

Z okazji

Nowego Roku 2017

najserdeczniejsze życzenia,

wszelkiej pomyślności w życiu osobistym

oraz sukcesów w pracy zawodowej.

Życzy Zespół Redakcyjny Biuletynu.

Konflikt serologiczny - ciąg dalszy	4
1 grudnia światowy dzień walki z AIDS	5
Zasady obsługi portów dożylnych. Zalecenia Polskiego Klubu Dostępu Naczyniowego	9
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu plan szkoleń na 2017 rok	16
Rak jądra – ważna profilaktyka	19
System zarządzania jakością – rola pielęgniarki i położnej w kształtowaniu jakości usług medycznych	21
Refundacja kosztów kształcenia w roku 2016 – informacja	23
Zachorować na grype czy lepiej zaszczepić się.	24

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:

STYCZEŃ 2017

Nakład:

1000 egz.

Druk:

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

Koleżanki i Koledzy,

Dobiega końca kolejny rok kalendarzowy, stajemy u progu nowego, 2017 roku, bogatsi o nowe doświadczenia, próbujemy dokonać podsumowania mijającego roku.

Jaki był? Na pewno był to rok refleksji i wspomnień. Obchodziliśmy 25-lecie naszego samorządu zawodowego, który po wielu latach nadal musi upominać się i walczyć o samodzielność zawodową, pozycję pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia, warunki pracy i płacy przy coraz mniejszej liczbie czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych oraz wskazywać istotę i konieczność funkcjonowania pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz środowiska nauczania i wychowania.

W tym roku świętowaliśmy również 50-lecie szpitala w Ostrowie Wielkopolskim, które było okazją do wielu wspomnień i wzruszeń osób żywo zaangażowanych w rozwój i funkcjonowanie szpitala.

Bez wątpienia najliczniejsza grupa zawodowa, jaką stanowimy w podmiotach leczniczych, jest podstawą funkcjonowania każdego podmiotu.

Kolejnym ważnym jubileuszem było 50-lecie szkoły medycznej w Ostrowie Wielkopolskim, która przez wiele lat wykształciła rzeszę wspaniałych pielęgniarek i położnych, które godnie reprezentują nasze grupy zawodowe i przyczyniają się do rozwoju naszych profesji.

Jubileusz ostrowskiego „Medyka” zbiegł się w czasie z zakończeniem procesu beatyfikacyjnego jego patronki, Hanny Chrzanowskiej – pielęgniarki, która była inicjatorką tworzenia pielęgniarskiej opieki domowej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, sama pracując jako pielęgniarka środowiskowa.

Z optymizmem patrzymy w nowy rok, z nadzieją na realizację nurtujących nasze środowisko spraw, z nadzieją na to, że reforma systemu ochrony zdrowia i sposobu finansowania nie pogorszy naszej sytuacji, a poprawi warunki płacy i pracy coraz mniejszej liczby czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Wchodzimy w nowy rok z nadzieją, że w końcu zostaniemy wysłuchani przez decydentów, a nasz głos rozsądku i doświadczenia wykorzystany w sposób praktyczny.

Przed nami trudny i obfitujący w zmiany rok, wierzę że wspólnym działaniem i determinacją uda nam się zachować pozycję, na którą tak ciężko musieliśmy zapracować przez wiele lat i nadal będziemy działali na rzecz rozwoju naszych profesji.

Drogie Koleżanki i Koledzy,

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia, dla Was i Waszych bliskich, pragnę złożyć najserdeczniejsze życzenia szczęśliwych i radosnych Świąt Bożego Narodzenia oraz wszelkiej pomyślności i sukcesów w nadchodzącym Nowym Roku wraz z podziękowaniami za dotychczasową współpracę

w imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Kaliszu
Przewodniczący
(-) Marek Przybył

KONFLIKT SEROLOGICZNY - ciąg dalszy

Istnieją również inne przyczyny prowadzące do wytwarzania pamięci immunologicznej, np. przetoczenie krwi niezgodnej grupowo. Przenikanie przeciwciał anty - RhD nasila się po 16 - 18 tygodniach ciąży, a największe jest w III trymestrze, dlatego każdą ciążę naznaczoną konfliktem serologicznym powinno się zakończyć w 37 - 38 tygodniu jej trwania. Bardzo ważnym badaniem, które należy wykonać u każdej ciężarnej, niezależnie od grupy krwi i obecności czynnika RhD, jest ocena występowania tzw. alloprzeciwciał w surowicy krwi.

Jeżeli wynik badania jest ujemny u ciężarnych z grupą krwi RhD(-), celowe jest jego powtórzenie na przełomie II i III trymestru ciąży oraz w okresie okołoporodowym. Dodatni wynik badania w I trymestrze przemawia za obecnością przeciwciał, które powstały w poprzedniej ciąży. Pojawienie się przeciwciał w kolejnych badaniach lub wzrost ich miana (poziomu) świadczy o tym, że płód ma grupę RhD(+). Wymaga to powtarzania badań co 4 do 6 tygodni. Ponadto, stwierdzenie obecności przeciwciał w surowicy krwi ciężarnej jest wskazaniem do wykonania badania USG celem dalszej diagnostyki w kierunku choroby hemolitycznej.

W przypadku narastania miana przeciwciał anty - RhD lub gdy w poprzedniej ciąży doszło do choroby hemolitycznej, konieczne jest przeprowadzenie bardziej dokładnych, inwazyjnych badań, tj. amniopunkcji czy kordocentezy. Pierwsze z nich polega na pobraniu płynu owodniowego w celu oceny jego gęstości optycznej, która zależy od zawartości pochodnych bilirubiny powstających w czasie hemolizy erytrocytów. Bardziej precyzyjnym, ale mniej bezpiecznym badaniem jest kordocenteza, czyli pobranie próbki krwi płodu z pepowiny. Pozwala ono określić morfologię płodu, a przez to ewentualny stopień niedokrwistości spowodowany konfliktem.

W przypadku stwierdzenia ciężkiej niedokrwistości lub obrzęku uogólnionego płodu należy rozważyć przystąpienie do terapii wewnątrznaczyniowej płodu. Polega ona na powtarzanym co kilka dni przetaczaniu (transfuzji) wewnątrznaczyniowym krwi. Takie zabiegi wykonuje się do czasu osiągnięcia przez płód dojrzałości, co następuje około 35 tygodnia ciąży i wówczas należy wywołać poród drogą pochwową lub ewentualnie cięciem cesarskim, gdyż konflikt serologiczny nie jest sam w sobie bezpośrednim wskazaniem do cięcia cesarskiego.

Można wyróżnić trzy postacie kliniczne choroby hemolitycznej:

uogólniony obrzęk płodu - najcięższa postać choroby hemolitycznej, charakteryzuje się obrzękami tkanki podskórnej i wybroczynami krwotocznymi, często dochodzi do obumarcia wewnątrznaczyniowego płodu lub szybkiego zgonu po porodzie,

ciężka żółtaczka hemolityczna - noworodek rodzi się z objawami żółtaczki lub pojawia się ona w pierwszej dobie życia. Brak leczenia może spowodować uszkodzenie mózgu.

ciężka niedokrwistość noworodków (anemia) - w cięższych przypadkach charakteryzuje się niedokrwistością, w cięższych dziecko rodzi się z blado-woskowym kolorem skóry, dużym brzuchem, powiększoną wątrobą i śledzioną.

Kobieta przed 12 tygodniem ciąży powinna mieć oznaczony poziom przeciwciał przeciwydrocytarnych, grupę krwi i czynnik Rh. Zapobieganie konfliktowi serologicznemu polega na zaaplikowaniu preparatu, który zawiera immunoglobulinę anty-D - zapobiega ona powstawaniu przeciwciał skierowanych przeciwko własnemu dziecku. Preparat ten jest całkowicie naturalny, jest wytwarzany z ludzkiej krwi.

Obecnie bardzo rzadko dochodzi do powikłań z powodu konfliktu serologicznego. Wszystkim mamom RhD ujemnym, którym urodziły się dzieci RhD dodatnie, w ciągu 72 godzin po porodzie podaje się jednorazowo immunoglobulinę anty - D, w postaci zastrzyku domięśniowego. Neutralizuje ona komórki płodowe we krwi matki tzn. niszczy eryocyty RhD(+), zanim jej układ odpornościowy rozpozna je jako wroga i wytworzy przeciwko nim przeciwciała.

Dawkowanie immunoglobuliny anty-D: jeżeli poród był fizjologiczny podaje się 150µg, 300µg jeżeli poród był patologiczny (cięcie cesarskie, poród martwego płodu lub mnogi, z zabiegiem Credego lub ręcznym wydobywaniem łożyska).

Komórki płodu mogą dostać się do krwiobiegu matki także podczas poronienia, w trakcie ciąży, podczas wykonywania inwazyjnych badań płodu, w przypadku zagrażającego poronienia czy porodu przedwczesnego, przebiegającego z krwawieniem z dróg rodnych oraz po wykonaniu obrotu zewnętrznego płodu - w tych sytuacjach zaleca się profilaktyczne podanie kobietom immunoglobuliny anty - D. Podaje się jej 50 µg do 20 tygodnia ciąży oraz 150µg po 20 tygodniu ciąży.

W przypadku kompletnego poronienia samoistnego do 12 tygodnia ciąży (bez wyłączenia jamy macicy, które przebiegło bez silnych dolegliwości bólowych immunoglobuliny anty-RhD nie podaje się. W takich przypadkach czas trwania ciąży powinien być udokumentowany badaniem USG. W sytuacji powtarzających się krwawień podczas ciąży należy rozważyć podawanie dawki immunoglobuliny w standardowej dawce co 6 tygodni. W sytuacji kiedy immunoglobulina anty-RhD nie została podana w rekomendowanym okresie 72 godzin należy ją zastosować niezwłocznie, jednak nie później niż do 10 dni od czasu narażenia na immunizację. U kobiet, u których wykrywa się słabą ekspresję antygenu D, określaną jako D słaby typ 1, 2 lub 3, determinowany przez allele RHD*01W.1, RHD*01W.2 oraz RHD*01W.1 3 oznacza się jako RhD dodatnie. Osoby te nie są podatne na wytwarzanie przeciwciał anty-D i nie są kwalifikowane do podania immunoglobuliny anty-D. Pozostałe słabe odmiany antygenu D oznacza się jako RhD ujemne.

Przed podaniem immunoglobuliny anti-RhD należy wykonać następujące serologiczne badania kwalifikacyjne u ciężarnej, po porodzie i po poronieniu:

- określenie grupy krwi ABO i antygeny RhD (jeżeli brak wyniku)
- badanie na obecność przeciwciał odpornościowych do krwinek czerwonych (badania nie wykonuje się w przypadku, gdy kobieta miała podaną immunoglobulinę anti-RhD w III trymestrze aktualnej ciąży – tj. w 28 tygodniu lub później,
- określenie antygeny RhD we krwi dziecka (może to być krew pępowinowa).

Do podania immunoglobuliny anti-RhD kwalifikuje się kobietę RhD – ujemną, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD i której dziecko jest RhD + dodatnie. W przypadku, gdy krew dziecka jest niedostępna, to do podania immunoglobuliny kwalifikuje się kobietę RhD – ujemną, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD.

Wprowadzono profilaktykę śródciażową polegającą na podaniu w 28-30 tygodniu ciąży immunoglobuliny anti-RhD w dawce 300 µg każdej kobiecie RhD-ujemnej, u której nie wykryto przeciwciał anti-RhD. Zastosowanie profilaktyki śródciażowej nie zwalnia od podania immunoglobuliny anti-RhD po porodzie. Z podania immunoglobuliny anti-D w czasie ciąży mogą być zwolnione kobiety, u których poprzez analizę wolnokrążącego DNA płodu w osoczu kobiety ciężarnej wykazano, że płód jest RhD ujemny. Po porodzie należy wykonać oznaczenie RhD u noworodka i podać immunoglobulinę jeśli dziecko jest RhD dodatnie.

Kobieta, która w trakcie ciąży otrzymała immunoglobulinę anti-RhD, powinna otrzymać powtórnie odpowiednią dawkę preparatu po urodzeniu dziecka RhD dodatniego.

W przypadku podejrzenia masywnego przecieku płodowo-matczynego dawkę immunoglobuliny anti-RhD określa się indywidualnie na podstawie wielkości przecieku.

W przypadku niedostępności preparatu, zawierającego zalecaną dawkę immunoglobuliny, dopuszczalne jest zastosowanie wyższych dawek immunoglobuliny.

Informacja o podaniu immunoglobuliny anti-RhD w czasie ciąży oraz po jej zakończeniu powinna zostać odno-

towana w dokumentacji medycznej pacjentki. W przypadku niepodania immunoglobuliny należy podać przyczynę dyskwalifikacji.

Skuteczność profilaktyki poporodowej i poporodowej szacowana jest na 96 - 98%. Profilaktyczne podanie immunoglobuliny anti - D w 28 - 30 tygodniu ciąży wszystkim kobietom Rh (-), u których nie wykryto przeciwciał anti - RhD, uzupełnione jej poporodowym podaniem, zwiększa skuteczność profilaktyki do przeszło 99%.

Konflikt serologiczny może powstawać również w zakresie układu grup głównych ABO, gdy matka ma grupę krwi 0, a dziecko dziedziczy grupę A lub B. Rzadziej, gdy matka ma grupę A, a dziecko – B i odwrotnie. Ponadto konflikt w tym układzie grupowym dotyczy tylko noworodków. Antygeny układu ABO pojawiają się w komórkach płodu w 2 - 4 tygodniu ciąży, ale nawet po urodzeniu dziecka nie są w pełni dojrzałe (dojrzewają do 2 roku życia dziecka). Antygeny układu ABO występują na wszystkich tkankach organizmu oprócz tkanki nerwowej oraz we wszystkich płynach ustrojowych, oprócz płynu mózgowo – rdzeniowego.

Równie zróżnicowanym i licznym układem grupowym antygenów jak układ Rh, mogący powodować konflikt serologiczny wraz z jego konsekwencjami jest układ MNS (46 antygenów). Natomiast o wiele bardziej immunogenne, lecz rzadziej występujące, oprócz antygenów z grup MNS i AB0, są antygeny z grup: Kell, Duffy i Kidd. Dlatego tak ważna jest kontrola obecności i poziomu alloprzeciwciał w surowicy krwi matki podczas ciąży. Ponadto konflikt serologiczny może dotyczyć również antygenów znajdujących się na innych komórkach krwi człowieka – granulocytach i/lub płytkach krwi.

opracowano na podstawie:

Zalecenia dotyczące stosowania immunoglobuliny anti-RhD w profilaktyce konfliktu matczyno-płodowego w zakresie antygeny D z układu Rh obowiązujące od dnia 18 grudnia 2015 roku. Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii prof. dr hab. n. med. Stanisław Radowski, Konsultant krajowy w dziedzinie transfuzjologii klinicznej dr hab. n. med. Paweł Łaguna, Konsultant krajowy w dziedzinie perinatologii prof. dr hab. Mirosław Wielgoś Korczak K.: Konflikt serologiczny. Część I. Niezgodność w zakresie czynnika Rh, znana-polozna.pl 2016-06-01

Piątek A.: Ciąża a konflikt serologiczny. <http://www.nowiny24.pl/serwisy/zdrowie/art/6014437,ciaza-a-konflikt-serologiczny,id,t.html>

ZAKAŻENIA HIV

1 GRUDNIA ŚWIATOWY DZIEŃ WALKI Z AIDS

Liczba wykrywanych zakażeń HIV systematycznie wzrasta z roku na rok. Dotyczy to zarówno świata, Europy jak i Polski. Odsetek późno wykrytych zakażeń HIV (tzw. „late presenters”) w Polsce również jest wysoki. Równie niekorzystnie dla Polski wygląda sytuacja dotycząca testowania pacjentów w placówkach opieki zdrowia – wykonuje się tych badań najmniej w porównaniu z innymi krajami europejskimi (1).

ŚWIATOWY DZIEŃ WALKI Z AIDS, OBCHODZONY 1 GRUDNIA, został ustanowiony przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1988 roku, by zwrócić uwagę świata na problemy wynikające z epidemii HIV/AIDS. Symbolem solidarności z osobami żyjącymi z HIV i AIDS i ich bliskimi jest czerwona kokardka - nieodłączny element obchodów Światowego Dnia AIDS.

Po trzydziestu latach od wykrycia w Polsce pierwszego zakażenia szacuje się, że nawet 35 tys. osób żyje z HIV, a blisko co druga o tym nie wie i może nieświadomie zakażać. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny od wdrożenia badań w 1985 r. do 31 sierpnia 2016 r. zakażenie HIV stwierdzono u 20756 osób, odnotowano 3408 zachorowań na AIDS,

a 1348 chorych zmarło. Drogi zakażenia wirusem HIV Tegoroczne hasło UNAIDS, ONZ-owskiego programu na rzecz walki z epidemią, brzmi: „Ręce w górę za profilaktyką HIV” (ang. „Hands up for #HIVprevention”) (2).

Obecność kokardki w sferze publicznej podczas obchodów Światowego Dnia AIDS przypomina, że osoby żyjące z HIV są pełnoprawnymi członkami społeczeństwa i powinny mieć możliwość życia i pracy w swoim środowisku, pamiętając równocześnie o obowiązku ochrony innych przed zakażeniem. Epidemia HIV to problem wciąż aktualny. Warto działać na rzecz jego rozwiązania także przez pozostałe dni w roku - poznając i upowszechniając informacje na temat HIV/AIDS, sposobów ograniczania ryzyka zakażenia, testując się w kierunku HIV, działając bez uprzedzeń w życiu prywatnym i zawodowym oraz solidaryzując się z osobami, które cierpią z tego powodu.

HIV to ludzki wirus upośledzenia (niedoboru) odporności. Może wywołać zespół nabytego upośledzenia odporności – AIDS. Ze względu na skalę zakażeń i tempo rozprzestrzeniania się wirusa epidemia HIV/AIDS jest jednym z priorytetowych zagadnień zdrowia publicznego, schorzenie to wymaga natychmiastowego działania. Według danych UNAIDS pod koniec 2012 r. na świecie żyły około 34 miliony ludzi z HIV/AIDS, z czego 90% w krajach rozwijających się.

Wirusem HIV zakażają się przede wszystkim osoby młode – między 15 a 24 rokiem życia (stanowią prawie 40% zarażonych na całym świecie). W Polsce 7% wszystkich zakażeń wykryto u osób poniżej dwudziestego roku życia, a 46% – u osób w wieku 20 – 29 lat. Dominującą grupę (84%) wśród zakażonych HIV i chorych na AIDS w naszym kraju stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20 – 49 lat) (1).

Do końca listopada 2015 roku w Polsce wykryto 19 805 przypadków zakażenia HIV. Szacuje się jednak, że faktycznie zakażonych może być około 30 000-40 000 osób. Osoby nieświadome swego zakażenia stanowią przyczynę większości nowych zakażeń, które dotyczą przede wszystkim osób w wieku 15-30 lat, mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami, a także kobiet i mężczyzn heteroseksualnych (również w stałych związkach). W porównaniu do krajów UE w polskich placówkach opieki zdrowotnej wykonywanych jest najmniej badań przesiewowych w kierunku zakażenia HIV (1/10 średniej europejskiej). Nowe zakażenia często wykrywane są już w stadium AIDS (szczególnie u kobiet i mężczyzn heteroseksualnych), co zdecydowanie pogarsza rokowanie. Wczesne zdiagnozowanie zakażenia HIV i rozpoczęcie terapii antyretrowirusowej umożliwia pacjentowi życie w zdrowiu i bez AIDS.

TESTY PRZESIEWOWE

W ramach diagnostyki zakażenia HIV zaleca się stosowanie testów serologicznych. Mogą to być testy:

- III generacji – umożliwia wykrycie przeciwciał anty-HIV po 4-12 tygodniach od zakażenia,
- tzw. IV generacji – umożliwia wykrycie antygenu p24 HIV już po 2-3 tygodniach od zakażenia i przeciwciał anty-HIV po 4-12 tygodniach.

Ujemny wynik dowolnego z wyżej wymienionych testów po upływie 12 tygodni od ekspozycji wyklucza zakażenie

HIV. W wyjątkowych sytuacjach (m.in. lekowa profilaktyka poekspozycyjna HIV, jednoczasowa koinfekcja HIV i HCV, EBV lub CMV) okres ten może ulec wydłużeniu do 6 miesięcy.

Wynik dodatni (reaktywny) testu przesiewowego (III lub IV generacji), ze względu na możliwość pomylenia próbek krwi, wymaga powtórzenia badania z drugiej próbki krwi. Jeśli drugi wynik jest również reaktywny, to w celu wykluczenia wyniku fałszywie dodatniego, konieczna jest weryfikacja testem Western blot/LIA lub ewentualnie za pomocą testu molekularnego. Należy pamiętać, że dodatnia wartość predykcyjna (prawdopodobieństwo, że dodatni wynik jest rzeczywiście dodatni) pojedynczego serologicznego testu przesiewowego w kraju o prevalencji HIV takiej jak w Polsce wynosi mniej niż 50%!

TEST POTWIERDZENIA

W przypadku dwukrotnie dodatniego wyniku testu przesiewowego (drugie badanie należy wykonać z nowego pobrania krwi) należy wykonać tzw. test potwierdzenia. Test ten powinien umożliwiać identyfikację przeciwciał specyficznych dla HIV-1 i HIV-2. Wynik powinien zawierać informację o wykrytych przeciwciałach, a także o wszystkich przeciwciałach wchodzących w spektrum diagnostyczne zastosowanego testu. Jedynie na podstawie dodatniego wyniku testu potwierdzenia można rozpoznać zakażenie HIV. Rozpoznanie zakażenia HIV stawia lekarz, który powinien zweryfikować prawidłowość zrealizowanych procedur i ewentualnie uzupełnić brakujące badania. W pewnych sytuacjach klinicznych (m.in. podejrzenie ostrej choroby retrowirusowej/wczesnego zakażenia HIV, pilna konieczność rozpoczęcia terapii z powodu AIDS, poród) zakażenie HIV można rozpoznać w oparciu o wynik badania HIV-RNA, zawsze jednak pod nadzorem lekarza specjalisty. W późniejszym okresie tak postawione rozpoznanie należy potwierdzić testem wykrywającym przeciwciała anty-HIV. Pacjentowi można wydać jedynie wynik ostateczny czyli ujemny testu przesiewowego (podkreślając 12-tygodniowy okres okna serologicznego) lub testu potwierdzenia (Western blot/LIA). Natomiast w przypadku podejrzenia ostrej choroby retrowirusowej lub wątpliwości diagnostycznych należy niezwłocznie skierować pacjenta do Poradni Profilaktyczno-Lecniczej w celu jak najszybszego wyjaśnienia stanu klinicznego i ewentualnie wdrożenia leczenia.

Szybkie testy anty-HIV w diagnostyce zakażenia HIV

Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS zaleca stosowanie również szybkich testów diagnostycznych HIV (tzw. rapid tests), które powinny być dostępne zwłaszcza w gabinetach lekarskich oraz w punktach konsultacyjno-diagnostycznych. Stosowane testy powinny posiadać certyfikat CE, charakteryzować się porównywalną ze standardowymi badaniami czułością i specyficznością, a placówki je wykonujące powinny bezwzględnie poddawać się okresowo kontroli specjalistycznej i uczestniczyć w szkoleniach. Szybkie testy do wykrywania przeciwciał anty-HIV nie zawsze mogą być alternatywą dla testów laboratoryjnych

– należy porównać ich charakterystykę. Bez względu na czas jaki upłynął od ostatniego ryzykownego zachowania, szybkie testy nie powinny być stosowane w diagnostyce zakażenia HIV u kobiet ciężarnych, z wyjątkiem sytuacji kiedy w chwili wykonania badania czas do planowanego rozwiązania jest krótszy niż czas potrzebny na otrzymanie wyniku testu laboratoryjnego. W przypadku wyniku dodatniego (reaktywnego) szybkiego testu należy wykonać dodatkowo testy laboratoryjne.

OGRANICZENIA TESTÓW

Ujemny wynik testu nie wyklucza możliwości zakażenia HIV:

- jeśli w badanej próbce stężenie przeciwciał anti-HIV jest małe z powodu ich nie wytworzenia przez organizm (od momentu zakażenia upłynęło mniej niż 12 tygodni) lub test został przeprowadzony nieprawidłowo – niezgodnie z instrukcją dostarczoną przez producenta,
- u osób w zaawansowanym stadium AIDS,
- w przypadku mutacji wirusa (trudniej wykrywalnych przez test),
- w przypadku zakażenia innymi serotypami niż HIV-1 grupy M i O oraz HIV-2 – jeśli test ich nie wykrywa,
- u osób z hipo- i agammaglobulinemią.

Dodatni (reaktywny) wynik badania przesiewowego nie zawsze świadczy o zakażeniu HIV. Do czynników mogących negatywnie wpływać na wynik testu (zwiększać ryzyko wystąpienia wyników fałszywych) należą m.in.:

- zakażenia (Tokso plazma gondii, CMV, EBV, HAV, HCV, HBV, HSV, Treponema pallidum),
- obecność autoprzeciwciał (anti-Gag, przeciwciała przeciwko czynnikowi reumatoidalnemu, pojawiających się w przebiegu choroby nowotworowej),
- szczepienia w ciągu 1 miesiąca przed badaniem,
- ciąża,
- przetoczenia krwi i immunoglobulin,
- stan po przeszczepie.

Ponadto za wynik fałszywie dodatni może być odpowiedzialne niewłaściwe postępowanie z próbką krwi: jej podgrzewanie oraz wielokrotne rozmrażanie materiału przed oznaczeniem, a także pomylenie próbek krwi.

TESTY MOLEKULARNE W DIAGNOSTYCE ZAKAŻENIA HIV

Z uwagi na, między innymi, względną łatwość kontaminacji próbek w warunkach laboratoryjnych (ryzyko uzyskania wyniku fałszywie dodatniego) i konieczność powtórzenia badania z drugiego pobrania krwi w przypadku wyniku dodatniego, testy molekularne nie są zalecane w diagnostyce przesiewowej zakażenia HIV. Mogą być one stosowane jedynie przez osoby o dużym doświadczeniu, w ramach poradni specjalistycznych (3).

TRZY GŁÓWNE DROGI ZAKAŻENIA HIV

kontakty seksualne (waginalne, analne, oralne) z penetracją oraz kontaktem z materiałem potencjalnie zakaźnym – sperma, prejakulat i wydzielina z pochwy bez zastosowania zabezpieczenia (prezerwatywy);

krew zakażonej osoby np.: poprzez używanie tych samych igieł i strzykawek przez więcej niż jedną osobę, transfuzje

krwi i preparatów krwiopochodnych (jeśli krew nie była badana);

zakażenia wertykalne – matka zakażona HIV może zakażać swoje dziecko w czasie ciąży, porodu lub podczas karmienia piersią (1).

Rok 2014 był czternastym rokiem realizacji Programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia, koordynowanym przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Na dzień 31 grudnia 2014 r. objętych leczeniem ARV było 7881 pacjentów, w tym 112 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS. Według Krajowego Centrum ds. AIDS, od 1985 r., kiedy to zaczęto prowadzić badania do 31 marca 2016 r. w Polsce zarejestrowano 20 252 zakażonych wirusem HIV. Co najmniej 6 156 osób zaraziło się w związku z zażywaniem narkotyków. Odnotowano 3 363 zachorowań na AIDS. 1 355 chorych zmarło. W Kaliszu najwięcej przypadków HIV stwierdzono w roku 2011 (4 mężczyźni i 1 kobieta) oraz w 2014 (6 mężczyzn z HIV i 1 z AIDS). W tym roku wiadomo już o 4 przypadkach HIV i 1 chorym na AIDS. Wszyscy to panowie: pierwsi czterej z Kalisza, chory – z naszego powiatu. Również z danych ogólnopolskich wynika, że nosicielami wirusa HIV są głównie mężczyźni. Do zakażeń dochodzi u nich najczęściej w wieku 20-29 lat, a u kobiet w przedziale wiekowym 30-39 lat.

Każdego roku statystyki powiększają się o ponad 1000 nowych przypadków HIV - tylko w roku ubiegłym o 1273 osób. Najczęstszą drogą zakażenia były kontakty homoseksualne mężczyzn (277 osób), kontakty heteroseksualne (90 osób) i zażywanie narkotyków (49 osób). Odnotowano 4 przypadki zakażenia matką - dzieckiem oraz 1 przypadek zakażenia jatrogennego (np. przez obniżanie odporności organizmu przy przeszczepach). Przy czym w stwierdzonych nowych zgłoszeniach 66,9% pacjentów nie podało prawdopodobnej drogi zakażenia (852 osoby).

Rodzaje ekspozycji

Ekspozycja zawodowa to narażenie pracownika na kontakt z materiałem zakaźnym w związku z wykonywaną pracą, w wyniku naruszenia ciągłości skóry przez zakłucie, zadrapanie, skaleczenie narzędziem zanieczyszczonym materiałem zakaźnym, zachłapanie błon śluzowych lub uszkodzonej skóry oraz długotrwały kontakt skóry z dużą objętością materiału zakaźnego. Ekspozycja pozazawodowa to narażenie na zakażenia niezwiązane z pracą zawodową (nPEP):

– ekspozycje kryminalne (gwałt, umyślne zakłucie igłą lub innym narzędziem)

– incydentalne (wypadek, przetoczenie preparatów krwiopochodnych od dawcy HIV(+), pomoc rannemu, przypadkowy kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym, zakłucie igłą nieznanego pochodzenia, pojedyncze ryzykowne zachowanie seksualne, incydentalne zastosowanie narkotyku drogą dożylną).

Cele profilaktyki poekspozycyjnej

- ocena ryzyka zakażenia
- zminimalizowanie stresu
- ustalenie wskazań do postępowania poekspozycyjnego
- zastosowanie leków cART
- profilaktyka zakażenia HBV
- obserwacja po ekspozycji

– leczenie nowo wykrytych zakażeń w czasie obserwacji
Najwięcej zakażeń wirusem HIV w 2015 odnotowano w województwie śląskim (241), mazowieckim (218), dolnośląskim (132) oraz wielkopolskim (122) (4).

PROFILAKTYKA POEKSPOZYCYJNA PO NARAŻENIU NA ZAKAŻENIE HIV

Prawidłowe postępowanie poekspozycyjne zmierza do zminimalizowania ryzyka transmisji wirusów oraz wczesnego wykrycia zakażenia i zastosowania terapii. Najistotniejszym zadaniem lekarza jest ocena ryzyka zakażenia, które uwarunkowane jest liczbą i rodzajem ekspozycji, rodzajem materiału biologicznego, poziomem wirerii u źródła zakażenia, stanem uodpornienia osoby, która uległa ekspozycji. Jeśli doszło do kontaktu z materiałem zakaźnym, należy bezpośrednio po zdarzeniu podjąć czynności zmierzające do usunięcia krwi lub innych potencjalnie zakaźnych płynów ustrojowych poprzez zastosowanie prostych metod (5).

Postępowanie nieswoiste:

EKSPOZYCJA PRZEZSKÓRNA: nie tamować krwi, ale też i jej nie wyciskać. Przemyć ranę pod bieżącą wodą, można umyć mydłem.

ZACHLAPANIE ŚLUZÓWEK: Przeplukać kilkakrotnie wodą lub solą fizjologiczną.

↓ Zgłosić zdarzenie przełożonemu (dotyczy tylko ekspozycji zawodowych)

↓ Zabezpieczyć krew pacjenta źródłowego do badań.* Jeśli jest to niemożliwe skierować go na badania do ośrodka specjalistycznego zajmującego się profilaktyką poekspozycyjną. W przypadku ekspozycji pracowników medycznych badania mogą być wykonane w macierzystym zakładzie pracy o ile nie opóźni to wdrożenia profilaktyki poekspozycyjnej. Zalecane uzyskanie dodatkowych informacji na temat pacjenta źródłowego, mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji o wdrożeniu profilaktyki (z zachowaniem tajemnicy lekarskiej i odpowiednim zabezpieczeniem takich danych).

↓ Jak najszybciej należy zgłosić się do ośrodka specjalistycznego celem wykonania badań i kwalifikacji do profilaktyki swoistej.

* Jeżeli osoba będąca źródłem ekspozycji jest przytomna, powinna wyrazić pisemną zgodę na badania. W przypadku, gdy źródłem ekspozycji jest osoba nieletnia poniżej 16 r.ż. zgodę na badania wyrażają opiekunowie prawni, a w wieku 16-18 lat – opiekunowie prawni i badany. W przypadku odmowy przez pacjenta źródłowego wykonania badań – należy potraktować go jak potencjalnie zakażonego HIV HBV i HCV.

Jakie badania wykonujemy u ekspozowanego i pacjenta źródłowego na wizycie kwalifikującej do profilaktyki?

Osoba ekspozowana :

- HIV: HIVAb IV lub III generacji
- HBV: HBsAg, HBcAb, HBsAb – w przypadku osób szczepionych przeciw WZW B w przeszłości
- HCV: HCVAb

- inne: Test serologiczny w kierunku kiły w przypadku ekspozycji seksualnych. Test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym w przypadku konieczności zastosowania profilaktyki HIV)

Pacjent źródłowy

- HIVAb IV generacji

- HBsAg

- HCVAb

- inne: Test serologiczny w kierunku kiły w przypadku ekspozycji seksualnych

PROFILAKTYKA ZAKAŻENIA HIV

Postępowanie swoiste

Profilaktykę poekspozycyjną należy rozpocząć tak szybko, jak jest to możliwe. Najkorzystniej jest przyjąć leki w ciągu 1–2 godzin od zdarzenia i przed upływem 72. godziny. W przypadkach wątpliwych lepiej jest rozpocząć chemioprophylaktykę, a w razie wykluczenia wskazań przerwać terapię. Czas wymaganego leczenia w ramach postępowania poekspozycyjnego powinien wynosić 28 dni. W przypadku stwierdzenia wskazań do wdrożenia terapii stosuje się profilaktykę złożoną z trzech leków: dwóch leków z grupy inhibitorów odwrotnej transkryptazy (NRTI) i jednego inhibitora proteazy (PI). W przypadku stwierdzenia markerów zakażenia HIV lub HBV u osoby ekspozowanej nie wdraża się profilaktyki. U każdej kobiety w okresie rozrodczym przed włączeniem leków należy wykonać test ciążowy. Kobiety w okresie rozrodczym nie powinny zachodzić w ciążę, a matki karmiące powinny w tym okresie zaprzestać karmienia piersią. Należy także pouczyć osobę ekspozowaną, aby do czasu wykluczenia zakażenia HIV zachowała wstrzemięźliwość seksualną lub przestrzegała zasad bezpiecznego seksu, nie była dawcą krwi i narządów.

Schematy lekowe stosowane w profilaktyce

Leki zalecane: tenofowir + lamiwudyna/emtrycytabina + lopinawir

Leki alternatywne: zydowudyna + lamiwudyna/emtrycytabina + sakwinawir W przypadku ekspozycji zawodowej koszty związane z diagnostyką i terapią pokrywa pracodawca (5).

Czas rozpoczęcia profilaktyki – do 48 godzin, jedynie w przypadkach ekspozycji wysokiego ryzyka – do 72 godzin.

a) ekspozycja przezskórna: mniejsze ryzyko zakażenia HIV (igła pełna, powierzchowne skaleczenie) lub większe ryzyko zakażenia HIV (igła ze światłem, głębokie zakłucie, widoczna krew na narzędziu, igła po iniekcji i.m. lub i.v.)

- jeżeli źródło HIV +: zalecane 3 leki
- jeżeli źródło o nieznanym statusie: profilaktyka niezalecana lub 3 leki jeśli źródło wysokiego ryzyka zakażenia HIV
- jeżeli źródło nieznane: profilaktyka niezalecana (zwłaszcza jeśli narzędzie było wystawione na czynniki środowiska zewnętrznego) lub 3 leki jeśli źródło wysokiego ryzyka zakażenia HIV
- jeżeli źródło HIV-: profilaktyka niezalecana

b) w przypadku zachlapania: gdy mała objętość zakaźnego materiału biologicznego (kilka kropel) lub dużej objętości zakaźnego materiału biologicznego

- gdy HIV +: zalecane 3 leki
- gdy duża objętość zakaźnego materiału biologicznego: gdy źródło o nieznanym statusie lub nieznane profi-

laktyka niezalecana lub 3 leki jeśli źródło wysokiego ryzyka zakażenia HIV

- jeżeli źródło HIV-: profilaktyka niezalecana (3)

Epidemia HIV/AIDS jest w Polsce, jak i na całym świecie, jednym z priorytetowych zagadnień zdrowia publicznego. Wprowadzenie leczenia spowodowało spadek liczby zachorowań na AIDS oraz spadek śmiertelności z powodu AIDS w krajach rozwiniętych. Ma ono również znaczenie prewencyjne, gdyż u osób objętych terapią antyretrowirusową (ARV) dochodzi do zmniejszenia liczby kopii wirusa krążącego we krwi, co powoduje zmniejszenie zakaźności tych osób.

W Polsce zasady opieki medycznej nad pacjentami zakażonymi HIV, w tym leczenia antyretrowirusowego, opracowane zostały w formie Rekomendacji (ostatnia aktualizacja czerwiec 2015 r.) przez Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS - PTN AIDS. Rekomendacje są opracowywane przez grupę ekspertów z różnych ośrodków referencyjnych – relatorów Programu leczenia ARV w Polsce, w oparciu

o rekomendacje europejskie (European AIDS Clinical Society – EACS). Również przedstawiciel Krajowego Centrum ds. AIDS bierze czynny udział w pracach grupy eksperckiej, która opracowuje polskie Rekomendacje. Celem głównym Programu jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS przez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego (ARV). Właściwie prowadzone leczenie ARV powoduje zmniejszenie zapadalności na HIV i śmiertelności z powodu AIDS oraz zmniejszenie zakaźności osób zakażonych HIV dla populacji osób zdrowych w Polsce.

opracowano na podstawie:

www.mz.gov.pl

onet.pl wiadomości 30.11.2016

Horban A. (red. naczelny): Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS 2016. Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV.

Anonimowe i bezpłatne badania na HIV w Kaliszu. Ilu nosicieli żyje wśród nas? faktykaliskie.pl (komunikaty prasowe 15.11.2016)c((

Olczak A., Grąbczewska E.: Profilaktyka poekspozycyjna HIV – wytyczne PTN AIDS.komunikaty prasowe 15.11.2016)je

OBŚŁUGA PORTÓW NACZYNIOWYCH

ZASADY OBSŁUGI PORTÓW DOŻYLNÝCH. ZALECENIA POLSKIEGO KLUBU DOSTĘPU NACZYNIOWEGO

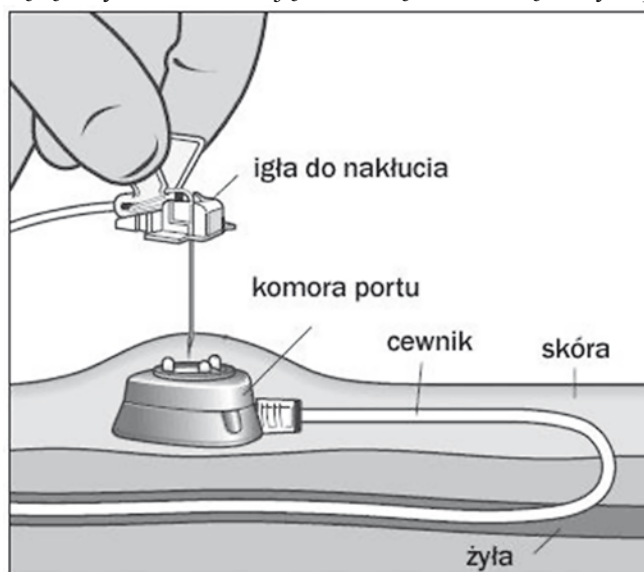
Port naczyniowy jest to całkowicie wszczepialny system umożliwiający długotrwały i łatwy dostęp do żyły centralnej. Port to mały metalowy dysk o średnicy około 2cm z delikatnie uniesionym silikonowym miejscem do wkłucia. Ponieważ silikonowa membrana jest uniesiona, można ją z łatwością odnaleźć na powierzchni skóry dzięki czemu wkłucie jest szybkie i łatwe. Materiał silikonowy, z którego wykonana jest membrana samoczynnie zasklepia się po każdym użyciu i dlatego też umożliwia to wkłuwanie się do portu setki razy przy pomocy specjalnej igły charakteryzującej się szlifem Hubera. Do podstawy portu przymocowany jest cewnik, który jest zwykle umieszczany w dużym naczyniu krwionośnym i dostarcza lek z portu do krwiobiegu. Charakterystyczną cechą wszczepianego portu jest fakt, że umieszcza się go całkowicie pod skórą. Takie umieszczenie pozwala na niemal całkowitą swobodę poruszania się pacjenta.

Porty dożylne, zapewniające długoterminowy dostęp dożylny o najwyższym poziomie bezpieczeństwa dla chorego, powinny być stosowane w znacznie większym zakresie niż obecnie. Wydaje się, że w Polsce nadużywa się obwodowego dostępu dożylnego, którego nie należy stosować dłużej niż przez 5–6 dni i którego nie używa się do podawania roztworów hiperosmolarnych (m.in. większości cytostatyków i preparatów do żywienia pozajelitowego). Stan ten ma kilka przyczyn: przede wszystkim brak precyzyjnych zaleceń dotyczących powszechnego stosowania centralnego dostępu dożylnego, zwyczajnie utrwalone w trakcie kształcenia kadr medycznych i szkoleń specjalizacyjnych. Jeżeli okres leczenia przekracza miesiąc, należy zapewnić choremu, niezależnie od rodzaju podawanych preparatów, odpowiedni centralny dostęp dożylny umożliwiający tę terapię.³ Porty naczyniowe, dzięki temu, że są całkowicie implantowane, wiążą się z najmniejszym ryzykiem zakażenia (1,2).

Zastosowanie portów naczyniowych

Port dożylny może być implantowany każdemu choremu, u którego przewiduje się długotrwałe lub często powtarzające

się wlewy substancji terapeutycznych oraz gdy podawane będą dożylnie leki działające drażniąco na ścianę naczyń np.



chemioterapia w przebiegu leczenia chorób nowotworowych. W onkologii, ze względu na silnie drażniące działanie wielu chemioterapeutyków, taki pewny i długoterminowy, czasami wieloletni dostęp dożylny jest niezbędnym elementem stosowanej terapii. Jednak porty nie są przeznaczone wyłącznie dla chorych onkologicznych i znajdują zastosowanie w wielu innych chorobach przewlekłych np.: w mukowiscydozie, hemofilii, porfirii, POCHP, leczeniu bólu przewlekłego oraz wielu innych, gdzie utrudniony lub niemożliwy dostęp do obwodowych naczyń żylnych prowadzi do utrudnienia lub uniemożliwia leczenie chorego, także w warunkach domowych i hospicjum (3).

Zalecenia ogólne

Port dożylny jest długoterminowym dostępem centralnym. Podczas korzystania z portu dożylnego

obowiązują takie same zasady jak przy każdym innym dostępie centralnym, a więc: aseptyka,

zabezpieczenie przed zatorem powietrznym, okresowe przepłukiwanie solą fizjologiczną oraz

wypełnianie cewnika roztworem heparyny podczas przerw w infuzji (tzw. korek heparynowy).

1. Na każdym etapie obsługi portu dożylnego należy zachować zasady aseptyki. Każda procedura powinna być poprzedzona właściwym umyciem rąk oraz dezynfekcją. Wszystkie czynności obsługowe powinno się wykonywać w sterylnych rękawiczkach.
2. Do nakłucia portu można stosować wyłącznie igły typu Hubera – są to igły z atraumatycznym, niewycinającym ostrzem, których szlif przebiega wzdłuż osi długiej igły. W zależności od czasu trwania wlewów i lepkości podawanych roztworów należy dobrać odpowiednią igłę do portu. Do nakłucia portu należy używać specjalnych igieł (Hubera), o wielopłaszczyznowym, łyczekowatym szlifie wykonanym w osi igły. Użycie zwykłej igły do iniekcji przezskórnych (ze szlifem Quinckego) może spowodować trwałe uszkodzenie membrany, choć w sytuacjach „emergency” oczywiście jest dopuszczalne. Większość nowoczesnych cewników stosowanych w portach dożylnych wytrzymuje ciśnienia rzędu 22 bar, pomimo tego nadal zaleca się podczas podawania leków przez port dożylny korzystać ze strzykawk o pojemności 10ml lub większych (2).
3. W przypadku wlewów trwających kilka minut można użyć prostej lub zakrzywionej igły do portu, którą po podaniu leku należy niezwłocznie usunąć.
4. W przypadku dłuższych trwających wlewów stosuje się specjalne zestawy do przetoczeń z igłą do portu, wyposażone w elementy umożliwiające umocowanie całego zestawu do powierzchni skóry (np. skrzydełka lub płytki mocujące) oraz dren z zaciskiem.
5. Długość igły powinna być tak dobrana, aby po wkłuciu igły do komory portu, element mocujący oparł się o skórę pacjenta bez potrzeby stosowania podkładanych pod zestaw gazików czy gąbek. Jeżeli igła jest za długa, trzeba ją ustabilizować, tak aby nie mogła się wychylać w porcie.

6. Jeżeli przez port mają być podawane emulsje tłuszczowe, preparaty krwio pochodne lub radiologiczne środki cieniujące, to do nakłucia portu należy użyć igły o grubości 18–19 G; do wlewów roztworów krystaloidów (i środków o zbliżonej lepkości) optymalne będzie użycie igły o grubości 20–22 G.

Jak przygotować skórę?

1. Przed nakłuciem portu należy obejrzeć skórę w okolicy. Jeżeli się stwierdza zmiany zapalne lub uszkodzenie skóry, nie wolno używać portu, a pacjenta trzeba skierować do lekarza odpowiadającego za opiekę nad cewnikami naczyniowymi. W celu zminimalizowania ryzyka uszkodzenia skóry związanego z wielokrotnymi nakłuciami zaleca się przesuwanie skóry nad membranę i zmienianie miejsca wprowadzenia igły.
2. Podczas wkłuwania igły do portu – w związku z ryzykiem przeniesienia zakażenia drogą kropelkową – należy polecić pacjentowi, aby odwrócił głowę w przeciwną stronę i (choć nie ma w tym zakresie jednoznacznych danych z badań klinicznych) zasadne jest stosowanie maseczek twarzowych zarówno przez personel medyczny obsługujący porty, jak i przez pacjentów.
3. W celu zdezynfekowania skóry należy 3-krotnie przetrzeć gazikiem nasączonym środkiem do dezynfekcji skórę na obszarze o średnicy około 8 cm. Dopuszczalne jest także użycie preparatów w sprayu, ale trzeba zwrócić uwagę na ryzyko aspiracji wytworzonego aerozolu zarówno przez pacjentów, jak i przez personel medyczny, oraz pamiętać o możliwości niepełnego pokrycia skóry środkiem dezynfekcyjnym. Zaleca się stosowanie 70% roztworu etanolu z chlorheksydyną lub oktenidyną. Czas kontaktu środka dezynfekcyjnego ze skórą nie powinien być krótszy niż 30 sekund. W celu zapewnienia aseptyki podczas procedury nakłucia portu zaleca się zastosowanie sterylnego obłożenia.

Nakłucie portu

1. Zestaw do przetoczeń/igłę do portu należy – z zachowaniem aseptyki – połączyć ze strzykawką i wypełnić 0,9% roztworem NaCl. Ze względu na ciśnienie generowane podczas nacisku na tłok strzykawki i związane z nim ryzyko uszkodzenia cewnika lub rozłączenia układu, zaleca się stosowanie strzykawk o pojemności ≥ 10 ml. <http://www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/wytyczne/146552,zasady-obslugi-portow-dozylnych-zalecenia-1>
2. W celu wprowadzenia igły do komory portu należy uchwycić palcami ręki niedominującej boczne powierzchnie komory portu i drugą ręką wkłuć igłę prostopadle przez skórę i membranę do komory portu. Optymalny przepływ w komorze portu uzyskuje się, ustawiając ścięcie igły w kierunku przeciwnym do ujścia cewnika – czyli tak, aby dren zestawu do przetoczeń znajdował się w linii wyznaczonej na skórze przez przebieg cewnika.
3. Po wkłuciu igły do komory portu należy powoli podać kilka mililitrów 0,9% roztworu NaCl, po czym – jeśli się nie wyczuwa wyraźnego oporu, cofając tłok strzy-

kawki, aspirować krew do drenu zestawu. Natychmiast po uzyskaniu wypływu wstecznego krwi należy przepłukać układ pozostałą objętością płynu ze strzykawki. Zaleca się stosowanie przepływu turbulentnego poprzez przerywane podawanie po około 1 ml. <http://www.mp.pl/zakrzepica/wytyczneartykuly/wytyczne/146552,zasady-obslugi-portow-dozylnych-zalecenia> - 1

Zabezpieczenie igły wkłutej do portu

1. Igłę wkłutą do portu należy zabezpieczyć sterylnym opatrunkiem foliowym. Opatrunek ma zapewnić utrzymanie sterylności miejsca, w którym igła przechodzi przez skórę i odizolować ją od środowiska zewnętrznego. Aby opatrunek spełniał swoją rolę, powinien być przezroczysty i charakteryzować się wysoką paroprzepuszczalnością.
2. Igły wkłutej do portu można używać przez maksymalnie 7 dni, pod warunkiem codziennej kontroli miejsca nakłucia skóry pod kątem wystąpienia ewentualnego odczynu zapalnego.
3. Jeżeli kontrola miejsca wkłucia igły jest niemożliwa, igłę należy wymieniać co 2 dni.

Prowadzenie wlewu przez port

1. Podczas wykonywania wlewu zaleca się przestrzeganie reguły „płukanie – lek – płukanie”, czyli przed podaniem i po podaniu każdego leku przepłukiwać port 0,9% roztworem NaCl.
2. Minimalna objętość potrzebna do przepłukania portu to 2-krotność jego pojemności zalegania (pojemność komory oraz pojemność 1 cm cewnika podawane są przez producentów portów); w praktyce ograniczenie to ma znaczenie w przypadku małych dzieci, u osób dorosłych do przepłukania portu potrzeba 5–10 ml
3. Kończąc wlew, należy przepłukać układ. Nie wykazano różnicy w częstości występowania powikłań zakrzepowych w zależności od stosowanego do przepłukiwania portu roztworu: heparyny, cytrynianu czy 0,9% NaCl
4. Stwierdzono, że częstość występowania zakażeń cewnika jest mniejsza, jeżeli okresowo (raz na tydzień – raz na 3 miesiące) przepłukuje się port roztworem o działaniu przeciwbakteryjnym/ przeciwwgrzybiczym
5. Podczas korzystania z portu należy zapewnić sterylność linii żyłnej: unikać rozłączeń, dezynfekować łączniki typu Luer przed ich ponownym połączeniem, stosować łączniki bezigłowe, w sposób aseptyczny przygotowywać wszystkie podawane roztwory, używać wyłącznie sterylnych strzykawek i korków typu Luer.

Pobieranie krwi do badań

1. Pobierając krew przez port, należy przepłukać układ 0,9% roztworem NaCl, po czym pobrać około 5 ml krwi i tę objętość odrzucić, a następnie pobrać właściwą próbkę krwi do badań.
2. Podczas pobierania z portu krwi na posiew nie przepłukuje się wcześniej układu, ale od razu pobiera się próbkę do badania mikrobiologicznego.
3. Niezwłocznie po pobraniu krwi należy przepłukać port 0,9% roztworem NaCl – zaleca się stosowanie przepływu turbulentnego.

Usunięcie igły z portu

1. Przed usunięciem igły z portu należy przepłukać go 0,9% roztworem NaCl.
2. Podczas usuwania igły zaleca się utrzymywanie dodatniego ciśnienia w układzie do czasu, aż igła zostanie wycofana z komory portu – kontynuowanie wlewu do momentu, gdy igła w całości wycofa się i schowa w membranie portu ma na celu uzupełnienie objętości płynu w komorze i zmniejszenie ryzyka zaaspirowania krwi do końcówki cewnika.
3. Po wyjęciu igły z portu należy zdezynfekować skórę i zabezpieczyć sterylnym opatrunkiem.

Pozostałe zalecenia

1. Gdy pacjent zakończy leczenie prowadzone drogą dożylną, należy mu zaproponować usunięcie portu.
2. Jeżeli pacjent nie zdecyduje się na usunięcie portu, a nie będzie on regularnie używany, zaleca się okresową kontrolę portu.
3. Nie wykazano, aby płukanie portu co miesiąc, 3 lub 4 miesiące wpływało na ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowych. Wydaje się wręcz, że częstsze płukanie może zwiększać ryzyko zakażenia portu, bo takie ryzyko jest wpisane w każdą procedurę nakłucia portu
4. Ze względu na możliwość mechanicznego uszkodzenia cewnika czy rozwoju zakrzepicy żyłnej zaleca się kontrolę portu nie rzadziej niż raz na pół roku oraz zawsze, gdy pojawią się niepokojące objawy związane z obecnością portu: zaburzenia rytmu serca, obrzęk kończyn górnych, szyi, poszerzenie skórnych naczyń żylnych, ból.

POWIKŁANIA ZWIĄZANE Z UŻYTKOWANIEM PORTU DOŻYLNEGO

Najczęstszym powikłaniem związanym ze stosowaniem portów dożylnych jest zakrzep na końcu

cewnika. Zachowuje się on jak zastawka - możliwy jest przepływ do pacjenta, ale nie można zaaspirować krwi. Często wystarczającym postępowaniem jest wtedy płukanie cewnika heparynizowanym roztworem soli fizjologicznej. Jeżeli powyższe nie umożliwi uzyskania refluku krwi, przed podaniem leków przez port wskazana jest kontrola radiograficzna – podanie kontrastu pod kontrolą fluoroskopową.

Obecność cewnika w świetle żyły sprzyja rozwojowi zakrzepicy żyłnej. Dodatkowym czynnikiem podnoszącym to ryzyko są wcześniejsze urazy układu żylnego (np. kilkakrotnie wykonywane wkłucia centralne), choroba nowotworowa, żylna choroba zakrzepowa. Obecność zakrzepicy w świetle żył podobojczykowej lub szyjnej wewnętrznej objawia się obrzękiem kończyny górnej, szyi, twarzy po stronie implantacji portu. Często miejsce wejścia cewnika do żyły jest zaczerwienione i bolesne, a sama żyła tkliwa i twarda. W leczeniu powikłań zakrzepowych stosujemy heparyny drobnocząsteczkowe, często nawet przez kilka miesięcy. W przypadku bardzo nasilonej zakrzepicy żyłnej konieczne może być usunięcie portu.

Obrzęk, zaczerwienienie i bolesność palpacyjna okolicy implantacji portu mogą świadczyć o zakażeniu kieszeni. Należy podać antybiotyki miejscowo i ogólnie minimum przez okres 7 dni. W miarę możliwości pobrać materiał na

posiew. Nie wolno wbijać igły po portu jeżeli podejrzewamy zakażenie kieszeni.

Zakażenie wnętrza komory i cewnika objawia się gorączką (często przekraczającą 40°C), dreszczami,

uczuciem rozbicia po podaniu dowolnego płynu przez port. Charakterystyczne jest występowanie

powyższych objawów w ciągu 30-60 minut od rozpoczęcia wlewu oraz ich samoistne ustąpienie. W

najcięższych przypadkach dochodzi do posocznicy i postępowaniem z wyboru jest pilne usunięcie portu dożylnego. W leczeniu zakażenia portu dożylnego stosuje się, oprócz systemowej antybiotykoterapii, tzw. plomby antybiotykowe, czyli podanie ściśle odmierzonej objętości antybiotyku w stężeniu wielokrotnie wyższym, niż przy podaży dożylniej, oraz plomby etanolowe, czyli analogiczne podanie sterylnego 70% etanolu.

Trzecią grupą powikłań związanych z użytkowaniem portu dożylnego są mechaniczne uszkodzenia

membrany portu lub cewnika. Pierwsze z nich zwykle związane są z wyrwaniem fragmentu membrany przez igłę zakrzywioną o dno komory na skutek zbyt silnego jej wpro-

wadzenia do portu. Drugie najczęściej polegają na jego przerwaniu cewnika, rzadko na pomyłkowym nakłuciu. Jeżeli port

zaimplantowany jest z dostępu nadobojczykowego, do przerwania cewnika może dojść na skutek ucisku, zgniecenia, uderzenia w miejsce jego przejścia nad obojczykiem – jest to łatwe do zaobserwowania: brak cewnika pod skórą lub wydostawanie się podawanych płynów podskórnie. Jeżeli port zaimplantowany jest z dostępu podobojczykowego, to może dojść do urwania cewnika w miejscu skrzyżowania pierwszego żebra i obojczyka na skutek ucisku i zgniatania cewnika - jest to łatwe do zaobserwowania, a nierozpoznanie takiego uszkodzenia cewnika może skutkować podaniem płynów i leków do śródpiersia (2,3,4).

Piśmiennictwo:

1. Młynarski R., Misiak M., Leś J., Grzesiak J., Fenikowski D.: *Zasady obsługi portów dożylnych: zalecenia Polskiego Klubu Dostępu Naczyniowego. Med. Prakt.*, 2016; 7-8: 24–27

2. Młynarski R.: *Procedura obsługi portu dożylnego. polanest.webd.pl*

3. Grudzień P.: *Porty naczyniowe nie takie straszne. nowoczesna-klinika.pl*

4. www.porty.info.pl

KONDOLENCJE

Wyrazy żalu i współczucia
naszej Koleżance Pielęgniarce

Krystynie Ozdowskiej

z powodu śmierci Męża

składają pielęgniarki
ze Szpitala w Wolicy

Koleżance

Renacie Owczarek

wyrazy żalu i głębokiego współczucia
z powodu śmierci Męża

składają pielęgniarki, położne
oraz pracownicy administracji
Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o

Wyrazy współczucia
dla

Ewy Guzendy

z powodu śmierci Mamy

składają Pielęgniarki Oddziału Wewnętrznego
Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Wyrazy współczucia i słowa otuchy
dla

Ewy Guzendy

z powodu śmierci Mamy

składają Pielęgniarki i Położne
Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

SZKOLENIA

4 października 2016 r. w OIPiP w Kaliszu 47 osób rozpoczęło się specjalizację w dziedzinie Pielęgniarstwa chirurgicznego. Specjalizacja dofinansowana jest ze środków Ministerstwa Zdrowia.



21 października 2016 r. rozpoczął się kurs specjalistyczny w zakresie „Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów” dla pielęgniarek i położnych z OIPiP w Kaliszu. Organizatorem była OIPiP w Poznaniu. Kurs finansowany był z projektu UE. W szkoleniu uczestniczyły 32 osoby.

28 października rozpoczął się kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki”. W kursie uczestniczy 25 osób.

25 listopada 2016 r. odbyło się szkolenie dla pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania.



Temat szkolenia „Grupowa profilaktyka fluorkowa”. Wykładowcą była Pani prof. Maria Borysewicz-Lewicka.

18 listopada 2016 r. odbył się egzamin 1 edycji kursu „Szczepień ochronnych” program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych w kursie uczestniczyło 28 osób.

08 grudnia 2016 r. odbył się egzamin 2 edycji kursu „Szczepień ochronnych”. W kursie uczestniczyło 29 osób. Szkolenia realizowane były na terenie ZZOZ Ostrów Wlkp.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu była organizatorem kursów na terenie Szpitala Powiatowego w Rawiczu. Odbyły się dwa kursy specjalistyczne „Terapia bólu ostrego u dorosłych” oraz „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych” dla pielęgniarek i położnych. W każdym kursie uczestniczyło 25 osób.



POŻEGNANIE PANI MARZENY



W grudniu 2016 r. Pani Marzena Kościelak po 25 latach pracy w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu przeszła na emeryturę, łącznie pracowała 45 lat. Zawsze służyła pomocą członkom OI i współpracownikom. Swoje obowiązki wypełniała najlepiej jak umiała. Za to dziękujemy Pani Marzenko.

PODZIĘKOWANIE

SPOTKANIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W grudniu 2016 w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu odbyło się spotkanie pielęgniarek i położnych, które w latach 2014 – 2015 przeszły na emeryturę. Przewodniczący Okręgowej Rady Marek Przybył podziękował za wieloletnią pracę na rzecz pacjentów, życzył dużo zdrowia, spokojnych Świąt i Szczęśliwego Nowego Roku. Spotkanie przebiegło w miłej i serdecznej atmosferze. Panie podzieliły się doświadczeniami ze swojej pracy. Był czas na wspomnienia.



JUBILEUSZ

50 LAT SZKOŁY MEDYCZNEJ W OSTROWIE WIELKOPOLSKIM

4 listopada odbyły się uroczystości z okazji 50 - lecia powstania Szkoły Medycznej w Ostrowie Wielkopolskim. Na uroczystość przybyli zaproszeni goście i absolwenci. Szkoła decyzją Ministerstwa Zdrowia została utworzona 8 czerwca 1996 r. i funkcjonuje nadal. Uroczyste otwarcie szkoły odbyło się 3 października 1966 r. Naukę rozpoczęło 96 uczennic. W murach tej szkoły zdobyło wykształcenie 6161 absolwentów. Uroczystość była okazją do spotkania po wielu latach z koleżankami i kolegami oraz nauczycielami.

Zdjęcia ►



PLAN SZKOLEŃ

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU

PLAN SZKOLEŃ NA 2017 ROK

L./p	TEMATYKA	Planowany termin szkolenia	Minimalna liczba uczestników
1.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria – 164 godz. * zajęcia praktyczne- 196 godz.	<i>Marzec 2017r.</i> <i>Zjazdy 2 x w miesiącu /piątek, sobota , niedziela /</i>	15
2.	Pielęgniarstwo kardiologiczne kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 200 godz. * zajęcia praktyczne – 238 godz.	<i>Czerwiec 2017r</i> <i>Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela /</i>	15
3.	Pielęgniarstwo rodzinne kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 150 godz. * zajęcia praktyczne – 175 godz.	<i>Czerwiec 2017</i> <i>Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela /</i>	15
4.	Pielęgniarstwo rodzinne kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla położne * teoria - 160 godz. * zajęcia praktyczne – 161 godz.	<i>Wrzesień 2017r.</i> <i>Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela/</i>	15
5.	Pielęgniarstwo anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii kurs kwalifikacyjny przeznaczony dla położnych * teoria - 160 godz. * zajęcia praktyczne – 217 godz.	<i>Luty 2017r.</i> <i>Zjazdy 2 x w m-cu /piątek, sobota, niedziela/</i>	15
6.	Wykonanie konikopunkcji, odbarczanie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek Państwowego Ratownictwa Medycznego * teoria 15 godz. * ćwiczenia w warunkach symulowanych -25 godz.	<i>Marzec 2017r.</i>	15
7.	Szczepienia ochronne kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 35 godz. * zajęcia praktyczne - 45 godz.	<i>kwiecień 2017r.</i>	15

8.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria - 27 godz * ćwiczenia - 7 godz. * zajęcia praktyczne - 28 godz.	<i>luty 2017r.</i>	15
9.	Obsługa portu donaczyniowego kurs doształcający przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria – 9 * ćwiczenia – 5 godz.	<i>marzec 2017r.</i>	20
10.	Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CPWI) kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 29 godz * ćwiczenia - 75 godz. * zajęcia praktyczne - 25 godz.	<i>maj 2017r.</i>	15
11.	Edukator w cukrzycy kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 96 godz * zajęcia praktyczne - 64 godz.	<i>Kwiecień 2017r.</i>	15
12.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 35 godz * zajęcia praktyczne - 35 godz.	<i>kwiecień 2017r.</i>	15
13.	Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria - 44 godz * zajęcia praktyczne - 136 godz.	<i>Czerwiec 2017r.</i>	15
14.	Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria - 60 godz * zajęcia praktyczne - 45 godz.	<i>Czerwiec 2017r.</i>	15
15.	Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * wykłady - 45 godz. * zajęcia praktyczne – 30 godz.	<i>wrzesień 2017r.</i>	15
16.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * wykłady - 30 godz. * ćwiczenia – 25 godz. * zajęcia praktyczne – 35 godz.	<i>kwiecień 2017r.</i>	15

17.	Resuscytacja oddechowo-kръżeniowa noworodka kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria - 27 godz * ćwiczenia - 30 godz.	<i>Czerwiec 2017r.</i>	15
18.	Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * wykłady - 50 godz. * zajęcia praktyczne – 35 godz.	Grudzień 2017r	15
19.	Wykonanie badania spirometrycznego kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * wykłady - 36 godz. * zajęcia praktyczne – 50 godz.	Październik 2017r	15
20	Dializoterapia kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria-75 godz. * zajęcia praktyczne-90 godz.	<i>wrzesień 2017r</i>	15
21.	Terapia bólu ostrego u dorosłych kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * wykłady - 28 godz. * zajęcia praktyczne – 28 godz.	wrzesień 2017r	15
22.	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek i położnych * teoria – 35 godz. * zajęcia praktyczne – 70 godz.	<i>kwiecień 2017r</i>	15
23	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria – 35 godz. * zajęcia praktyczne – 55 godz.	Wrzesień 2017r	15
24.	Leczenie ran kurs specjalistyczny przeznaczony dla pielęgniarek * teoria – 80 godz. * zajęcia praktyczne – 120 godz.	kwiecień 2016r7	15

25.	Leczenie ran kurs specjalistyczny przeznaczony dla położnych * teoria – 45 godz. * zajęcia praktyczne – 70 godz.	kwiecień 2017r.	15
-----	--	-----------------	----

Wskazane szkolenia są propozycją skierowaną do zainteresowanych pielęgniarek i położnych, natomiast zostaną zorganizowane po uzyskaniu potwierdzenia wymaganej liczby uczestników.

W razie niemożności zorganizowania kursu z przyczyn niezależnych, Organizator zastrzega sobie możliwość odwołania szkolenia.

Jednocześnie informujemy, że istnieje możliwość zorganizowania szkoleń na terenie

Zakładów Opieki Zdrowotnej dla pracowników tej jednostki.

Ceny kursów uzależnione są od ilości osób.

PIELĘGNIARSTWO

RAK JĄDRA – WAŻNA PROFILAKTYKA

Co roku w Polsce wykrywa się ok. 700 przypadków raka jądra. Schorzenie to dotyczy głównie mężczyzn do 40. roku życia. Najnowsze doniesienia medyczne wskazują, że młodzi mężczyźni z podejrzeniem raka jądra, zgłaszają się do lekarza zbyt późno. W wielu przypadkach u zgłaszającego się pacjenta stwierdza się już ogniska wtórne, co związane jest z gorszym rokowaniem.

Nowotwory jądra mogą powstać ze wszystkich tkanek jądra. Mogą być złośliwe i niezłośliwe.

Najczęściej spotykanym nowotworem jądra jest nowotwór należący do grupy nowotworów zarodkowych jądra. Potocznie te nowotwory nazywa się rakiem jądra. Stanowi on 95% wszystkich nowotworów jądra. Występuje wśród młodych mężczyzn. W ostatnich latach nastąpił wzrost zachorowań na ten nowotwór.

Nowotwory zarodkowe jądra dzieli się na nasieniaki, które mają lepsze rokowanie i nienasieniaki o gorszym rokowaniu. Nasieniaki rozwijają się wolniej i występują częściej około czterdziestego roku życia. Nienasieniaki pojawiają się częściej około 20 – 30 roku życia i są bardziej złośliwe. Przyczyna występowania nowotworów zarodkowych nie jest znana.

Do czynników zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwór zarodkowy jądra należą:

- wnetrostwo,
- jądro, które osadziło się w mosznie dopiero po 6 roku życia lub zostało sprowadzone leczeniem do moszny,
- zespół Klinefeltera,
- występowanie nowotworu u krewnych pierwszego stopnia,
- wystąpienie nowotworu w przeciwległym jądrze,
- niekorzystne czynniki środowiskowe.

Objawy nowotworu jądra

Wśród objawów występuje niebolesne powiększenie jądra, zgrubienie, guzek, obrzęk moszny, uczucie ciężkości w worku mosznym, czasem pobołowania jądra. Zazwyczaj

ból występuje wówczas, gdy dołączy się proces zapalny. U niektórych pacjentów stwierdza się ginekomastię. W zaawansowanym procesie nowotworowym mogą wystąpić objawy związane z przerzutami – ból w okolicy lędźwiowej, ból brzucha, kaszel, krwioplucie.

Diagnostyka

Do oceny zaawansowania procesu nowotworowego guza zarodkowego stosuje się klasyfikację TNM.

Podstawowym badaniem jest badanie palpacyjne. Ważnym badaniem jest USG. Wykonywane są dodatkowe badania w celu ustalenia ewentualnych przerzutów odległych: tomografia komputerowa jamy brzusznej, klatki piersiowej. W niektórych sytuacjach wykonywana jest pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Oznacza się markery nowotworowe. Istotne znaczenie mają - alfa-fetoproteina (AFP), gonadotropina kosmówkowa (BHCG), dehydrogenaza mleczanowa (LDH). Podwyższenie tych markerów stwierdza się u około 80% chorych na zarodkowe nowotwory jądra. Ustalenie markerów jest pomocne w diagnostyce przedoperacyjnej i monitorowaniu wyników leczenia.

Leczenie

Metody leczenia zależą od stopnia zaawansowania choroby. Nasieniaki leczy się chirurgicznie – wykonuje się zabieg orchidektomii. W zależności od stopnia zaawansowania choroby stosuje się leczenie uzupełniające. Może nim być chemioterapia, radioterapia.

Stosowane leczenie uzupełniające zwykle jest bardzo skuteczne, ponieważ nasieniaki są nowotworami silnie wrażliwymi na promieniowanie i leki cytostatyczne. Rokowanie w przypadku nasieniaków jest dobre – udaje się wyleczyć

chorych, u których stwierdzono występowanie przerzutów odległych (co jest wyjątkiem w przypadku chorób onkologicznych).

Podstawowym sposobem postępowania w nienasieniach jest również zabieg operacyjny polegający na usunięciu jądra i leczenie uzupełniające. Decyzje terapeutyczne co do postępowania w przypadku pacjentów z nienasieniami są indywidualne i zależą wyłącznie od decyzji lekarza. Europejskie Towarzystwo Onkologiczne zaleca obserwację pacjentów przez 5 – 10 lat od zakończenia leczenia.

Usunięcie jednego jądra nie wpływa na życie seksualne, a nawet płodność mężczyzny. Drugie jądro potrafi wyprodukować wystarczającą do zapłodnienia ilość nasienia. Mężczyzna po operacji może też prowadzić normalne życie seksualne. Jedynym efektem zabiegu jest widoczny brak jądra, można go zastąpić protezą.

Wcześniej wykryty rak jądra jest niemal w stu procentach uleczalny i dlatego nie należy zwlekać z decyzją o podjęciu leczenia.

Współczesna onkologia umożliwia wyleczenie nawet chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. W ośrodkach onkologicznych specjalizujących się w leczeniu tych rzadkich nowotworów dostępne są nowoczesne metody leczenia.

Profilaktyka

Tak jak panie regularnie badają sobie piersi, panowie powinni badać jądra.

Każdy mężczyzna powinien znać wielkość i wygląd swoich jąder, tak by był w stanie wykryć jakiegokolwiek zmiany. Zaleca się mężczyznom powyżej 15 roku życia comiesięczne samodzielne badanie. Najlepiej wykonywać je po ciepłej kąpieli lub prysznicu, gdy można jest rozluźniona. Ze względu na rzadkie występowanie, wiele osób nie słyszało o raku jąder. Wiedza o nim jest szczególnie ważna dla młodych mężczyzn.

Jak prawidłowo wykonać samobadanie jąder?

Najpierw należy przetaczać jądro delikatnie między kciukiem a palcem wskazującym, sprawdzając, czy pod skórą nie ma jakiegokolwiek zgrubienia, grudek. Należy zwrócić uwagę, czy od poprzedniego badania jądra nie zmieniły wyglądu, np. czy nie są powiększone, czy skóra nie jest napięta albo jej powierzchnia chropowata. Uciskać delikatnie palcami - jądro zdrowe jest miękkie i gładkie. Twarde i chropowate wymaga konsultacji lekarza.

„ODWAŻNI WYGRYWAJĄ” – to kampania informacyjno- edukacyjna dotycząca profilaktyki raka jądra.

Skierowana jest do mężczyzn w wieku od 16. do 35. roku życia. Celem akcji jest obniżenie liczby młodych mężczyzn, którzy zbyt późno zgłaszają się do lekarza z objawami raka jądra.

Dekalog dla zdrowia mężczyzny:

- regularnie badaj jądra,
- noś wygodną i oddychającą bieliznę,
- ogranicz spożycie alkoholu,
- rzuć palenie,
- jedz mniej czerwonego mięsa i tłustych potraw,
- odstaw słodycze,
- spożywaj więcej ryb, drobiu, owoców i warzyw,
- zrzuć zbędne kilogramy,
- dbaj o prawidłowe ciśnienie krwi,
- dbaj o aktywność fizyczną,
- dbaj o odpoczynek i odpowiednią liczbę godzin snu,
- znajdź czas na relaks.

Opracowała na podstawie piśmiennictwa : K. Połomska

Gluszek S.: Chirurgia Wydawnictwo Czelej.

Fibak J.: Chirurgia Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Wiechno P.: artykuł – Jądro, Krajowy Rejestr Nowotworów.

www.poradnikzdrowie.pl

KONDOLENCJE

*„Wszystko na świecie przemija powoli
Szczęście i radość i wszystko co boli
Wszystko przemija - tak chce przeznaczenie
Jedno nam tylko zostaje - wspomnienie”*

**Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej Koleżanki**

Doroty Płazeskiej

składamy wyrazy współczucia Rodzinie

**pielęgniarki, położne oraz pracownicy administracji
Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o**

DOSKONALENIE ZAWODOWE

SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ – ROLA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ W KSZTAŁTOWANIU JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH

System zarządzania jakością jest jednym z najpopularniejszych narzędzi doskonalenia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce. W normie ISO 9001:2008 wyspecyfikowano wymagania dotyczące zarządzania jakością w przypadku, gdy organizacja zamierza wykazać swoją zdolność do świadczenia usług, spełniających wymogi prawne oraz oczekiwania pacjentów i pracowników. W przypadku świadczenia usług medycznych szczególne znaczenie mają pracownicy bezpośrednio zaangażowani w realizację świadczeń. W tym obszarze istotne znaczenie odgrywa najliczniejsza grupa zawodowa pielęgniarek i położnych. Jakość opieki pielęgniarskiej można określić jako „stopień, w jakim opieka ta przyczynia się do osiągnięcia pożądaných efektów w stanie zdrowia osób (grup), zwiększa ich zdolność do samoopieki i samopielęgnacji oraz wskazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i przyjętymi standardami”.

Wzrost świadomości pacjentów, ich potrzeb oraz oczekiwań dotyczących świadczeń zdrowotnych, w powiązaniu z nasilającą się konkurencją na rynku usług medycznych, sprawia, że utrzymanie się, przetrwanie i rozwój placówki lecznictwa zamkniętego zależy w dużej mierze od oferowanej przez nią jakości. Jakość ta pojmowana jest szeroko, dotyczy bowiem wszystkich aspektów funkcjonowania szpitala – zakresu oferowanych usług, sposobu i szybkości ich realizowania, organizacji i przebiegu procesu leczenia, stosowania nowoczesnych metod diagnostyki i terapii itp. Istotnym elementem jest także podejście do pacjenta, dbałość o jego komfort oraz zaspokojenie potrzeb biopsychospołecznych. Koncentracja na pacjencie, uwzględnianie jego perspektywy, jest istotą koncepcji funkcjonalnej, która akcentuje m.in. konieczność poprawy komunikacji z pacjentem.

Proces wprowadzania konstruktywnych zmian w organizacji jest złożony i długotrwały, wymaga m.in. modyfikacji postaw i zachowań personelu, wiąże się z doskonaleniem kompetencji, zarówno twardych (wiedza, specyficzne umiejętności zawodowe), jak i miękkich (psychospołecznych), umożliwiających budowanie trwałych relacji i skuteczne komunikowanie się z pacjentami, członkami zespołu terapeutycznego oraz kadrą zarządzającą. Zachowania pracowników są często główną barierą w budowaniu efektywności i sprawnym zarządzaniu organizacją, jaką jest szpital.

Wysoki poziom zaangażowania pracowników w wykonywanie obowiązków zawodowych, stopień ich identyfikacji z misją placówki oraz akceptacja podejmowanych przez placówkę działań projakościowych znajduje odzwierciedlenie w świadczeniu usług zgodnych, a niekiedy nawet przewyższających, oczekiwania pacjenta. Dbłość o poprawę środowiska pracy personelu, tworzenie sprzyjających warunków pozostaje zatem w pozytywnym związku z poprawą jakości usług. Racjonalne, zaplanowane, zintegrowane i uporządkowane działania ukierunkowane na stałe podnoszenie jakości są obecnie koniecznością, przed którą staje każda placówka pragnąca odnieść sukces. W procesie świadczenia usługi znaczenie ma nie tylko wiedza, specjalistyczne umiejętności oraz

zgodność postępowania z obowiązującymi w danej dziedzinie standardami, ale także poziom zaangażowania pracowników. Pacjenci oczekują, przede wszystkim rozwiązania problemu zdrowotnego, ale również tego, w jaki sposób się to odbywa. Czyli, oprócz uzyskania trafnej diagnozy, pacjent dostrzega i wartościuje wszystkie elementy świadczonej usługi, oczekując także wielowymiarowego wsparcia (informacyjnego, instrumentalnego oraz emocjonalnego), dialogu, wysłuchania jego sugestii i traktowania w sposób podmiotowy. Badanie satysfakcji pacjenta jest obecnie traktowane jako pewnego rodzaju wymóg w placówkach, które posiadają certyfikaty jakości. Zależności między realizowaną usługą a poziomem satysfakcji są złożone. Stąd też jakość jest wypadkową działań podejmowanych przez placówkę w różnych obszarach: zarówno zarządzania zasobami ludzkimi, finansowymi, materialnymi oraz procesami i świadczenia usług, jak i zaspokajania potrzeb oraz oczekiwań pacjentów.

Zatem cechą nadrzędną funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej jest jakość świadczonych usług. W ostatnich latach coraz większą uwagę poświęca się zagadnieniom związanym z działaniami pozwalającymi na ciągłe doskonalenie jakości usług medycznych, warunkujące skuteczną opiekę medyczną, oparte na Kompleksowym Zarządzaniu Jakością (TQM). Jest to podejście do zarządzania, którego istotnym elementem jest zaangażowanie pracownika. Doskonalenie jakości to specyficzny, ciągły proces wprowadzania zmian, w którym szczególną wagę przypisuje się partycypacji pracowników, która niekiedy warunkuje poziom satysfakcji danego pracownika. Udział pracowników umożliwiający wszystkim członkom organizacji przyczynienie się do rozwoju skuteczności działań, przez co nadaje pracownikom większy sens ich pracy, a tym samym zadowolenie z niej. Istotnym wyznacznikiem jakości usług medycznych jest zadowolenie pacjentów. Jednak równie istotnym elementem jest zadowolenie pracownika, ponieważ czynniki warunkujące jakość opieki są determinowane przede wszystkim działaniami pracownika. Przez zadowolenie rozumiemy stan równowagi między potrzebami pracownika i oczekiwaniami

co do możliwości ich zaspokojenia w pracy, a faktycznym ich zaspokojeniem. To, że praca powinna być źródłem radości życiowej wydaje się oczywiste, jak oczywiste wydaje się to, iż zadowolenie z pracy ma ogromne znaczenie dla każdego, kto pracuje.

Jakość jest coraz częściej rozpatrywana jako niezbędny i podstawowy element wszystkich działań medycznych. W literaturze przedmiotu jakość świadczeń leczniczych rozważana jest w różnych perspektywach, co daje nam informację, że problemem tym zajmują się różne osoby mające wpływ na proces diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i obsługi technicznej pacjenta. Postuluje się powszechnie, aby zapewnienie jakości w szpitalu było „interzawodowe” i „interdyscyplinarne”. W przypadku organizacji usługowych szczególne znaczenie mają pracownicy bezpośrednio zaangażowani w realizację świadczeń. W tym obszarze istotne znaczenie odgrywa opieka pielęgniarska, rozumiana jako całokształt zabiegów pielęgnacyjnych, manualnych czy technicznych, ale również cały obszar kontaktów międzyludzkich, wiedza pielęgniarek oraz ich zdolność do podejmowania decyzji. Oceną jakości usług medycznych, w tym opieki pielęgniarskiej, jest szczególnie trudna do jednoznacznego określenia i zdefiniowania z uwagi na niemierzalność i dużą złożoność procesu jej realizacji. Do uzyskania obiektywnych wyników dotyczących jakości opieki pielęgniarskiej poza badaniem satysfakcji pacjenta konieczne jest otrzymanie także informacji od osób świadczących usługi pielęgniarskie. Jakość w opiece pielęgniarskiej dotyczy działania bezpośredniego między pacjentem a pracownikami medycznymi, w tym przypadku między pacjentem a pielęgniarką. Elementem nastawionym już na konkretną grupę osób i określone działania. Pracownik medyczny jest klientem pośrednim, wewnętrznym, jednocześnie najważniejszym elementem kształtującym ostateczny wizerunek organizacji. Od pojedynczego pracownika zależy jakość świadczonych usług i satysfakcja pacjenta. Praktyka pokazuje, że postrzeganie jakości w obrębie tej grupy interesariuszy często bywa różne, co wynika m.in. z dużego zdywersyfikowania środowiska.

Zarządzanie jakością opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarskiej, to stopień w jakim opieka pielęgniarska przyczynia się do osiągnięcia pożądanych efektów w stanie zdrowia osób i zwiększa ich zdolność do samoopieki i samopielęgnacji, dbanie o pacjenta, dostrzeganie jego potrzeb, holistyczne traktowanie pacjenta, opieka pielęgniarska na najwyższym poziomie, zwiększanie satysfakcji pacjenta, podnoszenie kwalifikacji zawodowych, ciągłe doskonalenie zawodowe, angażowanie i uświadamianie personelu, opracowanie norm obsady pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych, dbanie o optymalną i bezpieczną organizację pracy, przeciwdziałanie uciążliwości pracy i syndromowi wypalenia zawodowego, wysoka jakość świadczonych usług zgodnie z przyjętymi standardami, procedurami, normami systemów zarządzania, wprowadzenie wewnętrznej kontroli przestrzegania wymagań, rejestracja zdarzeń niepożądanych, optymalizacja procesów.

Wdrożenie systemu zarządzania jakością wiąże się z wprowadzeniem przeobrażeń organizacyjnych i mentalnych

w zakładzie opieki zdrowotnej. W zależności od zaawansowania procesów, mogą to być zmiany radykalne bądź niemal niezauważalne.

W zakładach w których funkcjonuje system zarządzania analizuje się różne wskaźniki jakości, raportuje je oraz podejmuje skuteczne działania, np. w zakresie monitorowania zakażeń szpitalnych, celów jakości, dokumentacji medycznej. Podwyższeniu podlega również poziom koncentracji i dbałość o satysfakcję pacjenta i przestrzeganie praw pacjenta. System zarządzania jakością porządkuje i ujednolica także działania związane z nadzorem nad lekami, odpadami, sprzętem medycznym. Nie bez znaczenia są również korzyści płynące z uporządkowania wewnętrznego zarządzania zasobami ludzkimi i środowiskiem opieki. Dodatkowo są opracowane i wprowadzone procedury, standardy, instrukcje postępowania pielęgniarskiego. Najczęściej przygotowane dokumenty to: procedury systemowe, procedury medyczne (lekarskie, pielęgniarskie, radiologiczne, rehabilitacyjne, mikrobiologiczne, laboratoryjne), procedury organizacyjne, sanitarno-epidemiologiczne, żywienia szpitalnego, elektro-niczny proces pielęgnowania i oceny stanu pacjenta. Wśród wymienianych procedur medycznych najczęściej występują procedury postępowania w przypadku nagłego zatrzymania krążenia (NZK), pobieranie materiału do badań, przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych oraz grupa procedur epidemiologicznych: postępowanie po ekspozycji zawodowej, postępowanie z odpadami medycznymi i materiałem skażonym, mycie i dezynfekcja rąk, rejestracja zakażeń szpitalnych, postępowanie z pacjentem zakażonym wirusem grypy AH1N1.

Etapy wdrożenia systemu zarządzania jakością w szpitalu

Etap I. Prace koncepcyjne, przygotowawcze, organizacyjne:

1. Ustalenie harmonogramu działań wdrożeniowych: — określenie czasu i etapów wdrożenia systemu; — ustalenie, czy system będzie wdrożony w całym szpitalu, czy w wybranym oddziale, komórce lub w pracowni diagnostycznej; — szkolenie przyszłych pełnomocników ds. systemów zarządzania jakością; — wstępne rozmowy z przedstawicielem jednostki certyfikującej w celu rozpoznania warunków wdrożenia systemu.
2. Wstępna ocena działającego dotychczas systemu doskonalenia świadczeń medycznych w szpitalu.
3. Powołanie pełnomocnika komendanta ds. systemów zarządzania jakością — ustalenie jego zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności. Główne zadania pełnomocnika: — wdrożenie, utrzymanie i doskonalenie systemu zarządzania jakością; — koordynacja zadań przy opracowywaniu, aktualizacji i rozpowszechnianiu dokumentacji systemu wśród pracowników zakładu; — nadzorowanie przebiegu audytów wewnętrznych; — inicjowanie działania korygującego i zapobiegawczego; — przygotowanie sprawozdania na przegląd zarządzania z przebiegu procesu zarządzania jakością na terenie szpitala; — współpraca z instytucją certyfikującą, ewentualnie z firmą doradcą.

4. Określenie polityki jakości i celów jakościowych — powinny być znane i zrozumiałe dla wszystkich pracowników na różnych stanowiskach; polityka jakości powinna być okresowo weryfikowana i nowelizowana, tak aby realizacja celów jakościowych pozwoliła na zaspokojenie potrzeb i oczekiwań odbiorców usług medycznych.
5. Weryfikacja schematu organizacyjnego szpitala (struktura organizacyjna szpitala często zmienia się z uwagi na zmieniające się warunki kontraktu z NFZ lub wskaźniki finansowe).
6. Szkolenie w zakresie podstaw normy (szkolenie dla kadry kierowniczej szpitala); można skorzystać z firmy doradczej, która zawodowo zajmuje się szkoleniem pracowników, wdrażaniem systemów zarządzania jakością w szpitalach, a nie tylko w przedsiębiorstwach.
7. Przekazanie podstawowych informacji dla pracowników z zakresu istoty wdrażania systemu zarządzania jakością.
8. Wyodrębnienie procesów i ich elementów składowych, określenie osób odpowiedzialnych, określenie mierników procesów, które powinny być analizowane podczas przeglądu zarządzania.
9. Określenie sekwencji między procesami (graficzne opracowanie mapy procesów).
10. Tworzenie zrzębów dokumentacji systemowej.

Etap II. Opracowanie i wdrożenie dokumentacji systemu:

1. Opracowanie dokumentacji systemowej (księga jakości, procedury, instrukcje, standardy). Wskazane jest, aby w księdze jakości znalazły się wzory dokumentacji medycznej przyjętej w szpitalu, na przykład: — historia choroby z leczenia szpitalnego; — dokumentacja procesu pielęgnowania; — historia choroby z leczenia ambulatoryjnego; — dokumentacja z leczenia stomatologicznego; — dokumentacja procesu pielęgnowania pielęgniarki środowiskowej.
2. Prezentacja dokumentacji (głównie księgi jakości i jej załączników w czasie szkolenia kierowniczej kadry szpitala i jej zastępców oraz kandydatów na audytorów wewnętrznych).
3. Praca z zatwierdzonymi dokumentami i formularzami (np. karta oceny dostawców, monitorowanie temperatur w urządzeniach chłodniczych).
4. Dalsze doskonalenie systemu i dokumentacji.
5. Powołanie audytorów wewnętrznych (określenie ich obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności). Audytorzy wewnętrzni to wybrani pracownicy z różnych komórek organizacyjnych objętych procesem. Wybór audyto-

rów wynika z konieczności przeprowadzania audytów wewnętrznych. Przy wyborze audytora wewnętrznego należy uwzględniać jego cechy osobowości oraz wiedzę i umiejętności w określonej dziedzinie zawodowej.

6. Opracowanie harmonogramu audytów wewnętrznych.
- #### **Etap III. Audyty wewnętrzne i przegląd zarządzania, szkolenie kadry kierowniczej szpitala:**

1. Szkolenie audytorów wewnętrznych z zakresu podstawowych wiadomości dotyczących: normy, planowania audytów; dokumentowania przebiegu audytu; działań korygujących lub zapobiegawczych w przypadku niezgodności; cech audytora; technik pracy audytora (z uwzględnieniem zajęć praktycznych).
 2. Przeprowadzenie audytów wewnętrznych, ich cel to stwierdzenie zgodności realizacji zdań z przepisami oraz z dokumentacją systemu przez pracowników w poszczególnych działach, jednostkach.
 3. Działania poaudytowe (nadzór nad niezgodnościami, działania korygujące lub zapobiegawcze i ich udokumentowanie).
 4. Zbieranie danych do przeglądu zarządzania (protokoły osób odpowiedzialnych za poszczególne procesy, analiza badań poziomu satysfakcji pacjentów);
 5. Organizacja przeglądu zarządzania.
- Audyt zewnętrzny i nadanie certyfikatu.

Podsumowanie

W systemach zarządzania jakością usług medycznych klient wewnętrzny odgrywa niezwykle istotną rolę, ponieważ od niego zależy dominująca część realizacji wymagań. Poznanie preferencji motywów zachowania oraz postrzegania systemu powinno znaleźć się w centrum zainteresowań organizacji, którym zależy na podnoszeniu jakości świadczonych usług. Zapewnienie jakości świadczeń zdrowotnych wymaga kompleksowego podejścia. O poziomie jakości świadczeń zdrowotnych decyduje nie tylko jakość realizowanych świadczeń medycznych, ale także jakość opieki pielęgniarskiej, relacje pomiędzy pracownikami medycznymi, warunki organizacyjno-techniczne oraz sposób zarządzania opieką zdrowotną.

Opracowała Jadwiga Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Lidia Sierpińska.: Proces wdrożenia systemu zarządzania jakością w szpitalu. journals.viamedica.pl/

Patrycja Gruca-Wójtowicz, Maria Mika.: System zarządzania jakością w perspektywie personelu pielęgniarstwa. www.piel21w.umlub.pl

Kunecka D. Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych. WWW.phie.pl

Ewa Jakubek.: Wpływ standaryzacji świadczeń medycznych na jakość opieki zdrowotnej. WWW.wbc.poznan.pl

Anna Piątek.: Wybrane aspekty zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej. Podstawy pielęgniarstwa. Czelej Lublin 2004r.

REFUNDACJA KOSZTÓW KSZTAŁCENIA W ROKU 2016 – INFORMACJA

Okręgowa Rada w preliminarzu budżetowym na rok 2016 zarezerwowała środki finansowe na refundację kosztów kształcenia w kwocie stu tysięcy złotych. Zgodnie z regulaminem kosztów kształcenia do końca października wpłynęła bardzo duża liczba wniosków i tak :

- 185 wniosków o refundację do specjalizacji
- 49 wniosków o refundację do kursu kwalifikacyjnego
- 48 wniosków o refundację do kursu specjalistycznego
- 7 wniosków o refundację do kursu doszkalaćcego
- 12 wniosków o refundację do studiów
- 3 wnioski o refundację do konferencji

Okręgowa Rada na posiedzeniu w dniu 15 listopada podjęła uchwałę o podziale środków finansowych w następujący sposób:

- 400 złotych refundacja do specjalizacji
- 240 złotych refundacja do kursu kwalifikacyjnego
- 190 złotych refundacja do kursu specjalistycznego
- 150 złotych refundacja do kursu doszkalaćcego
- 300 złotych refundacja do studiów
- 100 złotych refundacja do konferencji

Wnioski zostały sprawdzone pod względem formalnym i dział księgowości rozpoczął realizację wypłat.

Skarbnik Okręgowej Rady
Wanda Konieczna

PIELĘGNIARSTWO ZACHOWAWCZE

ZACHOROWAĆ NA GRYPĘ CZY LEPIEJ ZASZCZEPIĆ SIĘ.

Grypa jest jedną z najczęściej występujących wirusowych chorób zakaźnych i istotną przyczyną zachorowań oraz zgonów w wielu regionach świata, także w Polsce. Według szacunków World Health Organization (WHO) co roku na grypę i zakażenia wirusami grypopodobnymi choruje od 330 mln do 1,575 mld ludzi, 3-5 mln osób cierpi z powodu jej ostrych objawów, umiera od 500 tys. do miliona osób. Grypa od zawsze towarzyszyła człowiekowi. Jej cechami charakterystycznymi są: duża zakaźność, mutacja wirusa, częste poważne komplikacje pogrypowe. Objawy grypy są gwałtowne i silne. Choroba dosłownie ścina cię z nóg. Objawy grypy tylko z pozoru przypominają przeziębienie. Jeśli przy gorączce, bólu głowy, mięśni i gardła czujesz się tak, że nie masz siły zastanowić się, co ci jest - to pewnie dopadła cię grypa. Objawów infekcji wirusowej nie wolno lekceważyć.

Wirus grypy wnika do naszego organizmu poprzez błonę śluzową dróg oddechowych, gdzie szybko i intensywnie się rozmnaża, uszkadzając lub niszcząc rzęski nabłonka. W ten sposób osłabia naszą pierwszą linię obrony i toruje sobie drogę w głąb organizmu, co może doprowadzić do wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego: zapalenia ucha środkowego, zapalenia krtani, oskrzeli lub płuc albo do bardzo groźnych dla zdrowia i życia powikłań ze strony układu krążenia, takich jak: zaostrzenie choroby wieńcowej serca, zawał serca, niewydolność krążenia oraz zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia.

Grypa to wirusowa wojna błyskawiczna. Objawy grypy są bardzo nasilone. Rano bolą cię mięśnie i stawy, w południe zaczynasz mieć dreszcze, a wieczorem leżysz z wysoką gorączką w łóżku. Albo wieczorem kładziesz się do łóżka zdrowy, a rano już nie możesz z niego wstać. Gorączka, jeden z podstawowych objawów grypy, rośnie gwałtownie i masz uczucie, że ktoś polewa ci plecy zimną wodą. Nie dziw się, jeśli lekarz zapyta cię, czy miałas dreszcze, bo to charakterystyczne objawy grypy, odróżniające ją od zwykłego przeziębienia.

Objawy grypy pojawiają się nagle. Charakterystyczne dla grypy jest nagle wystąpienie trzech objawów:

- temperatura szybko dochodzi do ponad 39 st. C
- pojawia się bardzo silny ból głowy (najczęściej okolicy czołowej i zagłokowy)
- pojawia się dotkliwy ból mięśni i stawów.

Ponadto tym trzem objawom grypy często towarzyszy suchy, męczący kaszel. Możesz mieć uczucie, że głęboko w gardle utkwiło ci piórko, które drażni i zmusza do pokąsliwania. Ból gardła w grypie przydarza się rzadziej i jeśli występuje, to w późniejszym okresie choroby. Podobnie jest z katarą, który, jeśli już się pojawi, to jest bardzo skąpy.

Grypa, od pierwszych chwil, pozbawia sił. Pojawia się uczucie rozbicia i wyczerpanie, czasem zdarzają się nawet omdlenia. Oddech jest krótki i przyspieszone tętno. Skrajne wyczerpanie to jeden z charakterystycznych objawów grypy. Zmęczenie i uczucie rozbicia mogą dokuczać nawet do 2-3 tygodni po chorobie, dlatego tak ważna jest pełna rekonwalescencja i oszczędny tryb życia po wyzdrowieniu. Nieprzestrzeganie zaleceń lekarza może doprowadzić do wystąpienia groźnych powikłań grypy.

Przez 4-5 dni grypy cierpi się z powodu wszystkich wymienionych objawów. Do bólu głowy, wysokiej gorączki i kaszlu, który z suchego przechodzi w wilgotny, dołącza się ból oczodołów i światłowstręt. Wirusy niszczące śluzówkę gardła powodują ból i utrudniają odksztuszanie wydzieliny. Dlatego trzeba leżeć w łóżku, dużo pić, przyjmować środki zbijające gorączkę i przeciwzapalne. W leczeniu grypy przyda się także syrop rozrzedzający wydzielinę. Objawy grypy powinny zacząć ustępować po 5 dniach: spada gorączka i ustępuje ból głowy. Pozostałe objawy powoli zaczynają się także wycofywać. Ale nie należy natychmiast wstawać z łóżka i próbować wracać do codziennych zajęć. Niedoleczona grypa daje powikłania, dlatego trzeba zostać w domu przynajmniej przez tydzień, a nawet przez 9 dni.

Leczenie niepowikłanych przypadków grypy

Leczenie objawowe grypy ma na celu złagodzenie przykrych objawów towarzyszących stanowi zapalnemu dróg oddechowych, a przede wszystkim bólu i gorączki, ale także obturacji wynikłej z obrzęku śluzówki i zalegania gęstej wydzieliny.

Największe znaczenie w leczeniu objawowym ma odpowiednia pielęgnacja chorego.

Zastosowanie mają zabiegi pielęgnacyjne polegające na zmniejszeniu obrzęku i przekrwienia, a więc:

- ekspozycja na wilgotne, chłodne powietrze
- leki przeciwzapalne, przeciwbólowe i przeciwgorączkowe (u dzieci i młodzieży do 18 rż. nie należy podawać kwasu acetylosalicylowego ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a) oraz leki obkurczające naczynia, zmniejszające wydzielanie i łagodzące kaszel
- zapewnienie dostatecznego nawodnienia organizmu
- stosowanie leków mukolitycznych i mukokinetycznych, a także wykrztuśnych
- odpoczynek z dużą ilością snu i maksymalnym ograniczeniem aktywności fizycznej
- lekkostrawna dieta
- stosowanie preparatów witaminowych - głównie witaminę C i E, a także rutynę i preparaty wapnia, które zmniejszają przepuszczalność naczyń krwionośnych.

Ścisłej obserwacji wymagają jednak małe dzieci, u których układ odpornościowy do 12. roku życia jest jeszcze niedojrzały oraz osoby w wieku podeszłym

Leki przeciwwirusowe według aktualnych wskazań.

Powikłania grypy

Skutki powikłań pogrypowych występują niejednokrotnie już po paru dniach lub paru tygodniach od zakażenia i rejestrowane są w trakcie sezonu epidemicznego lub bezpośrednio po sezonie. Stwierdzono, iż wszystkie ludzkie wirusy grypy mogą być odpowiedzialne za wymienione poniżej powikłania pogrypowe.

Najczęściej rozpoznawane są powikłania pogrypowe ze strony układu oddechowego jako:

- grypowe zapalenie płuc i oskrzeli,
- zapalenie oskrzelików u niemowląt i u dzieci,
- wtórne bakteryjne zapalenie płuc
- zaostrzenia przebiegu astmy,
- zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

- Powikłania ze strony innych układów:
- odrzucenie przeszczepionego narządu !!!
- zapalenie ucha środkowego,
- zapalenie mięśnia serca i osierdzia,
- zespół wstrząsu toksycznego,
- zapalenie mięśni i mioglobinuria, mogąca prowadzić do niewydolności nerek,
- pogrypowe kłębuszkowe zapalenie nerek, nasilenie objawów przewlekłej niewydolności nerek.

Powikłania neurologiczne:

- nasilenie częstości napadów padaczkowych, choroby naczyńiowe mózgu
- toksyczna encefalopatia, poinfekcyjne zapalenie mózgu i opon mózgowych,
- zwiększenie liczby przypadków choroby Parkinsona,
- zespół Reye'a,
- wylewy podpajęczynówkowe
- śpiączkowe zapalenie mózgu

Powikłania psychiatryczne:

- ostre psychozy, niektóre ze słuchowymi lub wzrokowymi halucynacjami,
- schizofrenia
- U dzieci obserwuje się ponadto powikłania pogrypowe, takie jak:
- dysfunkcja receptora słuchowego, częściowa utrata słuchu, a nawet głuchota,
- zaostrzenie przebiegu astmy i mukowiscydozy,
- bóle brzucha, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, biegunka, wymioty, niejednokrotnie imitujące zapalenie wyrostka robaczkowego,
- bóle mięśniowe, zapalenie mięśni,
- powikłania neurologiczne, w tym zespół Guillain-Barré, poprzeczne zapalenie rdzenia, zapalenie mózgu i opon mózgowych.

Szczepić się czy nie szczepić przeciwko grypie?

Grypa jest bez wątpienia najpoważniejszą wirusową infekcją dróg oddechowych, na którą w krótkim czasie zapadają tysiące ludzi. Jednocześnie zmienność antygenowa szczepów wirusa powoduje, że na grypę można chorować co rok. Według wielu specjalistów najlepszą profilaktyką grypy są szczepienia.

Szczepienia są polecane nawet małym dzieciom (po ukończeniu 6 miesiąca życia).

Niestety, przeciw grypie nie wystarczy zaszczepić się raz w życiu. Co roku atakuje nas inny wirus i co roku zmienia się skład szczepionki. Dlatego, kupując ją w aptece, sprawdzaj termin przydatności.

Kobiety w ciąży - lepiej, gdy szczepią się przed zajściem w ciążę, a jeśli w ciąży sięgają po szczepionkę, to od drugiego trymestru, chociaż żadne badania nie wykazały dotychczas, aby szczepionka przeciw grypie miała negatywny wpływ na ciążę - nawet wtedy, gdy była przyjęta w pierwszym trymestrze. Matki karmiące piersią mogą się szczepić bez obaw.

WHO wraz z Komitetem Doradczym ds. Szczepień Ochronnych corocznie wydaje zalecenia dotyczące wskazań do użycia szczepionek przeciw grypie.

Zalecenia kliniczne – WHO zaleca zaszczepienie się wszystkim osobom od 6 miesiąca życia. Wskazuje ponadto na grupy dużego ryzyka, narażone na wystąpienie powikłań pogrypowych. Są to m.in. dzieci, kobiety w ciąży, osoby z niedoborami odporności, po przeszczepieniach narządów, przewlekłe chorzy, osoby powyżej 50 roku życia, a także osoby otyłe o indeksie BMI > 40.

Wskazania epidemiologiczne do zaszczepienia obejmują głównie pracowników sektora zdrowotnego, członków rodzin osób występujących w grupie zwiększonego ryzyka oraz pracowników służb publicznych.

Osoby, które mogą przenosić grypę na inne z grup dużego ryzyka oraz osoby zdrowe mogące stanowić pośrednie źródło zakażenia dla grupy dużego ryzyka. W tym celu zaleca się także szczepienie:

- wszystkich pracowników medycznych - lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu szpitali i ośrodków leczenia otwartego, pogotowia ratunkowego
- pracowników domów spokojnej starości oraz zakładów opieki zdrowotnej, którzy kontaktują się z pensjonariuszami lub chorymi (w tym także dziećmi), zapewniających opiekę domową pacjentom z grup wysokiego ryzyka
- członków rodzin osób należących do grup wysokiego ryzyka (osoby w wieku 65 lat i więcej, po przeszczepach, osoby z AIDS i dzieci poniżej 2. r. ż.)
- domowych opiekunów dzieci będących w wieku 0-59 m. ż.
- pracowników służb publicznych, np. konduktorów, kasjerów, policjantów, wojsko, nauczycieli, przedszkolanki, dziennikarzy, pracowników budowlanych, ekspedientów itp.

Przeciwwskazania do szczepień przeciwko grypie

- anafilaktyczna nadwrażliwość na białko jaja kurzego lub antybiotyki aminoglikozydowe używane w procesie produkcji lub inne składniki szczepionki
- ostre choroby gorączkowe
- zespół Guillain-Barre stwierdzony w okresie 6 tygodni po poprzednim szczepieniu przeciwko grypie

Skuteczność szczepień

Ograniczenie zachorowań na grypę można osiągnąć przez: profilaktykę, czyli przede wszystkim szczepienia. Profilaktyka zdrowotna prowadzona z zastosowaniem szczepień ochronnych jest zatem głównym narzędziem pozwalającym na minimalizację negatywnych skutków wywołanych przez tę chorobę.

Wg WHO szczepionki przeciw grypie oferują ochronę rzędu 70-90% w przypadku optymalnego dopasowania do szczepów wirusów krążących w populacji zdrowych dorosłych. Dzięki szczepieniom u osób starszych można zredukować liczbę hospitalizacji z powodu grypy o 25-39% oraz śmiertelność podczas sezonów epidemicznych grypy o 39-75%. Przegląd badań naukowych wskazuje, że u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 16 lat przeciętna skuteczność szczepionek wynosi 65%, a u dzieci poniżej 18 roku życia – 59%.

Szczepienia przeciwko grypie stają się coraz bardziej istotnym aspektem programów zdrowia publicznego w krajach rozwiniętych i szybko rozwijających się.

W zapobieganiu grypie niekwestionowaną rolę odgrywają szczepienia. W Polsce w porównaniu z innymi krajami rozpowszechnienie szczepień przeciw grypie jest niewielkie.

Powikłania poszczepienne

Powikłania, które mogą wystąpić po szczepieniu to m.in. pojawienie się złego samopoczucia, wzrost temperatury ciała, poczucie rozbicia, a także zaczerwienienie z możliwym naciekiem zapalnym w miejscu podania szczepionki przeciwgrypowej. Inną kategorią powikłań są reakcje alergiczne związane z uczuleniem osoby zaszczepionej na poszczególne składniki szczepionki. Mogą do nich należeć obrzęki obejmujące twarz, kończyny i okolice stawów, napady astmy oskrzelowej, a także wstrząs anafilaktyczny. Rzadkim (1-2 zachorowania na 100 tys. osób w skali roku), jednakże możliwym powikłaniem, jest choroba neurologiczna, zespół Guillain-Barrégo, charakteryzujący się niedowładem kończyn dolnych, mięśni twarzy, a także bólami stóp. U większości chorych objawy ustępują całkowicie po kilku tygodniach. Stwierdzono ponadto, że ryzyko wystąpienia tej choroby było prawie 10 razy większe po zachorowaniu na grypę niż po szczepieniu przeciwko grypie sezonowej.

W związku z możliwymi powikłaniami, przed zaszczepieniem konieczna jest kwalifikacja zezwalająca na takie działanie, przeprowadzana przez lekarza pierwszego kontaktu. Należy zwrócić uwagę na miejsce zaszczepienia, by móc szybko zareagować w razie wystąpienia reakcji alergicznej. W ostatnich latach nastąpił znaczny postęp wiedzy w dziedzinie wakcynologii, który przejawia się wprowadzaniem skuteczniejszych i bezpieczniejszych preparatów szczepionkowych. Bilans ryzyka działań niepożądanych i korzyści zdecydowanie przemawia więc za zaleceniem szczepień przeciwko grypie.

Jak przechowywać szczepionkę przeciw grypie:

Żeby rozwinęła się pełna odporność, muszą minąć 2-3 tygodnie, dlatego trzeba się zaszczepić przed tzw. sezonem infekcyjnym, czyli najpóźniej w październiku. Jeśli szczepionkę przeciw grypie kupujemy sami na receptę, pamiętajmy, że w jej przypadku obowiązuje tzw. łańcuch niskich temperatur, czyli preparat od momentu wyprodukowania musi być przechowywany w temperaturze od 2 do 8 st. C (żeby nie stracił swych właściwości, nie wolno go zamrażać!).

Jeżeli więc poddajemy się szczepieniu, upewnijmy się najpierw, że ten, kto nas szczepi, wyjmie ampulkę np. z przenośnej torby-lodówki. Jeśli zaś sama kupujemy ją w aptece, najlepiej wybrać się tam z termosem wypełnionym pokruszonym lodem, a w domu jak najszybciej przełożyć ampulkę do lodówki.

Opracowała Jadwiga Soińska na podstawie piśmiennictwa:

Leszek Szenborn: Co to jest grypa? <http://pediatria.mp.pl>

Ewa Pakuła-Kmieciak: Czy warto szczepić się przeciw grypie. WWW.doz.pl

Beata Prasalek: Szczepienia przeciw grypie: wyprzedź epidemię.

WWW.poradnikzdrowie.pl

Anna Ławniczak: Grypa - objawy. Czy masz objawy grypy?

www.poradnikzdrowie.pl/

Magdalena Wszolek: Zalecenia w sprawie szczepień p/grypie.

WWW.wsse.krakow.pl



*Nasza zima biała
 Chustą się odziała.
 Idzie, idzie do nas w gości
 W srebrnych blaskach cała!
 Włożyła na czoło
 Księżycowe koło,
 Lecą z płaszcza gwiazdy złote,
 Gdy potrząśnie połą.
 Z lodu berło trzyma,
 Tchu ni głosu nie ma.
 Idzie, idzie, smutna, cicha,
 Ta królowa zima!
 Idzie martwą nogą
 Wyiskrzoną drogą,
 Postanęły rzekę modre,
 Do morza nie mogą.
 Gdzie stąpi, gdzie stanie,
 Słysząc narzekanie:
 - Oj, biedne my kwiaty, trawy,
 Co się z nami stanie! -
 Przed nią tuman leci,
 Straszy małe dzieci...
 A my dalej do komina:
 - Nie puścim waszeci!*

Maria Konopnicka



INTER Kontrakt NNW

Ubezpieczenie utraty przychodu dla Pielęgniarek i Położnych

■ Pracujesz na kontrakcie?

Co się stanie, jeśli w wyniku wypadku nie będziesz wykonywać pracy zawodowej?

- Pobyt w szpitalu lub rekonwalescencja oznacza utratę przychodów.
- Twój budżet domowy zostanie mocno obciążony, a ZUS wypłaci Ci tylko minimalne świadczenie.
- Nadal będziesz płacić rachunki, czy raty kredytu.

■ Poczuj się bezpiecznie z ubezpieczeniem INTER Kontrakt NNW

- Odbierz świadczenie pieniężne za każdy dzień niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nawet 9 000 zł miesięcznie!
- Zachowaj stabilność finansową w trakcie powrotu do zdrowia.
- Podstawą decyzji o wypłacie świadczenia jest zwolnienie lekarskie.
- Wypłata świadczenia od 1-go dnia czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie do 365 dnia.

Grupa wiekowa	Wysokość składki dla INTER Kontrakt NNW	
	Wariant A Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów	Wariant B Świadczenie 300 zł dziennie / Przychody powyżej 9 000 zł
	Miesięcznie otrzymasz 4 500 zł	Miesięcznie otrzymasz do 9 000 zł
do 39 lat	40 zł	70 zł
40 - 49 lat	45 zł	81 zł
50 - 59 lat	68 zł	122 zł
60 - 70 lat	84 zł	151 zł

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.
Przedstawicielstwo w Kaliszu
ul. Narutowicza 2A
62-800 Kalisz
tel. +48 62 757 16 22
tel. kom. 602 291 884

inter
UBEZPIECZENIA