyna i pasje

KONDOLENCJE

„Rozłłka jest naszym losem, Spotkanie
- naszą nadzieją”

Szczere wyrazy współczucia koleżance

Barbarze Mikołajczyk

z powodu śmierci Syna Dawida

składają Pielęgniarki i Położne WSZ w Kaliszu

Wyrazy współczucia Pielęgniarki

Ewie Ludwiczak

z powodu śmierci Mamy

składają pielęgniarki , pielęgniarze i położne

Szpitala Powiatowego w Jarocinie

„ Rozłłka jest naszym losem, Spotkanie
- naszą nadzieją”

Szczere wyrazy współczucia koleżance

Marii Stysiał

z powodu śmierci Syna Mariusza

składają Pielęgniarki i Położne WSZ w Kaliszu

„ Rozłłka jest naszym losem, Spotkanie
- naszą nadzieją”

Szczere wyrazy współczucia koleżance

Jolancie Kowalczyk

z powodu tragicznej śmierci Męża Jacka

składają Pielęgniarki i Położne WSZ w Kaliszu

Wyrazy żalu i szczerego współczucia
naszej Koleżance, pielęgniarce

Danucie Młynek

z powodu śmierci Męża

składają pielęgniarki ze Szpitala w Wolicy

Serdeczne wyrazy współczucia

Pani Bożenie Szczepaniak

z powodu śmierci Mamy

składają koleżanki i koledzy
ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
w Ostrowie Wielkopolskim

Serdeczne wyrazy współczucia
Koleżance

Małgorzacie Zacharczuk

z powodu śmierci Ojca

składają pielęgniarki i położne
Pleszewskiego Centrum Medycznego
w Pleszewie

Wyrazy głębokiego współczucia
Koleżance

Grażynie Maleszka

z powodu śmierci Ojca

składają Lekarze i Pielęgniarki
Oddziału Rehabilitacji Wojewódzkiego
Szpitala Zespołowego w Kaliszu

Wyrazy szczerego współczucia
dla koleżanki

Urszuli Gochno

z powodu śmierci Męża

składają Pielęgniarki i Położne
ze Szpitala Powiatowego w Jarocinie
oraz całego Rejonu 2

Wyrazy głębokiego współczucia
dla koleżanki

Romki Boruty

z powodu śmierci Ojca

składają pielęgniarki i położne
Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Kondolencje i wyrazy współczucia
koleżance

Urszuli Krysiak

z powodu śmierci Ojca

składa personel Oddziału Wewnętrznego
Szpitala w Jarocinie

Wyrazy głębokiego współczucia
dla koleżanki

Anny Walas

z powodu śmierci Taty

składają Pielęgniarki i Położne
Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia

ZJAZD

VII KRAJOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W dniach 18 – 20 stycznia 2016 r. odbył się w Warszawie VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu reprezentowali Delegaci wybrani na XXX Okręgowym Zjeździe. Podczas części oficjalnej podsumowano pracę Naczelnych organów w VI Kadencji. Pani Prezes Naczelnej Rady odznaczyła zasłużone pielęgniarki, pielęgniarzy i położne Odznaczeniem Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych. Z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu Odznaczenie otrzymał Pan Marek Przybył i Pani Małgorzata Kowańska.

Po przekazaniu sprawozdań z pracy wszystkich naczelnych organów, wybrano: Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VII kadencji została – Pani Zofia Małas ze Świętokrzyskiej OIPIP

Przewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej wybrana została - Pani Kamilla Gólc z OIPIP w Bydgoszczy

Przewodniczącą Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych została – Pani Beata Rozner z OIPIP w Lublinie

Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych została – Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk z OIPIP w Lublinie.

Strona NIPiP - VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w obiektywie



XXXI OKRĘGOWY SPRAWOZDAWCZY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU

W dniu 18 marca 2016 r. w sali audiowizualnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu odbył się XXXI Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.



Część oficjalną Zjazdu rozpoczęto wprowadzeniem Pocztu Sztandarowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz odśpiewaniem hymnu Pielęgniarek i Położnych.



Zaproszonych gości: W-ce Prezes NRPiP Mariolę Łodzińską, Przewodniczącą ORPiP w Poznaniu Teresę Kruczkowską, Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu Wojciecha Grzelaka, Z-cę Kierownika Delegatury Kaliskiej WOW NFZ Helenę Małgorzatę Rokicką, Przedstawiciela W-ce Wojewody Wielkopolski Piotra Trybek, Przewodniczącą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Kaliszu Violetę Jachimowicz, Dyrektora biura Posła na Sejm Adama Szlápki Barbarę Oliwiecką, Pielęgniarską Kadrę Kierowniczą: Dorotę Orczyk, Danutę Brykowską, Urszulę Dytfeld, Gabrielę Nawrocką, Małgorzatę Zimną, Państwa Janinę i Tadeusza Strzelczyków oraz Delegatów na Zjazd przywitał Przewodniczący ORPiP w Kaliszu Marek Przybył.



W swoim wystąpieniu Przewodniczący ORPiP Marek Przybył zwrócił uwagę na założenia do projektu nowej ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej, na proponowany projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży. Przewodniczący mówił o projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielone przez ratownika medycznego oraz o braku zapewnionych środków finansowych na wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w praktykach lekarzy rodzinnych, pielęgniarek zatrudnionych w DPS oraz tzw. podwykonawców.



Zaproszeni goście z Samorządu Pielęgniarek i Położnych mówili o narastającym deficycie pielęgniarek w Polsce, marginalizowaniu roli pielęgniarki, brakach kadrowych i niskim wynagrodzeniu za pracę. Wspomniano o przygotowaniach do beatyfikacji pielęgniarki Hanny Chrzanowskiej.

Dyrektor WSzZ w Kaliszu Wojciech Grzelak powiedział, że Pielęgniarki i Położne to bardzo ważna grupa zawodowa w Szpitalu a Samorząd pomaga w rozwiązywaniu wielu problemów. Złożył gratulacje nowo wybranemu Przewodniczącemu ORPiP Markowi Przybyłowi oraz wręczył list gratulacyjny i nagrodę pieniężną pielęgniarce Joannie Strzelczyk finalistce II etapu XI Konkursu Pielęgniarka Roku 2015.



Przewodnicząca PTP Violetta Jachimowicz podziękowała pielęgniarkom za udział w Konkursie Pielęgniarka Roku 2015 i wręczyła listy gratulacyjne finalistką II etapu: Joannie Strzelczyk za zajęcie I miejsca i Beacie Chojeckiej za zajęcie II miejsca kierując słowa uznania i podziękowania za współpracę i zaangażowanie w PTP.

W imieniu Delegatów Przewodniczący ORPiP Marek Przybył podziękował finalistkom II etapu Konkursu Pielęgniarka Roku 2015 i wręczył List Gratulacyjny, kwiaty i nagrody książkowe: Pani Beacie Chojeckiej za zajęcie II miejsca i Pani Joannie Strzelczyk za zajęcie I miejsca w II etapie Konkursu Pielęgniarka Roku 2015.

Gratulacje zostały również przekazane Państwu Janinie i Tadeuszowi Strzelczyk za osiągnięcia i wyniki w pracy wnuczki Joanny.

Po części oficjalnej rozpoczęła się część merytoryczna Zjazdu. Delegaci ze swojego grona w głosowaniu jawnym wybrali **asesorów**

- Maciej Lekki
- Jolanta Jackowska
- Irena Jurga
- Wanda Konieczna

Komisję Mandatową w skład której weszli:

- Jolanta Bartmańska
- Elżbieta Janicka
- Bogumiła Doruch.



Zjazdowi przewodniczyła Małgorzata Kowańska. Delegaci ze swojego grona wybrali **Prezydium Zjazdu**, w skład którego weszły:

jako wiceprzewodniczące: Dorota Kubiak, Jolanta Nowak,
sekretarze: Gabriela Nowacka, Grażyna Obecna

Protokolantami Zjazdu zostały: Bożena Czekalska i Stefania Halamunda



Wybrano Komisje Zjazdowe:

Komisja Uchwał i Wniosków:

- Sławomir Zieliński
- Mieczysława Kwaśniewska
- Katarzyna Musiała

Komisja Skrutacyjna

- Lucyna Kasprzyk
- Rafał Wielebski
- Ewa Dzięba

W trakcie obrad podjęto uchwały w sprawie:

- Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
- Regulaminu wyborów do organów OIPiP

Podczas obrad zatwierdzono sprawozdania:

- Sprawozdanie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
- Sprawozdanie Okręgowego Sądu,
- Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Sprawozdanie z wykorzystania budżetu za 2015r.

Przeprowadzono dyskusję nad preliminarzem budżetowym na rok 2016 i podjęto uchwałę w sprawie budżetu ORPiP na 2016r.

Po przedstawieniu przez Komisję Uchwał i Wniosków złożonych przez Delegatów wniosków podjęto stosowne uchwały.

Za udział w obradach podziękowała Przewodnicząca Zjazdu i Przewodniczący ORPiP .





NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 16 marca 2016 r.

Pan
Marek Przybył
Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Kaliszu

Szanowny Panie Przewodniczący

Bardzo dziękuję za zaproszenie na jedno z najistotniejszych wydarzeń w funkcjonowaniu naszej zawodowej samorządności, jakim jest XXXI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu. Proszę o wybaczenie, że z powodu innych zobowiązań służbowych nie mogę w nim uczestniczyć. Reprezentować mnie będzie Pani Mariola Łodzińska – wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych potwierdził, że nasza ponad trzystutysięczna grupa zawodowa ma niekwestionowany udział w realizacji zadań ochrony zdrowia. Zjazd podsumował czteroletni okres działalności samorządu oraz wyznaczył priorytety działań na przyszłość. Na początku siódmej kadencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych pragnę podzielić się z Państwem przemyśleniami na temat kierunków działań naszej organizacji.

Jako prezes Naczelnej Rady pielęgniarek i Położnych mam przekonanie, że samorząd stanowi ważną płaszczyznę do realizacji zawodowego i osobistego rozwoju. Przede wszystkim jednak musimy zrozumieć, że każde osiągnięcie jest miarą naszego zaangażowania i zespołowej solidarnej pracy. To okręgowe izby stanowią istotę samorządu i od tego, jaka będzie kondycja poszczególnych izb, a przez to każdej pielęgniarki, pielęgniarskiej, położnej, położnego – taka będzie kondycja samorządu. „Wszyscy musimy grać do jednej bramki” - to nie tylko slogan. Szczerze w to wierzę, że moja siła i siła samorządu jest w Was – w Waszej Okręgowej Izbie.

Jako samorząd zawodowy nadal będziemy dążyć do tego, aby wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej odbywało się w stabilnych warunkach pracy. Możliwe to będzie tylko w przypadku uregulowania obsad pielęgniarskich w szpitalach oraz wynagrodzeń pielęgniarek, w szczególności poprzez: opracowanie i wydanie opisów stanowisk pracy dla pielęgniarki i położnej; określenie i wprowadzenie w drogę legislacji poziomów wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych począwszy od płacy minimalnej do poziomów

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

zależnych od posiadanych kwalifikacji. Poza tym określenie, w aktach prawnych, liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych jako bezwzględne kryterium finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Szczególnej uwagi samorządu w tej kadencji wymagać będzie kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe pielęgniarek oraz położnych. Istotną kwestią jest przede wszystkim opracowanie i wdrożenie standardu ścieżki rozwoju zawodowego i określenie kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów kształcenia podyplomowego. Obecne zapisy w programach kursów nie przekładają się na uprawnienia w praktyce.

Kolejnym wyzwaniem, który wymaga pilnego rozwiązania ze strony naszego samorządu jest zmniejszająca się z roku na rok liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych oraz brak młodych absolwentek i absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych. Konieczne jest w związku z tym jak najszybsze podjęcie takich działań, które zachęciłyby młode osoby do wybierania tego zawodu i pozostawania w nim.

Na koniec dziękuję jeszcze raz, że powierzyliście mi Państwo misję kierowania Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Wierzę, że wspólnie podejmowane działania doprowadzą do tego, że nasze plany – indywidualne i zbiorowe – zostaną zrealizowane.

Delegatom XXXI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu życzę rzeczowych i sprawnie przebiegających obrad, które pozwolą przygotować założenia na najbliższą przyszłość.

Z wyrazami szacunku

Prezes

Z. Małas

Zofia Małas

UCHWAŁY

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22

VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

- 1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
- 2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;

- 3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród 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 w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);
- 2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.*
- 3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
- 4) przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
- 5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.
- 6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,
- 7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.
- 8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 4% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

*dotyczy osób niewykonyjących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, ze zm.) informują OIPIP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

WYKONYWANIE ZAWODU

PROBLEM WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO

„Pracuję po 12 godzin dziennie, nie mam nawet czasu na posiłek. Oddziałowa ciągle ma jakieś uwagi, no i ci wiecznie niezadowoleni pacjenci. Czuję się wypalona. Mam dość tej pracy. Chętnie zostawiłabym to wszystko...”.

To cytaty wypowiedzi pod którym podpisałaby się niejedna pielęgniarka. Problem wypalenia zawodowego należy znać, po to by móc się do niego przygotować, rozpoznać go a najlepiej próbować go unikać.

Jedną z bardziej obciążających relacji zawodowych jest relacja pomocy, w której jedną ze stron są pracownicy instytucji wspierających, drugą zaś osoby poszukujące pomocy.

Wypalenie zawodowe najczęściej opisuje się jako stan wyczerpania cielesnego, duchowego lub uczuciowego. Trudno jest określić dokładny początek tego procesu. Najczęściej sugeruje się, iż proces ten zaczyna się bardzo powoli i niezauważalnie, a ujawnia się nagle i z dużą siłą.

Najbardziej na wypalenie zawodowe narażeni będą lekarze, pielęgniarki, personel medyczny, psycholodzy. Będą to te grupy zawodowe, których praca polega na pomocy innym, ale po pewnym czasie nie przynosi zadowolenia i satysfakcji, pojawia się bezradność i niemożność pełnego zaangażowania się w wykonywaną pracę. Badania opisujące to zjawisko pokazują, że wynika to głównie z ograniczeń pomocy innym ludziom, ale także z nieumiejętnego radzenia sobie z obciążeniami, które wpisane są w pracę z pacjentami (np. stres).

Obniżone poczucie dokonań osobistych jest tendencją do widzenia swojej pracy w negatywnym świetle. Objawia się to niezadowoleniem z osiągnięć w pracy, przeświadczeniem o braku kompetencji, utratą wiary we własne możliwości, poczuciem niezrozumienia ze strony przełożonych, stopniową utratą zdolności do rozwiązywania pojawiających się problemów i niemożnością przystosowania się do trudnych warunków zawodowych. W relacji z ludźmi może ono przyjmować skrajne formy zachowań agresywnych (np. agresja werbalna), jak i ucieczkowych (absencja w pracy). Symptomy te tworzą samonapędzający się mechanizm. Pracownik, który czuje się zmęczony, mniej angażuje się w realizację zadań zawodowych, jego praca coraz częściej oceniana jest negatywnie, sam również nie jest zadowolony z jej efektów, poszukuje źródeł takiego stanu rzeczy i bardzo często uznaje, że brakuje mu kompetencji, wiedzy, umiejętności, aby radzić sobie z trudnymi sytuacjami w pracy, a nawet - by wykonywać swój zawód i z przerażeniem myśli o kolejnym dniu, w którym musi udać się do pracy.

Obecność trzech występujących w charakterystycznym układzie elementów składowych wypalenia, jest cechą odróżniającą syndrom wypalenia od innych następstw stresu zawodowego. Coraz częściej do wyjaśnienia fenomenu wypalenia używane jest pojęcie dopasowania zawodowego, które oznacza harmonijne współdziałanie jednostki i środowiska pracy w zakresie różnorodnych obszarów pracy zawodowej. Złe dopasowanie

powstaje zazwyczaj wtedy, gdy między pracownikiem i pracodawcą nie zostaną rozstrzygnięte istotne kwestie dotyczące funkcjonowania zawodowego, albo kiedy relacje w pracy zmieniają się na tyle, że pracownik lub organizacja uzna je za niekorzystne. Chodzi tu na przykład o sytuacje, w których pracownik czuje się przeciążony obowiązkami zawodowymi, nie ma wpływu na organizację swojej pracy, obarczony jest zbyt dużą odpowiedzialnością, czuje się niesprawiedliwie oceniany, otrzymuje wynagrodzenie niewspółmierne do wkładanego w pracę wysiłku, traci kontakt ze współpracownikami i nie otrzymuje od nich niezbędnego wsparcia. Wspomniane sytuacje określane są mianem „organizacyjnych poprzedników wypalenia”. Pojawienie się ich zakłóca relacje człowieka z jego pracą, przyczynia się do narastania stresu, osłabia możliwość skutecznej walki z nim, a w konsekwencji indukuje rozwój wypalenia zawodowego.

Podjęmując próbę rozpoznania objawów wypalenia zawodowego należy zwrócić uwagę na takie aspekty jak: niechęć towarzyszącą wychodzeniu do pracy, ciągłe skargi na odczuwany brak chęci do pracy, poczucie izolacji od świata, odbieranie życia jako ciężkiego, duża liczba negatywnych przeniesień w kontaktach z pacjentami, drażliwość, brak cierpliwości w relacjach z rodziną, częste choroby bez rozpoznawalnych przyczyn. Taka świadomość istnienia zjawiska, jakim jest wypalenie zawodowe, to pierwszy krok na drodze do zmiany.

Symptomy

Do celów diagnostycznych przydatny okazuje się klasyczny podział symptomów, który zwraca uwagę na konieczność wyodrębnienia zmian:

w sferze funkcjonowania fizycznego człowieka - bóle głowy, żołądka, bóle nerwcowe, zaburzenia snu, podwyższone ciśnienie, poczucie osłabienia, zmniejszenie się odporności organizmu itp.;

w sferze funkcjonowania emocjonalnego - zmienność nastrojów, ogólne przygnębienie, poczucie bezradności, obniżenie samooceny, brak wiary w możliwość zmiany trudnej sytuacji itp.; w sferze zachowań - absencja w pracy, częste konflikty, obojętność, zmniejszenie się wydajności pracy, złe zarządzanie czasem, wzrost liczby pomyłek itp. Skutki wypalenia

dotykają nie tylko osób, które temu wypaleniu uległy, ale również współpracowników, członków rodzin.

Proces wypalania się:

Miesiąc miodowy - okres zauroczenia pracą i pełnej satysfakcji z osiągnięć zawodowych; dominują w nim energia, optymizm i entuzjazm.

Przebudzenie - czas, w którym człowiek zauważa, że idealistyczna ocena pracy jest nierealistyczna, zaczyna pracować coraz więcej i desperacko stara się, by ten idealistyczny obraz nie uległ zburzeniu.

Szorstkość - realizacja zadań zawodowych wymaga w tym okresie coraz więcej wysiłku, pojawiają się kłopoty w kontaktach społecznych zarówno z kolegami w pracy, jak i z klientami. W wypaleniu pełnoobjawowym rozwija się pełne wyczerpanie fizyczne i psychiczne, pojawiają się stany depresyjne, poczucie pustki i samotności, chęć wyzwolenia się, ucieczki z pracy. Odradzanie się (phoenix phenomenon) - to okres leczenia „ran” powstałych w wyniku wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe opisywane jest jednak najczęściej jako trójetapowy proces, w którym na początku pojawiają się objawy wyczerpania emocjonalnego, następnie zachowania prowadzące do depersonalizacji klientów i w końcu poczucie braku dokonania osobistych w pracy.

Źródła wypalenia

czynniki indywidualne: niską samoocenę, niepewność, defensywność, zależność, bierność, poczucie kontroli zewnętrznej, nieracjonalne przekonania o roli zawodowej, niskie poczucie skuteczności zaradczej, specyficzny typ kontroli polegający na unikaniu sytuacji trudnych, wysoką reaktywność i silną motywację do pracy. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoby, które nie wierzą w swoje możliwości, unikają sytuacji trudnych, nie próbują stawić im czoła, są przekonane, że od nich samych niewiele zależy, reagują emocjonalnie na trudne sytuacje zawodowe, są perfekcjonistami, stawiają sobie bardzo wysokie wymagania i często karzą się za to, że nie byli w stanie ich spełnić lub traktują swój zawód jako misję wymagającą od nich szczególnego zaangażowania i specjalnych wyrzeczeń - doświadczają w swej karierze wypalenia zawodowego.

Czynniki interpersonalne: relacje, jakie zachodzą między pracownikiem a pacjentami.

Praca polega na: doradzaniu, motywowaniu, wspieraniu, podnoszeniu na duchu, leczeniu, pielęgowaniu, opiekowaniu się, prowadzeniu terapii ? jednym słowem - na dzieleniu się z klientem swoimi zasobami w celu poprawienia jego trudnej sytuacji. Skuteczna pomoc wymaga od wspierającego zarówno umiejętności społecznych, służących tworzeniu klimatu troski, szacunku i wzajemnego zaufania, jak też angażowania się w konkretne działania, które powinny doprowadzić do rozwiązania problemu osoby wspomaganą. Dodatkowym obciążeniem jest obowiązek ciągłego kontaktu z osobami w trudnej sytuacji życiowej, koncentracji na tragicznych przeżyciach innych ludzi, stykanie się z niezawinionym cierpieniem i przejawami okrucieństwa. Z biegiem czasu pro-

blemy klientów mogą być postrzegane jako realne zagrożenie dla własnego bezpieczeństwa. Jeśli osoby pomagające nie zachowają dystansu emocjonalnego, to problemy klientów, przeżywane jak własne, mogą zburzyć uporządkowany obraz świata i przyczynić się do zachwiania poczucia stabilności. Z relacji pomocy wyłania się zatem paradoks polegający na sprzeczności zadań, jakie stoją przed osobą udzielającą pomocy. Z jednej strony pełniona rola zawodowa wymaga od pielęgniarki zaangażowania emocjonalnego w sprawy innych ludzi, z drugiej zaś intensywne zaangażowanie prowadzi do stopniowej utraty energii, a w konsekwencji do wypalenia zawodowego. Pracownicy instytucji wspierających borykają się z ciągłym dylematem: czy zadbać o interesy klientów, poświęcając się w pełni swojej pracy, czy też chronić zasoby własnej energii, dystansując się wobec problemów, z którymi przychodzą klienci. Znalezienie złotego środka między skrajnymi postawami byłoby zapewne idealnym rozwiązaniem. Jest to jednak zadanie niezwykle trudne, wymagające przede wszystkim doświadczenia zawodowego, wewnętrznej dojrzałości, odpowiedzialności i samodyscypliny.

Do interpersonalnych źródeł wypalenia zaliczyć należy również stresujące sytuacje, które przynoszą kontakty z przełożonymi i współpracownikami. Są to między innymi: konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, agresja werbalna, mobbing, zamierzone lub niezamierzone przyczynianie się pracodawcy do obniżenia poczucia własnej wartości i samoskuteczności pracowników, np. kwestionowanie kompetencji czy blokowanie aktywności twórczej swych podwładnych.

Czynniki organizacyjne: osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie instytucji mają zazwyczaj sprecyzowaną koncepcję tego, co pracownik powinien robić w ramach przypisanych mu obowiązków i przekazują je w postaci nakazów i zakazów tworzących zbiór oczekiwań wobec pracownika. Bardzo często zakres tych oczekiwań i sposób ich komunikowania stają się źródłem doświadczanego stresu, zwłaszcza gdy pracownik przeciążony jest nadmierną ilością obowiązków, stawiane są mu wymagania, których nie jest w stanie zrealizować w przewidzianym czasie lub przy pomocy pozostawionych mu środków; wymagania stawiane pracownikowi są sprzeczne ? realizacja jednego z nich utrudnia wykonanie drugiego (np. dwaj zwierzchnicy mają odmiennie wyobrażenie o tym, czym powinien zajmować się pracownik); cele instytucji są sprzeczne z wartościami i normami uznawanymi przez pracownika; ilość informacji niezbędnych do prawidłowego wykonania obowiązków jest niewystarczająca lub są one niejasne, niedokładne, zniekształcone. Oprócz stresorów związanych z rolą zawodową wymienia się także:

- stresory związane ze środowiskiem fizycznym, np. hałas, zatłoczenie, źle dopasowane sprzęty biurowe lub ich brak itp.;
- stresory związane ze sposobem wykonywania pracy np. pośpiech, monotonia, nierytmiczność przebiegu pracy (np. częste spiętrzenia pracy), praca w godzinach wieczornych lub nocnych;

- stresory związane z funkcjonowaniem pracownika jako członka organizacji np. odpowiedzialność za rzeczy i ludzi, brak udziału w podejmowaniu decyzji, brak możliwości wypowiadania swojej opinii w sprawach istotnych dla organizacji; stresory związane z rozwojem zawodowym - niezadowolone z przebiegu kariery, brak możliwości dalszego rozwoju zawodowego, brak poczucia stałości pracy; stresory związane z jednoczesnym funkcjonowaniem w organizacji i poza nią np. niemożność pogodzenia obowiązków zawodowych z obowiązkami wobec rodziny, przyjaciół lub z rozwojem własnych pozazawodowych zainteresowań.

Koszty wypalenia

Prawie połowa osób pracujących zawodowo odczuwa dolegliwości będące konsekwencją wypalenia zawodowego.

1. Pierwszy stopień - tak zwane stadium ostrzegawcze, charakteryzuje się uczuciem przygnębienia, irytacji. Mogą pojawić się w nim ustępujące bóle głowy, przebiegienia, kłopoty z bezsennością. Powrót do prawidłowego, optymalnego funkcjonowania na tym etapie nie jest jeszcze trudny. Zazwyczaj wystarczające jest zmniejszenie obciążenia pracą, krótki wypoczynek, jakieś hobby.
2. Gdy syndrom trwa już dłuższy czas, jest bardziej stały, pojawia się drugi stopień, którego charakterystycznymi objawami są: gorsze wykonywanie zadań, częste wybuchy irytacji, brak szacunku i wręcz pogardliwa postawa wobec innych osób. Interwencja na tym etapie wymaga już większego wysiłku i bardziej zdecydowanych kroków. Może okazać się, że niezbędny będzie dłuższy urlop, regeneracja sił przez oddanie się czynnościom nie związanym z pracą a sprawiającym przyjemność (hobby). Istotny jest też udział innych osób, jeszcze nie pomoc profesjonalna, ale odpoczynek w gronie przyjaciół.

3. Chroniczność syndromu to trzeci etap. Następuje pełny rozwój objawów fizycznych, psychicznych i psychosomatycznych, zagrożone stają się nie tylko procesy poznawcze, emocjonalne, ale zachwianiu ulega również cała struktura osobowości. Objawy zespołu wypalenia zawodowego dotyczą zarówno somatyki jak fizycznego i społecznego funkcjonowania jednostki. Typowymi objawami dla tego stadium są uczucie osamotnienia i alienacji, kryzysy rodzinne, małżeńskie, przyjacielskie depresja, nadciśnienie, wrzody. Wypalenie zawodowe na tym etapie bardzo wyraźnie dotyka nie tylko osobę poszkodowaną, ale całe jej społeczne otoczenie; członków rodziny, przyjaciół, współpracowników. Najczęściej wymagana jest już profesjonalna pomoc (lekarz, terapeuta, psycholog). W skrajnych przypadkach pomoc taka okazuje się nieskuteczna, a jedynym rozwiązaniem wydaje się być zmiana pracy.

Wypalenie się lekarzy stanowi zagrożenie zarówno dla nich samych, jak i dla jakości świadczonych usług medycznych.

W jaki sposób wpływać na proces wypalenia zawodowego, uniknąć go - zachęcam do przeczytania artykułu w następnym numerze Biuletynu OIPiP.

opracowanie: mgr Danuta Wieczorek

BIBLIOGRAFIA

- Burish M. (2000). *W poszukiwaniu teorii - przemyslenia na temat natury i etiologii wypalenia* [w:] Sęk H. (red.) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fengler J. (2000). *Pomaganie męczy*. Gdańsk, GWP.
- Golińska L., Świętochowski W. (1998). *Temperamentalne i osobowościowe uwarunkowania wypalenia zawodowego u nauczycieli*. Psychologia Wychowawcza, 5, t. XLI (LV).
- Sęk H. (2000). *Wypalenie zawodowe Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Terelak J. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz, Oficyna Wydawnicza Branta.
- Starostka E.: *Wypalenie zawodowe - przyczyny, objawy i konsekwencje dla funkcjonowania społecznego jednostki*. psychologia.net.pl
- Bilska E.: *Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego*. Niebieska Linia 2004/4

OGŁOSZENIE

Komitet Organizacyjny Jubileuszu 50-lecia Szkoły Medycznej w Ostrowie Wielkopolskim, ul. Limanowskiego 17 **zaprasza absolwentów: Liceum Medycznego, Medycznego Studium Zawodowego im. Hanny Chrzanowskiej, Policealnej Szkoły Służb Społecznych i Medycznych dla Dorosłych** na uroczystość, która odbędzie się w piątek 21 października 2016 r.

Część oficjalna – Ostrowskie Centrum Kultury ul. Wolności 2 – koszt 70 zł.

Bankiet Jubileuszowy – Restauracja Folwark Polski ul. Wiejska 98, Radłów – koszt 100 zł.

Całkowity koszt – 170 zł.

Chętne osoby proszone są o wpłatę na konto:

Bank Zachodni WBK 33 1090 1160 0000 0001 3203 0761

Szczegółowe informacje w sekretariacie szkoły, na stronie internetowej oraz na facebook'u.

KOMISJE I ZESPOŁY DZIAŁAJĄCE PRZY OKRĘGOWEJ RADZIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU W VII KADENCJI SAMORZĄDU

Komisja ds. pielęgniarek i położnych rodzinnych

Maria Cyradna
Renata Gordon
Jolanta Jankowska
Jolanta Kuźnik
Przewodniczącą Komisji została Pani Jolanta Nowak.

Komisja ds. kształcenia przed i podyplomowego

Jolanta Bartmańska
Anna Judzińska
Dorota Kubiak
Maria Ptak
Przewodniczącą Komisji została Pani Krystyna Grzesiak-Połomska.

Komisja ds. szpitalnictwa

Danuta Brykowska
Izabela Rykowska
Sławomir Zieliński
Danuta Orczyk
Przewodniczącym Komisji został Pan Marek Przybył.

Komisja ds. opieki długoterminowej

Magdalena Grzeszczyk
Grzegorz Świdorski
Izabela Rymarczyk
Przewodniczącą Komisji została Pani Małgorzata Kowańska.

Zespół ds. nadzoru nad wykonywaniem indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

Kalisz: H. Czaplicka, M. Pyszkowska, I. Trawnik
Ostrów: R. Gordon, M. Grzeszczyk, A. Szubert
Krotoszyn: U. Witkowska, J. Nowaczyk
Kępno: U. Strykiewicz, M. Ptak
Jarocin: D. Kubiak, A. Chudak, G. Wasińska
Pleszew: U. Młodzikowska, J. Kuźnik, B. Czekalska
Ostrzeszów: D. Stawińska
Przewodniczącą Zespołu została Pani Dorota Kubiak.

Komisja Socjalna

Ryszarda Krawczyk
Maria Ptak
Żurawka Joanna
Przewodniczącą Komisji została Pani Dorota Broniecka.

Komisja ds. medycyny szkolnej

Danuta Bednarek
Bogumiła Kędziora
Małgorzata Furchman
Aleksandra Pera
Barbara Stefaniak
Ilona Sworowska
Aleksandra Wyrwas
Przewodniczącą Komisji została Pani Mariola Pyszkowska.

Komisja ds. pielęgniarek diabetologicznych

Marta Czaplicka
Honorata Rajm
Joanna Pawlicka-Salomon
Genowefa Błaszczuk
Iwona Zybała
Bożena Kaczmarek
Renata Błaszczuk
Danuta Malujda
Maria Nowak
Michalina Górna
Przewodniczącą Komisji została Pani Maria Nowak.

Zespół ds. pielęgniarek Ratownictwa Medycznego

Wanda Olesińska
Paweł Jezierski
Justyna Tomczak
Paulina Buszczak
Przewodniczącym Zespołu został Pan Paweł Jezierski.

POZOSTANĄ W NASZEJ PAMIĘCI

Są pożegnania na które nigdy nie będziemy gotowi

Są słowa.....które zawsze wywoływać będą morze łez i są takie osoby na myśli, o których
zawsze zasypie nas lawina wspomnień.

Taka właśnie była pielęgniarka

Jana Hałajdziak z domu Kaczmarek

Żegnamy Cię, koleżanki i koledzy
Pleszewskiego Centrum Medycznego w Pleszewie

Nie wiadomo do kogo mieć żal, że tak stworzony jest ten świat, że nie możemy się nim nacieszyć, bo kiedy żyjemy dni bywają trudne - radości znikąd..., a gdy umieramy, towarzyszy nam ból i nieprzebrana chęć życia, bo przecież nie chcemy zostawiać naszych dzieci, naszych bliskich, przyjaciół, nie chcemy odchodzić z domu, by za chwilę.....nie być.

Mija rok odkąd odeszły

Mirosława Konopińska i Marzena Zawadzka

niezapomniane pielęgniarki
z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Perzyny w Kaliszu

Pamiętamy !

Pielęgniarki i Położne WSZ w Kaliszu z Z-cą Dyrektora ds. pielęgniarstwa D. Brykowską

PIELĘGNIARSTWO

ODLEŻYNY – PROFILAKTYKA CZY LECZENIE CZ. I

Odleżyny stanowią szeroki problem terapeutyczny. Dotyka on dużej grupy ludzi chorych, przysparzając cierpienia i narażając na powikłania. Odleżyny są ranami przewlekłymi, których patomechanizm jest nam najbardziej znany. Trudno je leczyć, łatwiej im zapobiegać.

Odleżyny to uszkodzenia skóry oraz znajdujących się pod nią tkanek i kości, które pojawiają się w czasie długiego leżenia. Powstają z powodu długotrwałego ucisku, który hamuje prawidłowy przepływ krwi. Pierwszym sygnałem, że zaczyna się dzieć coś niedobrego, jest ból i niewielki obrzęk w miejscu ucisku. Skóra jest zaczerwieniona, a potem dochodzi do jej zasinienia i łuszczenia. Obrzęk powiększa się, a skóra staje się nadmiernie wrażliwa. Gdy dojdzie do otarcia naskórka, zaczyna się z niego sączyć płyn surowiczy. Jeżeli chore miejsce nadal jest uciskane, powoli obumierają tkanki skóry. Obumarłe, oddzielają się od zdrowych i dochodzi do ubytku owrzodzeniowego (nadżerki). Tak powstają odleżyny. Proces ten szybko postępuje i zaczynają obumierać tkanki położone głębiej, m.in. mięśni, ścięgien, niekiedy okostnej i samych kości. W końcu może dojść do zniszczenia obnażonej kości i bakteryjnego zakażenia szpiku kostnego. Zaniedbane odleżyny mogą być nawet przyczyną zgonu. By do tego nie doszło, trzeba im zapobiegać.

Odleżyny stanowią poważny problem dla osób sprawujących opiekę nad chorymi w podeszłym wieku. Około 70% odleżyn występuje u osób w wieku powyżej 65 roku życia. Osoby te są bardziej narażone na powstanie odleżyn ze względu na zmiany w skórze, które są związane z wiekiem. Skóra staje się cieńsza i sucha. Osłabiona jest proliferacja naskórka. Zmniejszone jest odczuwanie bólu i osłabiona jest reakcja zapalna. To wszystko powoduje, że skóra staje się wrażliwa na uszkodzenie. Odleżyny są odpowiedzialne za zwiększoną chorobowość, śmiertelność i znacznie podnoszą koszty leczenia.

CZYNNIKI RYZYKA ROZWOJU ODELEŻYN

Czynniki zewnętrzne

Nadmierny długotrwały ucisk na tkanki spowodowany brakiem zmiany pozycji ciała, tarcie, rozciąganie tkanek podczas niewłaściwego zmiany ułożenia.

Główną rolę w powstawaniu odleżyn przypisuje się działaniu sił mechanicznych. Siły statyczne – długotrwały i jednostajny nacisk powierzchniowy, powodujący miejscowe niedokrwienie i martwicę tkanek.

Siły dynamiczne – są to siły powstające najczęściej w trakcie zmiany pozycji ciała i wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych. Krótkotrwały ucisk np. podczas sadzania pacjenta na wózek inwalidzkim.

Boczne siły ścinające – następuje przesunięcie płaszczyzn tkanek względem kości i struktur podporowych i zamknięcie naczyń włosowatych – w ten sposób dochodzi do zaburzenia mikrokrążenia.

Siły tarcia – przesuwanie tkanek względem podłoża np. podczas ciągnięcia pacjenta po prześcieradle zamiast podniesienia go do góry.

Uraz – uszkodzenie tkanek wywołane stłuczeniem, do którego doszło podczas upadku.

Zły stan higieniczny skóry. Nietrzymanie moczu i stolca.

Dodatkowy wpływ czynników wewnętrznych nasila i przyspiesza rozwój odleżyn.

Czynniki wewnętrzne

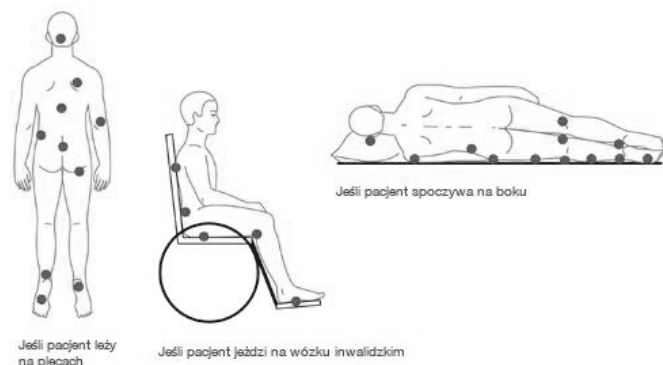
Unieruchomienie, ograniczenie poruszania się. Zaburzenia neurologiczne – zaburzenia czucia, niedowłady. Porażenia. Choroby takie jak miażdżycy, cukrzyca. Niewydolność

krażenia z obrzękami. Nietrzymanie moczu i stolca. Niedozwinięcie. Długotrwałe stosowanie sterydów.

MIEJSCA POWSTAWANIA ODLEŻYN

Miejsca najbardziej narażone na powstawanie odleżyn to: okolica potyliczna; okolica łopatek, pośladków i kości krzyżowej oraz kości ogonowej; okolice guzów kulszowych; łokcie; pięty; uszy.

W przypadku długotrwałego leżenia na boku: okolice kości biodrowej, kości ramiennej, kości udowej po stronie bocznej oraz kostki.



Na podstawie Wytycznych Praktyki Klinicznej nr 3, Agencji ds. Polityki i Badań w Opiece Zdrowotnej, Amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych

PODZIAŁ ODLEŻYN

5-stopniowy podział odleżyn wg Torrance'a:

Stopień I – blednące zaczerwienienie – reaktywne przekrwienie i zaczerwienienie w odpowiedzi na działające ciśnienie. Lekki ucisk palcem powoduje zblednięcie zaczerwienienia, co wskazuje, że mikrokrążenie jest jeszcze nieuszkodzone.

Stopień II – nieblednące zaczerwienienie – rumień utrzymuje się po zniesieniu ucisku. Spowodowane jest uszkodzeniem mikrokrążenia, zapaleniem i obrzękiem tkanek. Może pojawić się powierzchniowy obrzęk, uszkodzenia naskórka i pęcherze. Zwykle towarzyszy temu ból.

Stopień III – uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzegi rany są dobrze odgraniczone, otoczone obrzękiem i rumieniem. Dno rany jest wypełnione czerwoną ziarniną lub żółtymi masami rozpadających się tkanek.

Stopień IV – uszkodzenie obejmuje również tkankę podskórną. Martwica tkanki tłuszczowej spowodowana jest zapaleniem i zakrzepicą małych naczyń. Brzeg odleżyny jest zwykle dobrze odgraniczony, lecz martwica może także dotyczyć tkanek otaczających. Dno może być pokryte czarną martwicą.

Stopień V – zaawansowana martwica rozpościera się do powięzi i mięśni. Zniszczenie może także obejmować stawy i kości. Powstają jamy mogące się komunikować między sobą. W ranie znajdują się rozpadające masy się tkanek i czarna martwica.

Europejski Komitet Doradczy ds. Odleżyn (EPU-AP)⁸ wprowadził w 2009 roku następującą klasyfikację:

Stopień 1 - Skóra nieuszkodzona z miejscowym zaczerwienieniem nieblednącym, zwykle umiejscowiona nad wyniosłością kostną. W przypadku skóry silnie pigmentowanej, blednięcie i zaczerwienienie może być trudno dostrzegalne. Jedynym objawem może być lokalna zmiana barwy skóry, odróżniająca się od otoczenia.

Stopień 2 - Utrata części grubości skóry właściwej, objawiająca się jako płytkie otwarte owrzodzenie, z czerwonym/różowym dnem rany bez ziarniny. Może też występować w postaci nieuszkodzonego albo pękniętego/otwartego pęcherza wypełnionego osoczem.

Stopień 3 - Utrata skóry pełnej grubości. Widoczna jest tkanka podskórna, ale mięśnie i ścięgna nie są widoczne. Ziarnina może być obecna, ale nie utrudnia oceny głębokości ubytku tkanki. Może być obecne podminowanie brzegów rany oraz drażące tunele.

Stopień 4 - Utrata skóry pełnej grubości z odsłonięciem kości, ścięgien i mięśni. Ziarnina i martwica pokrywają w części albo w całości dno rany. Często obecne podminowanie brzegów rany oraz drażące tunele.

PROFILAKTYKA

Głównym celem profilaktyki przeciwoodleżynowej jest zidentyfikowanie pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyn, czyli takich, którzy będą wymagać zabiegów prewencyjnych, a także zidentyfikowanie pewnych specyficznych czynników, które powodują to zagrożenie.

Właściwa ocena i wyłonienie pacjentów z grupy ryzyka sporządzane są na podstawie dokładnej i starannej dokumentacji. Do oceny służą skale punktowe pozwalające na wyodrębnienie chorych narażonych na wystąpienie odleżyn. Ryzyko ustalamy (oceniajemy) u pacjentów nowo przyjętych, narażonych z powodu leczenia oraz u tych, u których nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia już w trakcie pobytu w oddziale/placówce. Oceny tej dokonujemy w pierwszych godzinach objęcia chorego opieką, nie później jednak niż po 4-5 godzinach. Literatura podaje kilka skal służących ocenie ryzyka: Norton (1975 r.), Waterlow (1985 r.), Bradena (1987 r.), Douglas (1986 r.), Dutch Consensus Prevention of Bedsores CBO.

Skala Doreen Norton umożliwia systematyczną ocenę jednostkowych czynników ryzyka, i co ważne – jest prosta w interpretacji. Kolejną skalą jest skala Bradena, która jest bardziej skomplikowana. Bazuje na pojęciach z etiologii odleżyn – głównie intensywności i czasie ucisku. Umożliwia ocenę jednostkowych czynników ryzyka. Zawiera 6 elementów: odczuwanie, aktywność, mobilność, stan odżywiania, wilgotność, tarcie i ścinanie. Ma swoje zastosowanie w oddziałach intensywnej terapii i chirurgii. Podobne czynniki ryzyka uwzględnia skala Douglas. Obok czynników zawartych w poprzednich skalach zawiera ona dodatkowo ocenę stanu odżywiania i występowanie bólu u pacjenta. Jest stosunkowo łatwa do interpretacji, ale bardziej pracochłonna. Znacznie więcej czynników podlega weryfikacji w skali CBO. Od poprzednich skal odróżnia się nowymi czynnikami: ocena stanu neurologicznego (niedowłady, porażenia, objawy ubytkowe), ocena sposobu przyjmowania

pokarmów i płynów, wiek chorego, ciepłota ciała, przyjmowane leki (sterydy, antykoagulanty, leki przeciwbólowe, leki nasenne, przeciwnowotworowe oraz antybiotyki). Natomiast skala Waterlow wymaga oceny aż 10 czynników ryzyka u pacjenta. Czynniki, które pojawiły się po raz pierwszy są: odżywianie komórkowe (kacheksja, zawał serca, choroby krążenia obwodowego, anemia, palenie tytoniu) oraz ważny czynnik – urazy i zabiegi. Po raz pierwszy zwrócono uwagę na rodzaj i czas zabiegu operacyjnego. Idealna skala powinna być przewidywalna i precyzyjna, a jednocześnie prosta i łatwa w zastosowaniu.

W praktyce pielęgniarskiej ocena ryzyka powstania odleżyn jest niezbędna do tego, aby w prawidłowy sposób wyselekcjonować osoby ze zwiększonym ryzykiem oraz opracować i wdrożyć postępowanie profilaktyczno-pielęgnacyjne. I nie jest najważniejsze to, jaką skalą się posłużymy. Ważniejsza jest prawidłowa ocena, jej cykliczne kontynuowanie oraz rzetelność prowadzenia dokumentacji. W dzisiejszych realiach, przy niskiej obsadzie pielęgniarek i coraz większym zakresie obowiązków, istnieje ryzyko rutynowego prowadzenia dokumentów – „schematem – na oko”. Z takiej oceny wysuwamy fałszywe wnioski, a więc fundament, na którym mamy zbudować cały proces pielęgnacyjno-terapeutyczny, może być błędny.

Istotną rolą pielęgniarki w zapobieganiu odleżyn jest poinformowanie i poinstruowanie rodziny chorego przebywającego w domu, jakie czynności powinna zawierać profilaktyka przeciwoodleżynowa. Ważne jest wskazanie na jakie objawy należy zwrócić uwagę, co może zwiększać ryzyko powstania odleżyn. Musimy pokazać miejsca narażone na ucisk, powiedzieć jak je pielęgnować, zaakcentować objawy powstającej odleżyny, np. zaczerwienienie. Wskazać sposoby, jak chorego motywować do wykorzystywania jego możliwości i aktywizować do ruchu; poinstruować, jak zmieniać pozycje ciała oraz jak to ciało zabezpieczyć.

Kolejnym elementem profilaktyki odleżyn jest pielęgnacja skóry chorego, która polega na:

- odpowiednim i delikatnym oczyszczaniu środkami nie zawierającymi mydła, np. ; lotion myjąco-natłuszczający pH 5, pianki myjąco-pielęgnacyjnej, krem myjący 3w1, chusteczki nasączone a po umyciu delikatnym osuszeniu skóry.
- wspomaganie regeneracji naskórka oraz aktywizacja skóry środkami dobranymi indywidualnie dla danego chorego. Dla pacjentów ze skórą suchą zalecane są np. emulsja intensywnie nawilżająca z zawartością 4% mocznika oraz krem do suchej, zrogowaciałej skóry z zawartością 10% mocznika. Duże znaczenie w profilaktyce odleżyn ma pobudzanie mikrokrażenia w skórze. Pamiętajmy, że spirytus nie jest dobrym środkiem do tego celu. Wysusza on i tak już suchą skórę oraz może powodować jej podrażnienia i mikro-urazy, które mogą przyspieszać powstanie odleżyny. Alternatywą może być żel aktywizujący z guaraną. Jest on doskonale tolerowany przez chorych oraz daje im poczucie komfortu i ulgi

- Ostatnim etapem pielęgnacji skóry jest jej zabezpieczenie, zwłaszcza w miejscach narażonych na drażniące działanie moczu lub/i stolca. Do tego celu można użyć np. krem ochronny z tlenkiem cynku lub krem ochronny z arginina. Miejsca narażone na działanie ucisku oraz podrażnienie warto zabezpieczyć maścią natłuszczającą lub folią poliuretanową, np. Medisorb F. ponadto dla działań profilaktycznych ogromne znaczenie ma zabezpieczenie skóry pośladków oraz okolicy krocza środkami pomocniczymi w nietrzymaniu moczu.

Kolejnym elementem profilaktyki odleżyn jest eliminacja działania ciśnienia prostego. Ciśnienie proste to ucisk, który działa na ciało chorego z jednej strony przez podłoże, na którym bywa, a z drugiej przez kośćciec. Czynnikiem ten ma duże znaczenie w dynamice tworzenia odleżyn. W praktyce spotykamy sytuacje, w których odleżyna powstaje w ciągu kilku godzin. Dotyczy to głównie chorych unieruchomionych, wyniszczonych oraz chorych ze schorzeniami współistniejącymi.

Istotnym działaniem profilaktycznym jest odciążenie ciała chorego. Pierwszym elementem jest zmiana pozycji ciała, która powinna być ona zmieniana co 2 godziny. Nie wynika to z czyjejś nadgorliwości, a z patomechanizmu powstania niedokrwienia. Jeżeli sytuacja zdrowotna pacjenta nie wymusza jego pozycji i jest ona zależna od opiekuna, możemy zastosować pozycję na plecach, na boku, na brzuchu czy też pozycję siedzącą. W zakładach stacjonarnych warto prowadzić kartę zmiany pozycji ciała, dzięki której mamy kontrolę nad tym, w jakim ułożeniu znajduje się pacjent. Poza tym, w natłoku obowiązków nie przeoczymy tej czynności, która jest ważnym elementem pielęgnacji chorego unieruchomionego. Częstym powodem braku zmiany pozycji ciała chorego jest deficyt opieki. Warto wówczas korzystać ze sprzętu (podnośniki), dzięki któremu zmienimy pozycję chorego samodzielnie lub z niewielką pomocą osoby drugiej. Pamiętajmy też o sprzęcie do ślizgowego przemieszczania chorych. W momencie, kiedy nie dysponujemy takim sprzętem, np. w opiece domowej, warto skorzystać z ręcznika, mocnego podkładu czy chociażby zastosować odpowiednią technikę zmiany ułożenia pacjenta w łóżku.

Obecnie różne instytucje prowadzą szkolenia dla opiekunów nieformalnych, którzy na co dzień opiekują się osobami wymagającymi zmiany pozycji ciała bądź pomocy przy takiej zmianie. Warto o takich szkoleniach pamiętać i informować o nich rodziny chorych. W wielu miejscowościach, czasem przy parafiach, funkcjonują wypożyczalnie sprzętu, z których może skorzystać chory i jego rodzina. Można wypożyczyć łóżko specjalistyczne, szafkę, podnośnik, balkoniki i wiele innego sprzętu, który może stać się przydatny w codziennej opiece nad chorym, na którego zakup nie stać rodziny. Pamiętajmy również o tym, że rodzina może skorzystać z refundacji, czasem dopłat na zakup łóżka, podnośnika, wózka. Dokładne informacje rodzina uzyska w Ośrodku Pomocy Społecznej, PCPR, PFRON oraz od pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarki opieki długoterminowej.

Część druga w kolejnym numerze

SPROSTOWANIE

W Biuletynie nr 4/2015 w informacji o przebiegu XXX NADZWYCZAJNEGO ZJAZDU SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZEGO wystąpił błąd. Zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej również **została wybrana Pani Małgorzata Sztukowska.**

Za błąd przepraszamy.

KONKURS

XI OGÓLNOPOLSKI KONKURS "PIELĘGNIARKA ROKU 2015"

W dniu 5 marca 2016r. w Centrum Biologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu odbył się II etap (wojewódzki) XI Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2015”, organizowanego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. W tym roku w konkursie brało udział 28 pielęgniarek z zakładów opieki zdrowotnej z Wielkopolski.



Nad przebiegiem konkursu czuwała komisja w składzie:

Przewodnicząca- mgr Aleksandra Kopińska, Przewodnicząca Zarządu Wielkopolskiego Oddziału PTP.

Członkowie: dr Katarzyna Głodowska - przewodnicząca koła PTP przy UM w Poznaniu, dr Violetta Jachimowicz - przewodnicząca koła PTP przy PWSZ w Kaliszu.

Konkurs polegał na rozwiązaniu testu sprawdzającego wiedzę z zakresu pielęgniarstwa klinicznego, etyki, historii zawodu, teorii pielęgnowania oraz wiedzy o samorządzie zawodowym oraz Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim. Test został przygotowany przez Zarząd Główny PTP z Warszawy. Komisja w dniu konkursu otrzymała załakowaną kopertę z wydrukowanymi zadaniami i kluczem do ich sprawdzenia. Test składał się z 60 pytań. Na rozwiązanie testu uczestnicy mieli jedną godzinę (60min). Egzamin testowy rozpoczął się o godz. 12.00 - równocześnie we wszystkich oddziałach PTP w Polsce.

Komisja II etapu XI Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2015” po zakończeniu prac, ogłosiła wyniki.

Laureatką konkursu została pielęgniarka Joanna Strzelczyk- pracująca w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu.

II miejsce – pielęgniarka Beata Chojcka pracująca w Pleszewskim Centrum Medycznym w Pleszewie.

III miejsce – pielęgniarka Aleksandra Parecka ze Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

Po ogłoszeniu wyników przewodnicząca Zarządu Wielkopolskiego Oddziału PTP w imieniu swoim i Komisji złożyła laureatom i uczestnikom serdeczne gratulacje oraz życzyła dalszego rozwoju i wielu osiągnięć w pracy zawodowej. Finalistce II etapu XI Konkursu Pielęgniarka Roku 2015 wręczyła zaproszenie do udziału w finale Konkursu, który odbędzie się w Warszawie w dniach 7-8 kwietnia 2016. Temat III etapu - „Pielęgniarstwo wielokulturowe wyzwaniem dla edukacji i praktyki pielęgniarskiej w Polsce”.

W imieniu własnym i Koła PTP przy PWSZ w Kaliszu serdeczne gratulacje dla laureatek i uczestników konkursu. Życzymy tegorocznej laureatce sukcesu na etapie eliminacji krajowych!

Zapraszamy do udziału w następnej XII edycji Konkursu Pielęgniarka Roku.

Violetta Jachimowicz

Przewodnicząca Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy PWSZ w Kaliszu.

Kompleksowy pakiet ubezpieczeń INTER dla medycyny

INTER Polska w profesjonalny i kompleksowy sposób dba o bezpieczeństwo Pielęgniarek i Położnych

Wypracowany wspólnie z Pielęgniarkami i Położnymi kompleksowy pakiet ochrony ubezpieczeniowej obejmuje najważniejsze ryzyka w życiu zawodowym i prywatnym. Wiedząc jak istotna jest dla naszych Klientów możliwość dostosowania zakresu ochrony do indywidualnych preferencji, dajemy Państwu możliwość skonstruowania własnego pakietu. Nasi pośrednicy służą pomocą na każdym etapie podejmowania decyzji.



■ Obowiązkowe Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej

konieczne dla Pielęgniarek i Położnych pracujących na kontrakcie, prowadzących praktykę pielęgniarską i położniczą.

■ Dobrowolne Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej

rozszerza zakres ochrony dla posiadaczy ubezpieczenia obowiązkowego np. dla szkód w mieniu. Pielęgniarkom i Położnym, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem OC, zapewnia ochronę m.in. w przypadku popełnienia błędu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

■ Świadczenie pieniężne w przypadku przerwy

w wykonywaniu zawodu (INTER Kontrakt).

■ Ochrona prawna

dla osób wykonujących zawód medyczny (INTER Ochrona Prawna).

■ Ubezpieczenie skutków ekspozycji

na materiał zakaźny (INTER Ochrona HIV/WZW).

■ Ochrona majątku

praktyki pielęgniarskiej i położniczej (INTER Partner).

■ Ubezpieczenie w życiu prywatnym: dom, mieszkanie, turystyka, życie

(INTER Lokum, INTER Tour, INTER Grupa).

Zapytaj swojego agenta o specjalną zniżkę pakietową!