

Spis Treści

1. KOMUNIKATY

Informacja dla pielęgniarek i położnych dotycząca Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)	2- 16
Pismo z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w sprawie podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności Lz	17
Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia	18 - 19
Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych	20 - 22
Stanowisko Prezydium NRPiP w sprawie pilnej nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych	23 - 24
Stanowisko NRPiP w sprawie pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych.....	25

2. ARTYKUŁY

Cele i zadania opieki paliatywnej	26 - 30
Zakażenia szpitalne	31 - 34
Samokontrola	34 - 35

3. Z ŻAŁOBNEJ KARTY	36
----------------------------------	-----------

INFORMACJA DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH DOTYCZĄCA SYSTEMU MONITOROWANIA KSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH (SMK)

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) jest systemem teleinformatycznym tworzonym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jego zadaniami są:

- gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych;
- monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych;
- wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych;
- wsparcie przygotowania i realizacji umów, o których mowa w art. 16j ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ramach modułu System Informatyczny Rezydentur.

Poza tym w przypadku pielęgniarek i położnych przetwarzane są w nim dane określone w przepisach wydanych na podstawie **art. 67, art. 71-74, art. 76-79 i art. 82** ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017r. za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zwanego dalej SMK będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i doksztalającego,
- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą:

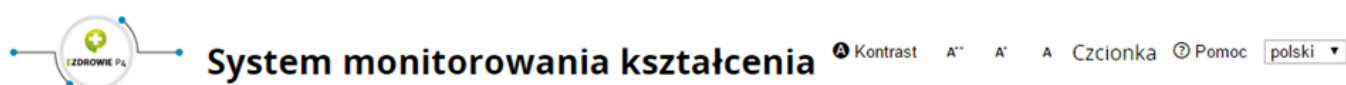
- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

Założenie konta w SMK.

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie **założenie konta w tym systemie**.

Należy wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć **załóż konto**

Jeżeli nic się nie otwiera proszę zobaczyć czy u dołu strony nie wyświetla się komunikat z informacją “Ta strona sieci Web chce uruchomić następujący dodatek:”Java... ” i kliknąć **zezwól**. Jeżeli nie ma nawet komunikatu należy zainstalować darmowe oprogramowanie Java do pobrania tutaj <https://www.java.com/pl/download/>



Wypełniamy wniosek o założenie konta użytkownika a następnie naciskamy przycisk **złóż wniosek** o założenie konta.

UWAGA!: Podczas wypełniania wniosku należy pominąć pole „opcjonalny identyfikator p2”

Dane osobowe

Imię	Drugie imię	Imię w dopełniaczu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nazwisko	Nazwisko rodowe	Nazwisko w dopełniaczu	Obywatelstwo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Afganistan
Miejscowość urodzenia	Kraj urodzenia	Data urodzenia	Albania
<input type="text"/>	<Wybierz>	<input type="text"/>	Algieria
Płeć	PESEL	<input type="checkbox"/> Brak PESEL	Andora
<input type="text"/>	<input type="text"/>		Angola
Rodzaj dokumentu	Nr dokumentu	Kraj wydania	Antigua i Barbuda
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Antyle Holenderskie

Złóż wniosek o założenie konta

ekranu logowania

Powinniśmy otrzymać komunikat:

Poprawnie złożono wniosek o założenie konta.

OK

Na podany we wniosku adres e-mail przesłana zostanie informacja na temat założonego w SMK konta oraz informacja o założeniu konta na P2 SA.

W wiadomości dotyczącej założenia konta na P2 SA zostanie przesłane hasło, które należy zmienić podczas pierwszego logowania (szczegóły procesu zostaną wskazane w wiadomości od P2 SA).

W przypadku nie otrzymania e-maila z hasłem:

1. **Podczas wypełniania wniosku należy pominąć pole „opcjonalny identyfikator p2” (jeżeli w procesie składania wniosku o założenie konta wskazane pole nie zostało pominięte, należy powtórnie złożyć wniosek).**
2. **Mógł wystąpić błąd podczas rejestracji konta (niepoprawny adres e-mail – możliwość weryfikacji tylko w oparciu o kontakt z infolinią SMK). Pomoc techniczną w zakresie SMK można uzyskać telefonicznie:**

(22) 492 50 19,

(22) 203 27 66,

(22) 597 09 76,

(22) 597 09 75.

oraz mailowo: smk-serwis@csioz.gov.pl.

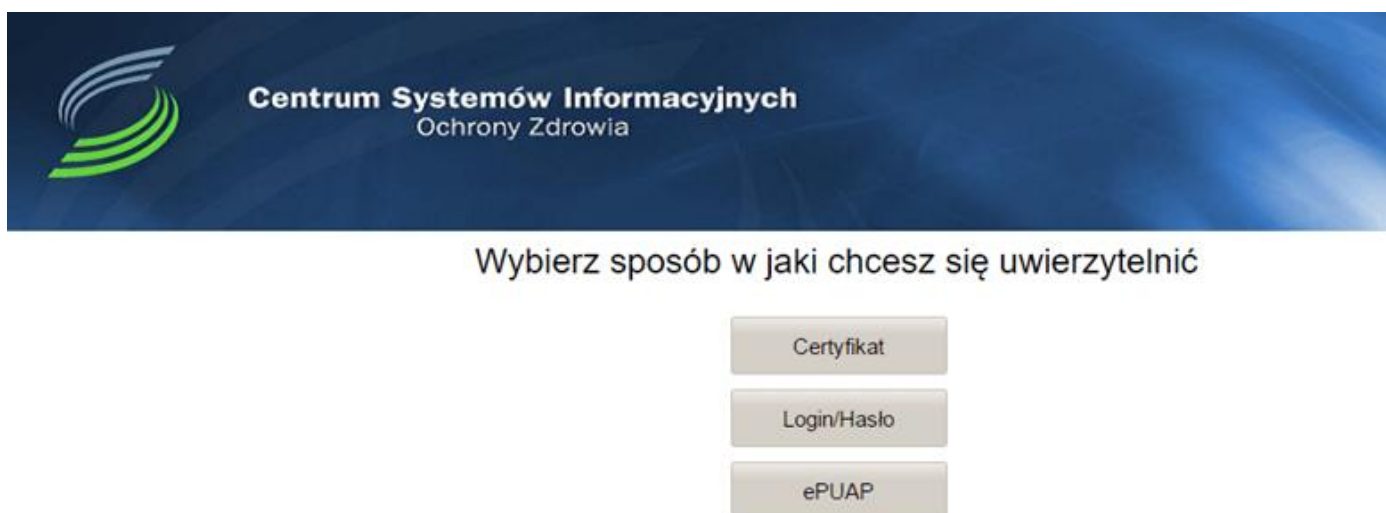
Pomoc świadczona w dni robocze, w godzinach od 9.00 do 15.00.

3. **E-mail mógł trafić do katalogu „spam”, proszę sprawdzić zawartość katalogu.**

Następnie należy ponownie wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć przycisk zaloguj w P2.



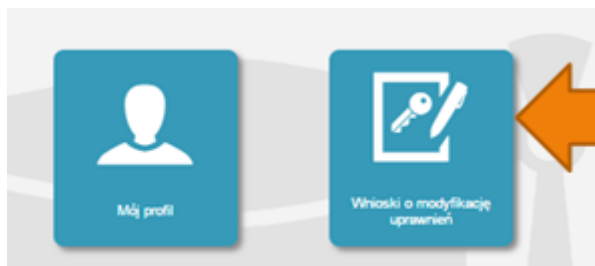
Następnie klikamy Login/Hasło i za pomocą hasła które otrzymaliśmy na adres e-mail podany we wniosku logujemy się. (**loginem jest adres e-mail**)



Po zalogowaniu się do systemu będziemy mieli możliwość wyboru kontekstu pracy (po założeniu konta będziemy mieli tylko jedną rolę), którą należy wybrać.



Po wybraniu roli zerowej należy kliknąć na kafelek Wnioski o modyfikację uprawnień.



Na kolejnej stronie klikamy Nowy wniosek o modyfikację uprawnień.



Po wypełnieniu pól we wniosku o modyfikację uprawnień należy w części dodatkowe informacje zaznaczyć następujące pozycje:

Jako grupa biznesowa odpowiednio:

- Pielęgniarka
- Położna

Grupa funkcjonalna:

- Użytkownik

Dodatkowe informacje

Grupa biznesowa

Grupa funkcjonalna

Użytkownik

Kierownik Specjalizacji

Użytkownik

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

Lekarz

Lekarz dentysta

Ministerstwo Obrony Narodowej

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych

Ministerstwo Zdrowia

Naczelna Izba Aptekarska

Naczelna Izba Lekarska

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Okręgowa Izba Aptekarska

Okręgowa Izba Lekarska

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Organizator kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

Pielęgniarka

Placówka szkoleniowa

Położna

Ratownik medyczny

Uczelnia

Urząd Wojewódzki

Jednostka akceptująca wniosek:

- OIPiP

i klikamy wybierz

Jednostka akceptująca wniosek

OIPiP NIPiP

OIL NIL

OIA NIA

Nazwa

Wybierz

Na wyświetlonej liście Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych wyszukujemy Izby do której aktualnie należymy i klikamy na przycisk w kolumnie akcje a następnie po rozwinięciu w przycisk wybierz.

Pełna nazwa podmiotu

Pełna nazwa podmiotu	Skrócona nazwa podmiotu	Pełna nazwa jednostki	Skrócona nazwa jednostki	Województwo	Miasto	Nip	Akcje
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	OIPIP w Białej Podlaskiej	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	OIPIP w Białej Podlaskiej	Lubelskie	Biała Podlaska	5422084766	
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block;">Wybierz</div>							
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku	OIPIP w Białymstoku	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku	OIPIP w Białymstoku	Podlaskie	Białystok	5422084766	

Po wybraniu Okręgowej Izby klikamy dalej.

Podmiot

Nowy podmiot

Wybierz

Anuluj

Dalej

Na następnej stronie podajemy dane o numerze PWZ (Numer PWZ składa się z 7 cyfr plus litera A lub P na końcu) a w liście specjalizacji dane o ukończonych kształceniach. Pole tytuł naukowy uzupełniamy tylko w przypadku posiadania tytułu profesora.

Wniosek o modyfikację uprawnień

Pielęgniarka

Numer PWZ



Izba pielęgniarska która wystawiła pwz

Wystawca

Rodzaj

Lista specjalizacji



Pozostałe dane

Tytuł naukowy

Stopień wojskowy

Uczelnia

Następnie klikamy zapisz i powinniśmy zobaczyć komunikat:

Potwierdzenie

Poprawnie wykonano akcję: Zapisz.

Po kliknięciu dalej należy wybrać opcję podpisania wniosku w zależności od posiadanych podpisów:

- Podpis EPUAP (bez konieczności przychodzenia do OIPiP). (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj <http://epuap.gov.pl/wps/portal>)
- Podpis kwalifikowany (bez konieczności przychodzenia do OIPiP).
- Wniosek papierowy (najpierw drukuj potem złóż wniosek papierowy, **konieczna wizyta w OIPiP**).

Po podpisaniu wniosku zobaczymy potwierdzenie o poprawnym wykonaniu akcji.

Teraz musimy poczekać aż Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zweryfikuje wniosek. Jeśli wszystkie dane będą poprawnie wprowadzone to po kolejnym zalogowaniu oprócz roli zerowej będą mogli Państwo wybrać rolę Pielęgniarki/Położnej na której będą mogli Państwo już pracować w systemie.

Poprawianie danych wprowadzonych przy zakładaniu konta:

W przypadku potrzeby poprawienia np. nazwiska w dopełniaczu mamy możliwość dokonania zmian po zalogowaniu systemu poprzez wejście w kafelek “mój profil” a następnie na samym dole kliknięcia przycisku edytuj.

Po dokonaniu zmian musimy pamiętać o ponownym zaznaczeniu oświadczeń i kliknięciu przycisku zapisz.

Zapisywanie się na kursy/szkolenia

Po zalogowaniu się do systemu wchodzimy w kafelek “Dane o planowanych szkoleniach”



Następnie wybieramy rodzaj kształcenia a potem dziedzinę kształcenia poprzez przycisk wybierz.


Dane o planowanych szkoleniach - wybór województwa

Grupa zawodowa: pielęgniarstwa Rodzaj kształcenia: szkolenie specjalizacyjne Dziedzina kształcenia: **Wybierz**


Start

Lista miejsc szkoleniowych

Po kliknięciu wybierz wybieramy już konkretną dziedzinę poprzez kliknięcie w pole Akcje i naciśnięcie przycisku “Wybierz”.



Start



Wybór dziedziny medycyny

Filtrowanie

Nazwa dziedziny kształcenia

Kod
















Rodzaj kształcenia
szkolenie specjalizacyjne

Grupa zawodowa

Status
Aktywna

Wyczyść **Szukaj**

Dziedziny kształcenia

Nazwa	Kod	Rodzaj kształcenia	Grupa zawodowa	Status	Akcje
Pielęgniarstwo chirurgiczne	N10	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"> Wybierz Szczegóły </div>					
Pielęgniarstwo położnicze	N16	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki i położne	Aktywna	
Pielęgniarstwo geriatryczne	N05	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo onkologiczne	N13	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo operacyjne	N11	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	N15	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	N19	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo pediatryczne	N09	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo psychiatryczne	N14	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo ratunkowe	N28	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	N01	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Ochrona zdrowia pracujących	N02	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo neonatologiczne	N18	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki i położne	Aktywna	
Pielęgniarstwo internistyczne	N23	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	
Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	N12	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	

<< < 1-15 z 15 > >> na Stronie: 10 20 40

Anuluj

Pokazuje nam się mapa z liczbą prowadzonych szkoleń wybieramy województwo na terenie którego chcemy odbyć szkolenie.

Dane o planowanych szkoleniach - wybór województwa

Grupa zawodowa:

pielęgniarki

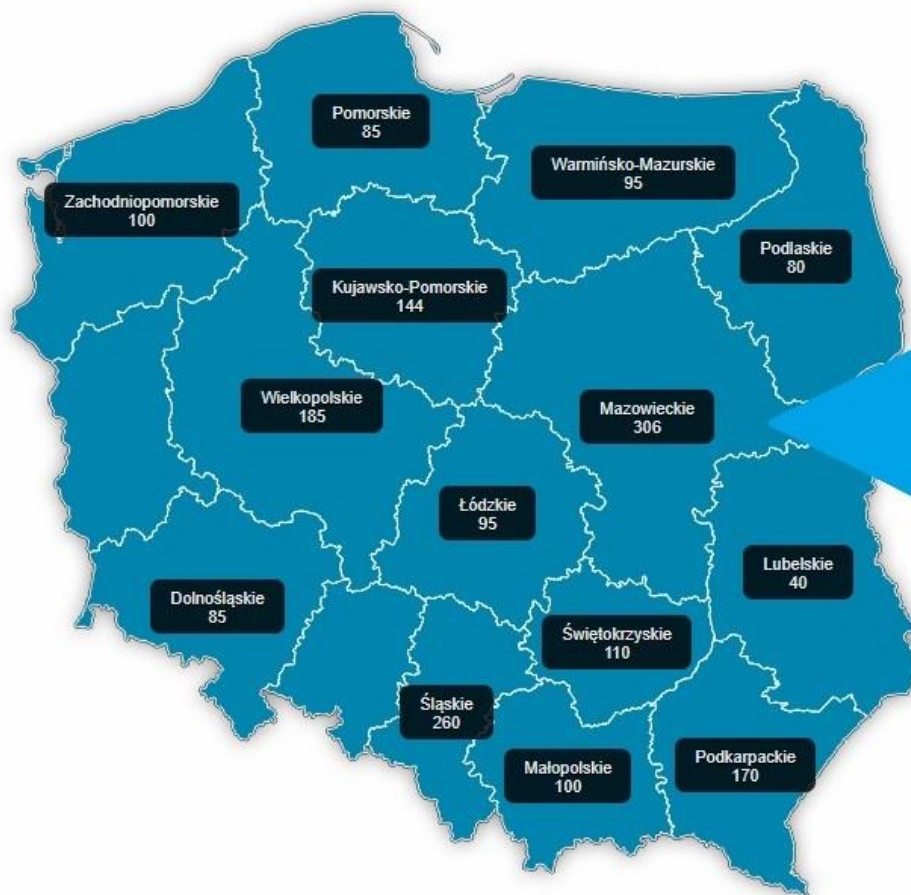
Rodzaj kształcenia

szkolenie specjalizacyjne

Dziedzina kształcenia

Pielęgniarstwo chirurgiczne

Wybierz



Pojawi nam się lista z datami rozpoczęcia oraz organizatorami kształcenia poprzez pole akcje wybieramy u którego organizatora i w jakim terminie chcemy się kształcić i klikamy złoż wniosek.

Filtrowanie

Program kształcenia Wybierz

Nazwa

Planowana data rozpoczęcia
od do

Planowana data zakończenia
od do

Rodzaj kształcenia
szkolenie specjalizacyjne

Grupa zawodowa
pielęgniarki

Organizator kształcenia podyplomowego Wybierz

Dziedzina Kształcenia
Pielęgniarstwo chirurgiczne

Województwo
Mazowieckie

Miejscowość odbywania się zajęć

Plany kształcenia

Dziedzina kształcenia	Organizator kształcenia podyplomowego	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Miejscowość odbywania się zajęć	Akcje
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-11-24	2019-05-26		⌵
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-10-20	2019-05-24		⌵
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-09-16	2019-04-27		⌵
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-10-06	2019-04-29		⌵
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2018-04-27	2019-09-27		⌵
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-10-27	2019-05-27		⌵
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-09-15	2019-04-15		⌵
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-12-02	2019-05-11		⌵

<< < 1-8 z 8 > >> na Stronie: 10 20 40

Anuluj

Pojawia nam się wniosek na kształcenie które wybraliśmy i wprowadzamy niezbędne dane:

Zatrudnienie

Nazwa i adres podstawowego miejsca pracy

Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

Staż pracy

Ogolem W okresie ostatnich pięciu lat Zgodny z kierunkiem

Potwierdzenie stażu pracy

Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywała Pani / odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji” rozumie się również przerwanie specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)?

Tak Nie

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji

Pozostałe dane

Srednie zawodowe	Licencjat pielęgniarstwa	Licencjat położnictwa	Licencjat w innej dziedzinie	Magister pielęgniarstwa	Magister położnictwa	Magister w innej dziedzinie	Stopień naukowy doktora	Stopień naukowy doktora habilitowanego
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data uzyskania dyplomu Tytuł zawodowy Numer PWZ Data uzyskania PWZ PWZ wydane przez

Akceptujemy oświadczenia i klikamy zapisz.

Potwierdzam, że wszystkie dane zawarte w profilu użytkownika, a w szczególności dane osobowe, dane dotyczące miejsca pracy, wykształcenia i specjalizacji są aktualne.



Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego: "Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3."



Zapisz

Anuluj



Następnie klikamy Dalej.

Potwierdzenie

Poprawnie wykonano akcję: Zapisz.

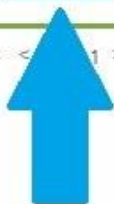
Dalej ←

Przenosi nas do Listy wniosków na szkolenia gdzie ponownie wybieramy wniosek który przed chwilą robiliśmy poprzez pole akcje i klikamy szczegóły.

Rodzaj kształcenia	Dziedzina kształcenia	Organizator kształcenia podyplomowego	Data złożenia	Status	Akcje
szkolenie specjalizacyjne	Pielęgniarstwo chirurgiczne			Szkic	⊙

Szczegóły Edycja

<< < 1 > >> na Stronie: 10 20 40



Przesuwamy stronę na sam dół wniosku gdzie tym razem pojawił nam się przycisk wyślij na który klikamy.



W tym momencie nasz wniosek trafił do organizatora kształcenia i oczekuje na rozpatrzenie.



Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Lekowej
i Farmacji

Warszawa,

17. 03. 2017

PLO.4642.1.2.2017.JM

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 lutego 2017 r. znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.47.2017.TK (także z 21 listopada 2016 r.) w sprawie wydania opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności - Lz (Lecznictwo zamknięte), proszę o przyjęcie poniższego.

Jeżeli produkt leczniczy, zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142), jest zakwalifikowany do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, to nie może być stosowany w innych warunkach. Lekarz nie powinien wystawić recepty Lz poza leczeniem zamkniętym a apteki ogólnodostępne nie powinny jej realizować. Jest to zarezerwowane dla aptek szpitalnych. Natomiast pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, powinny odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jako niezgodnego z przepisami prawa.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008r. w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz.U. z 2016 r. poz. 1769) podano kryteria, zgodnie z którymi produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz”, wskazując przy tym właściwości farmakologiczne, sposób podania, wskazania, innowacyjność lub interes zdrowia publicznego.

NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Warszawie

23. 03. 2017

WPŁYNIEŁO

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

Z pozdrowieniem,

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji

Ewa Warmińska

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 10 lipca 2017r.

W dniu 10 lipca 2017r. odbyło się spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek Położnych (Prezes Zofia Małas, Wiceprezes Mariola Łodzińska, Wiceprezes Sebastian Irzykowski, członek Prezydium Andrzej Tytuła) z Panią Wiceminister Józefą Szczurek – Żelazko.

Spotkanie zostało zorganizowane na prośbę samorządu i dotyczyło siedmiu zagadnień:

- projekt ustawy o POZ,
- prace nad projektem ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym,
- zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek położnych,
- System Monitorowania Kształcenia Podyplomowego,
- Karta Specjalisty Medycznego,
- kontynuacja wynagrodzeń wynikająca z OWU z dnia 14 września 2015 r.,
- dotacja dla samorządu na rok 2017.

Podniesiona została kwestia obaw środowiska pielęgniarek i położnych związanych z projektem Ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Jako niepokojący wskazano zapis dotyczący daty granicznej 31 grudnia 2024r., po której świadczeniobiorca nie będzie mógł dokonać wyboru pielęgniarki i położnej spoza Zespołu POZ. Poinformowano o zagrożeniach wynikających z zapisów projektu Ustawy o POZ, co w konsekwencji będzie miało wpływ na ograniczenie samodzielności i funkcjonowania praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych w Polsce.

Trwające prace nad założeniami do projektu Ustawy o Zdrowiu Dzieci i Młodzieży były powodem do zwrócenia uwagi na braku udziału przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych w pracach legislacyjnych. Taki tryb procedowania umożliwia udział ekspertów merytorycznie i praktycznie przygotowanych do tworzenia prawa, które na etapie opiniowania mogą powodować liczne rozbieżności. Pani Wiceminister zaproponowała formułę spotkań roboczych.

W ocenie Pani Wiceminister założenia do projektu wzmacniają rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Ma stać się ona koordynatorem w tym obszarze i zajmować centralną pozycję w stosunku do innych specjalistów działających w medycynie szkolnej. Zmiany demograficzne mają zostać wykorzystane dla wzmocnienia opieki nad uczniem poprzez odpowiednią wycenę świadczeń, które mimo zmniejszenia liczby szkół oraz uczęszczających do nich dzieci i młodzieży nie spowoduje ograniczenia środków na realizację zadań.

Poruszone zostały kwestie zmiany w systemie kształcenia podyplomowego i stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w tym obszarze. Wskazano na potrzebę zdefiniowania katalogu organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Pani Wiceminister dostrzega potrzebę funkcjonowania systemu zarówno w zakresie organizacji kształcenia jak i jego merytorycznego funkcjonowania. Prace będą kontynuowane w ramach pracy Zespołu ds. strategii.

Spotkanie było okazją do przedstawienia szerokiej listy problemów związanych z bieżącym funkcjonowaniem System Monitorowania Kształcenia zarówno z perspektywy okręgowej izby pielęgniarek i położnych, organizatora kształcenia podyplomowego jak i pielęgniarki/położnej korzystającej z aplikacji SMK. Najczęstsze problemy dotyczyły

sposobów weryfikacji danych pielęgniarki/położnej, niedopracowania systemu w zakresie rejestracji uczestników na szkolenia. W związku deficytami Systemu Monitorowania Kształcenia w wielu obszarach zaproponowano, aby Minister Zdrowia korzystając ze swoich uprawnień zawiesił do końca roku lub do czasu usunięcia wszystkich usterek System Monitorowania Kształcenia. Pani Wiceminister zapewniła, iż podejmie stosowne działania i wzmocni nacisk na Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia do przyspieszenia prac oraz szybsze usuwanie usterek i błędów.

W związku z rozpoczęciem przez samorząd lekarski prac nad kartą specjalisty medycznego zwrócono się z pytaniem czy w chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia podjęło działania nad tożsamymi rozwiązaniami dla pielęgniarek i położnych. W chwili obecnej brak aktywności Ministerstwa Zdrowia w tym obszarze.

Kolejnym poruszonym obszarem była ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych oraz jej wpływ na realizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedstawiciele samorządu zwrócili na deficyty przyjętej przez Sejm ustawy w zakresie braku umocowania magistra pielęgniarstwa i położnictwa w odrębnym przedziale oraz braku akceptacji środowiska dla współczynnika pracy określonego dla pielęgniarek i położnych bez specjalizacji na poziomie 0,64. Pani Wiceminister wyjaśniała iż zgodnie z uchwaloną przez Sejm ustawą najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy dla danej grupy zawodowej i wysokości przeciętnego wynagrodzenia w roku poprzedzającym (do końca 2019 r. zamiast przeciętnego wynagrodzenia przyjmowana będzie kwota 3,9 tys. zł brutto). Docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego będzie osiągnięta dopiero po upływie okresu przejściowego - do końca 2021 r. Najniższe miesięczne wynagrodzenie określone w ustawie dotyczy zasadniczego wynagrodzenia brutto, nie obejmuje więc dodatków za pracę zmianową oraz wysługę. Do nowych przepisów będą musiały dostosować się wszystkie placówki medyczne - zarówno publiczne, jak i niepubliczne. Zwrócono uwagę na fakt, iż dotychczas nie przedstawiono źródeł dodatkowych środków finansowych, które przeznaczone zostałyby na wykonanie zadań nakładanych na podmioty lecznicze omawianą ustawą. Samorząd obawia się, iż środki zostaną na ten cel przekazane w ryczałcie, który będzie nowym sposobem finansowania zostaną przeznaczone na sfinansowanie podwyżek dla innych pracowników medycznych. W stosunku do pielęgniarek i położnych pracodawcy wykorzystują środki płynące z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż ustawa wprost nie reguluje tego zagadnienia i wskazała na rolę zakładowych organizacji związków zawodowych oraz porozumień jakie mogą i powinny zawierać z pracodawcą. Zwrócono się z pytaniem o realizację kolejnej transzy dodatku dla pielęgniarek zatrudnionych w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznych. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż dotacja zostanie niebawem przekazana wojewodom, co spowoduje wypłatę środków z wyrównaniem od stycznia 2017r.

W sprawie dotacji dla samorządu na rok 2017 Pani Wiceminister poinformowała, że dotacje są w trakcie realizacji.

Dz.U. 2017 poz. 1473**USTAWA**

z dnia 8 czerwca 2017 r.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Art. 1. Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy, oraz sposób osiągnięcia najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze – najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7;
- 2) podmiot leczniczy – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);
- 3) pracownik wykonujący zawód medyczny:
 - a) osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym,
 - b) osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Art. 3. 1. Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

- 1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”;
- 2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;
- 3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;
- 4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem”:
 - a) kierownik podmiotu leczniczego,
 - b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:
 - a) na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
 - b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
 - c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

2017-08-07

- d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
- e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.¹⁾).

4. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.

Art. 4. Kontrolę wykonywania przepisów art. 3 przeprowadza:

- 1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie;
- 2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 786 i 962).

Art. 5. W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonywającej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Przepisy art. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 6. 1. W latach 2017–2027 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy z tytułu wzrostu kosztów związanych ze specjalizacją oraz realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów wynosi 5 028 159 tys. zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie w:

- 1) 2017 r. – 0 zł;
- 2) 2018 r. – 64 086 tys. zł;
- 3) 2019 r. – 102 457 tys. zł;
- 4) 2020 r. – 195 666 tys. zł;
- 5) 2021 r. – 302 924 tys. zł;
- 6) 2022 r. – 727 171 tys. zł;
- 7) 2023 r. – 727 171 tys. zł;
- 8) 2024 r. – 727 171 tys. zł;
- 9) 2025 r. – 727 171 tys. zł;
- 10) 2026 r. – 727 171 tys. zł;
- 11) 2027 r. – 727 171 tys. zł.

2. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów w poszczególnych dziedzinach medycyny w trybie rezydentury ustala się na dany rok, uwzględniając limit wydatków określony w ust. 1 pomniejszony o wysokość środków budżetowych przeznaczonych na sfinansowanie kosztów związanych z realizacją obowiązkowych staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 7. Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1321, 1386 i 1428.

Art. 8. W 2017 r. porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3, zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*

WSPÓŁCZYNNIKI PRACY

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją	1,05
8	Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją	0,73
9	Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji	0,64
10	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9, wymagający średniego wykształcenia	0,64

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 22 sierpnia 2017 roku

w sprawie pilnej nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Skierowane do

Ministra Zdrowia

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), Prezydium NRPiP wnosi o pilną jej nowelizację z uwagi na bardzo krzywdzące i nierówne traktowanie osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej wobec innych grup wykonujących zawody medyczne.

Prezydium NRPiP popiera działania strony rządowej dotyczące kompleksowego uregulowania kwestii wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Jednak w związku z brakiem akceptacji przez Ministerstwo Zdrowia postulatów dotyczących wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zawartych w Stanowisku Nr 7 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych ponownie apelujemy w tej sprawie.

Prezydium NRPiP wnosi o dokonanie pilnej nowelizacji przedmiotowej ustawy w następujących kwestiach:

- I. Zmiana Załącznika do ustawy – tabeli określającej współczynniki pracy w pkt 7-9 w następujący sposób:
 1. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa i z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 1,05;
 2. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa albo pielęgniarka lub położna z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 1,0;
 3. Pielęgniarka lub położna bez tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 0,74.
- II. Niezależnie od powyższego, treść Załącznika do ustawy powinna być sformułowana w sposób jednoznacznie przewidujący, że wyższy współczynnik pracy przysługuje pielęgniarce lub położnej posiadającej wykształcenie wyższe (magister pielęgniarstwa, magister położnictwa) lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa.

III. Wprowadzenie wyraźnego zapisu w art. 3 ust. 3 ustawy, określającego, że środki finansowe zagwarantowane pielęgniarkom i położnym w ramach zawartego Porozumienia z dnia 23 września 2015 roku pomiędzy MZ, NFZ, OZZPiP i NRPiP, i określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 roku poz. 1793 z późn. zm.) na wzrost wynagrodzeń w latach 2015-2019 i lata następne, są niezależne od uregulowań wynagrodzenia przewidzianego w ustawie z dnia 08 czerwca 2017 r.

Prezydium NRPiP stanowczo sprzeciwia się jakimkolwiek, niekorzystnym dla pielęgniarek i położnych zmianom w zakresie realizacji w/w Porozumienia. Domagamy się kontynuacji przyjętych w nim zobowiązań, zgodnie z deklaracją obecnie urzędującego Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiła.

Powyższe propozycje są wyrazem słuszych oczekiwań naszego środowiska w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę. Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej z uwagi na drastycznie i systematycznie rosnące niedobory kadry pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska

Stanowisko Nr 10
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 14 września 2017 roku

w sprawie pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych

Samorząd zawodowy, sprawując pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, wnioskuje do Ministra Zdrowia o pilne podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych.

Do NRPiP wpływają liczne sygnały o stosowaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych podczas dyżurów w zakładach leczniczych. Taka praktyka nie pozwala na sprawowanie opieki z należyтą starannością i z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów, co ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych, w tym także błędów medycznych.

W ocenie NRPiP aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) powinno być zastąpione regulacjami prawnymi uwzględniającymi wskaźniki zatrudnienia adekwatne do profilu oddziału szpitalnego i realizowanych w nim świadczeń zdrowotnych.

Sekretarz NRPiP

Prezes NRPiP

Joanna Walewander

Zofia Małas

Elżbieta Grądzka
Licencjat pielęgniarstwa
Specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Główne cele i zadania opieki paliatywnej

„ Opieka paliatywna (wg WHO) to całościowa, aktywna pomoc udzielana chorym, u których nie stwierdza się poprawy stanu zdrowia pomimo stosowanego leczenia przyczynowego. Jej celem jest osiągnięcie jak najlepszej jakości życia chorego i jego rodziny, łagodzenie cierpienia, przygotowanie do spokojnej śmierci i zapewnienie opieki nad osieroconą rodziną.”

Opieka nad terminalnymi pacjentami stanowi wiele problemów, a największy z nich pojawia się zwykle pod koniec ich cierpienia. Pacjenci docierają do punktu bez powrotu, bez szans na kontynuowanie jakiegokolwiek formy funkcjonowania. Do wykonania trudnej i odpowiedzialnej pracy jaką jest opieka nad nieuleczalnie chorym i umierającym pacjentem potrzebne jest zrozumienie kilku podstawowych zasad postępowania:

1. Opieka paliatywna jako całościowa holistyczna opieka ma na celu objęcie wszystkich ważnych sfer życia pacjenta. Oznacza to zaspokajanie potrzeb somatycznych, psychicznych, społecznych i duchowych indywidualnie u każdego chorego. Troska o zaspokajanie tych potrzeb oznacza jednocześnie dbanie o jakość życia pacjenta.

2. Główny cel opieki paliatywnej to poprawa jakości życia chorych. Należy podporządkować temu celowi wszystkie formy opieki i leczenia. Postawienie tej zasady na pierwszym miejscu oznacza próbę zaspokojenia głównych potrzeb chorego w sposób zindywidualizowany. Na ocenę jakości życia wpływa ocena sytuacji jakiej pragnie pacjent, a sytuacji istniejącej realnie. Aby poprawić tą ocenę mamy dwa sposoby: poprawienie warunków aktualnej sytuacji lub zmianę „treści” wyidealizowanej sytuacji.

Poprawa realnej sytuacji chorego sprowadza się między innymi do tolerowania trybu życia pacjenta i jego zwyczajów np. pozwalanie na palenie papierosów, okazjonalne picie alkoholu oczywiście tylko wtedy gdy nie nasila to objawów chorobowych. Uzyskanie dobrej jakości życia to także zmniejszenie uciążliwości leczenia, właściwa kontrola objawów somatycznych.

Dbanie o dobrą jakość życia pacjenta oznacza troskę o to jak przeżywa on subiektywnie komfort. Do tego celu służą odpowiednie oddziaływania psychologiczne osób opiekujących się chorym. Należą do nich zwrócenie uwagi chorego na chwilę obecną, a nie rozmyślanie nad niepewną przyszłością. Zwrot ku terażniejszości u pacjentów nieuleczalnie chorych jest warunkiem osiągnięcia dobrej jakości życia.

Personel medyczny powinien pomóc choremu w wypełnieniu pustych chwil, które bardzo często zdarzają się u chorych leżących, ale nadal gotowych do aktywności psychicznej. Ważnym aspektem poprawy jakości życia jest zwrócenie uwagi na ruchową aktywizację pacjentów.

Rehabilitacja to bardzo ważny element aktywnej opieki paliatywnej. Jej głównym celem jest przywrócenie chorym z chorobą nowotworową sprawności w takim stopniu, aby mogli osiągnąć możliwie największą aktywność ruchową, a przez to poprawiali jakość życia. Rehabilitacja poprzez dobranie odpowiedniej techniki ćwiczeń dostosowanych do stanu zdrowia chorego ma na celu przystosowanie ich do sytuacji klinicznej w jakiej się znajdują. Niezależnie od zakładanej długości życia należy pomóc pacjentom paliatywnym żyć sprawnie, poprawiając chociażby ich mobilność, a także ogólną wydolność organizmu.

3. Z uwagi na wieloaspektowy charakter opieki nad chorym nieuleczalnie, opieka ta winna być sprawowana zespołowo. Naczelna zasada pracy zespołowej to ścisła współpraca jej członków. Sprawnie działający zespół nie powinien być zbyt duży, ale doskonale dostosowany do zabezpieczania najważniejszych potrzeb chorego oraz członków jego najbliższej rodziny.

W zależności od rodzaju potrzeb chorego w skład takiego zespołu mogą wchodzić: członkowie najbliższej rodziny, sąsiedzi lub wolontariusze, osoby duchowne, pielęgniarka środowiskowa oraz członkowie wyspecjalizowanego zespołu terapeutycznego opieki paliatywnej.

Praca w zespole pozwala na równomierne rozłożenie ciężaru opieki oraz odpowiedzialności, umożliwia wzajemne wsparcie w trudnych sytuacjach, łagodzi stresy. W domowej opiece paliatywnej konieczna jest ścisła współpraca członków zespołu terapeutycznego z rodziną chorego.

Zespół terapeutyczny nie zastępuje rodziny w pełnieniu jej obowiązków, ale pomaga poprzez szkolenia instruktażowe dotyczące sposobu opieki, pielęgnacji, leczenia oraz zachowania się wobec chorego.

W przypadku, gdy rodzina jest przemęczona lub mało zaradna, zespół okresowo odciąża ją od obowiązków. Udziela wsparcia psychicznego i duchowego, a także pomaga w załatwianiu spraw bytowych.

„Zadomowienie” w środowisku chorego to charakterystyczna cecha opieki zespołowej. Wymaga to jednak czasu, zaangażowania oraz dobrej woli każdej ze stron. Odwiedziny personelu medycznego często odbywają się jeden, dwa razy w tygodniu, ale także w zależności od potrzeby nawet kilka razy dziennie. Często podczas tych wizyt zawiązuje się przyjaźń z chorym, a nawet z członkami rodziny. Pozyskane zaufanie i wejście w problemy rodziny, pomaga później w trudnych chwilach okresu umierania być dla nich osobą bliską, kimś „swoim”.

4. Kolejnym ważnym punktem w opiece paliatywnej jest akceptacja nieuchronności śmierci. Przyjęcie takiej zasady oznacza pewien przewrót w naszym sposobie myślenia. Największą wartością jest życie, dążymy do jego zachowania, walczymy o nie w sytuacjach zagrożenia. Taki sposób postępowania jest zapisany głęboko w psychice każdego człowieka, a przede wszystkim lekarza i pielęgniarki. Taki punkt widzenia przedstawia nieraz rodzina pacjenta, która nie jest w stanie pogodzić się z faktem odchodzenia bliskiej osoby i domaga się od pracowników opieki paliatywnej kroplówek, nadzwyczajnych leków, chce walczyć do końca, nierzadko za wszelką cenę. Tymczasem, należy uznać zasadę nieuchronności śmierci, powstrzymując się od nadzwyczajnych działań w okresie agonii.

Działania medyczne mające na celu „przywrócenie” życia na siłę są bardzo ograniczone, a czasami mogą okazać się szkodliwe. W agonii działania polegające na podłączeniu kroplówek, podaniu leków nasercowych mogą doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia chorego lub zwiększyć jego dolegliwości (pogłębienie niewydolności krążenia, zwiększenie wydzieliny w drogach oddechowych). Działania takie przyczyniają się raczej do przedłużania umierania oraz związanych z nim cierpień, a nie przedłużania życia.

5. Kolejna bardzo ważna zasada to akceptacja nieuchronności cierpienia. Jest to bardzo trudne do przyjęcia, ale starając się łagodzić dolegliwości pacjenta i zaspokajając jego potrzeby stajemy niekiedy przed barierą własnych ograniczeń. Zdarza się tak, że nie jesteśmy w stanie pomóc pacjentowi i sprawić, by nie odczuwał żadnych przykrości. Należy uznać, że cierpienie, lęk i żal są naturalnymi i głęboko ludzkimi odczuciami i mogą one mieć pozytywną rolę w życiu. Przyjęcie tej zasady może sprawić, że nasza opieka i pomoc staną się bardziej skuteczne.

6. Akceptacja właściwej pory śmierci to powstrzymanie się od wszelkich działań prowadzących do przyśpieszenia śmierci. Opieka paliatywna to skuteczny sposób przeciwdziałania eutanazji.

Prośby o eutanazję chorych nowotworowo nie zdarzają się często, jeśli się jednak taka prośba pojawi musimy przypomnieć sobie o zasadzie poszanowania autonomii chorego i wstrzymać się od głośnego negatywnego osądu etycznego. Zasłanianie się zakazami czy prawem może utrudnić opiekę nad chorym w jego dramatycznej sytuacji. Wypowiadając pragnienie śmierci pacjenci zazwyczaj robią to w ściśle określonych warunkach: kiedy czują silny ból, nasilenie duszności, przeżywają głęboką depresję, boją się co będzie dalej, czują się odrzućeni, samotni i niepotrzebni. Chęć skrócenia sobie życia słabnie lub całkowicie ustaje u pacjentów, którym poprawiają się warunki leczenia i opieki. Jest to dowód na to, że dobra opieka paliatywna to alternatywa dla eutanazji.

Jak już wspomniałam liczba osób proszących o śmierć jest nieduża. Na ogół pacjenci w stanie terminalnym w sytuacji realnego zagrożenia życia nie mówią o eutanazji. Wola życia jest u nich siłą motywującą do walki o przetrwanie, natomiast wartość życia jest spostrzegana wyraźniej niż kiedykolwiek wcześniej.

7. Opieka paliatywna obejmuje nie tylko chorego, ale także jego rodzinę. Potrzeby rodziny nie znikają w momencie śmierci pacjenta dlatego też opieka ta rozciąga się również na okres żałoby. W pierwszym okresie dążymy do tego aby rodzina mogła wyrazić swoje emocje związane ze stratą osoby bliskiej. Należy umożliwić rodzinie zobaczenie zmarłego, dać wystarczająco dużo czasu na pożegnanie się z nim. W następnych dniach wsparciem najbliższych może być zaproszenie do wspólnej rozmowy, modlitwy.

8. W opiece paliatywnej kierujemy się następującymi zasadami etycznymi:

a) poszanowanie autonomii pacjenta rozumianej jako wolność, niezależność poglądów, zdolność do podejmowania decyzji i działania, prywatności, respektowanie prawa pacjenta do prawdy,

b) respektowanie zasady sprawiedliwości, co oznacza udzielanie opieki paliatywnej wszystkim potrzebującym jej chorym,

c) przestrzeganie zasady *primum non nocere*, oznaczającej w praktyce, aby „nie szkodzić, a także nie powodować niepotrzebnego cierpienia”(psychicznego, fizycznego, duchowego)

d) poszanowanie zasady czynienia dobra, co oznacza towarzyszenie choremu, udzielanie pomocy, zaspakajanie pragnień, leczenie, zmniejszanie cierpienia.

Wymienione zasady etyczne nie budzą wątpliwości, ale w praktyce mogą okazać się trudne do zrealizowania. Dotyczy to między innymi problemu przekazywania pacjentowi niepomyślnych wiadomości o stanie zdrowia. Chory sam powinien zdecydować co, w jakim stopniu i kiedy chce usłyszeć. On także powinien zdecydować co o jego chorobie mówić rodzinie. Bardzo trudno jest także dostosować się (lub nie) do woli pacjenta i nie podawać mu morfiny, środków nasennych czy kroplówek mimo wskazań lekarskich. Takich problemów jest wiele wszystkie one wymagają głębokiego przemyślenia, odważnych i rozsądnych decyzji.

Pacjent w opiece paliatywnej

Opieka paliatywna obejmuje chorych u kresu życia, a także ich rodziny w razie takiej potrzeby. Profesjonalna i holistyczna opieka jest sprawowana nad chorymi, których choroby nie poddają się leczeniu przyczynowemu. Na ogół są to pacjenci z chorobą nowotworową, chorobą Alzheimera, AIDS, niewydolnością serca i wybranymi chorobami neurologicznymi. W chorobach tych wyróżniamy trzy okresy: okres przedterminalny, terminalny, umierania. Ścisłe powiązany jest z nimi także okres „osierocenia” i żałoby , ale dotyczą już one tylko rodziny.

Okres przedterminalny (preterminalny) to faza choroby gdzie zaprzestano już leczenia, które ma na celu przedłużenie życia, ale pacjent jest jeszcze w takim stanie ogólnym, że jest sprawny ruchowo i nie ma większych dolegliwości. Pacjent w takim stanie nie wymaga jeszcze opieki paliatywnej.

Okres terminalny rozpoczyna stan, kiedy pojawiają się dolegliwości, które prowadzą do nieodwracalnej, stale pogarszającej się sytuacji zdrowotnej chorego oraz upośledza jego sprawność ruchową, co zwykle uniemożliwia pacjentowi wychodzenie z domu. Taki stan pacjenta wymaga już opieki paliatywnej, która trwa około 6-8 tygodni. Leczenie pacjenta w terminalnym stadium choroby ogranicza się głównie na łagodzeniu występujących objawów i uśmierzaniu bólu.

Okres umierania to stan, w którym dochodzi do ustawiania czynności życiowych. Agonia to słowo wywodzące się z języka greckiego i tłumaczy się je jako walkę życia ze śmiercią. Czasami agonii towarzyszy stan określany jako przedśmiertna euforia. Pacjent odczuwa chwilową poprawę, lepiej się czuje. Jest to jednak złudne i świadczy o braku obrony ze strony organizmu. W okresie umierania dobrze jest, gdy ktoś z bliskich czuwa przy łóżku chorego, zapewnia poczucie bliskości, uspokaja go, ale robi to bez narzucania się, bez demonstracyjnej rozpacz i płaczu.

Okres osierocenia dotyczy sytuacji psychicznej osoby, która utraciła bliskiego na skutek śmierci. Żałoba natomiast, oznacza zewnętrzną reakcję na ową utratę. Zespół hospicyjny powinien wspierać rodzinę zmarłego, ułatwiając jej łagodne przeżycie wszystkich etapów osierocenia i akceptacji nowej sytuacji. Najważniejszym problemem jaki występuje u pacjentów leczonych paliatywnie jest opanowanie i kontrola bólu, a także innych objawów somatycznych np. nudności i wymiotów, zaparc, duszności.

Ból w chorobie nowotworowej stanowi szczególny problem. Już na początku rozpoznania nowotworu u 30-50% pacjentów występują dolegliwości bólowe, a w fazie zaawansowania choroby ból pojawia się u 80% chorych. U wielu chorych ból spowodowany jest nie tylko nowotworem, ale także powstaje na skutek leczenia przeciwnowotworowego lub jest niezwiązany z nowotworem. Ból totalny to „ból szczególny”, wielorodzajowy „zarezerwowany” dla pacjentów z chorobą nowotworową. Pacjenci w stanie zaawansowanej choroby czują jednocześnie ból somatyczny, ból neurogeny i psychogeny. Doznają także negatywnych przeżyć związanych z bólem psychicznym i egzystencjonalnym. Ból totalny to ból „wszechogarniający”. Nie da się leczyć nadciśnienia nie mierząc ciśnienia krwi, chorób serca bez wykonania EKG, gorączki bez mierzenia temperatury. Nie da się leczyć bólu, bez uprzedniego jego zmierzenia tylko, że lekarz nie ma precyzyjnego aparatu do jego pomiaru. Ból jest odczuciem subiektywnym, dlatego też podstawowym narzędziem diagnostycznym jest relacjonowany przez chorego opis bólu. Próba obiektywizacji bólu oraz pomiaru jego natężenia są używane w opiece paliatywnej (i nie tylko) skale pomiarowe. Najczęściej używane są skale: słowne, numeryczne, wzrokowo-analogowe. Skala słowna jest skalą porządkową, czterostopniową gdzie do kolejno ustawionych cyfr dopisuje się określenie stopnia natężenia bólu, np.: 0 oznacza brak bólu, a 3 ból nie do zniesienia. Skala numeryczna, polega na wskazaniu przez pacjenta cyfry, która określa jak silny jest ból, przy czym 0 oznacza brak bólu, a 10 bardzo silny ból, najgorszy, jaki można sobie wyobrazić. Skala ta jest najczęściej stosowana z powodu wysokiej czułości i wystarczającego zróżnicowania udzielanych odpowiedzi określających natężenie bólu. Skala wzrokowo-analogowa przypomina skalę numeryczną, ale ma ona charakter graficzny. Pacjent określa poziom bólu na 10 cm odcinku, gdzie analogicznie do poprzednich skal 0 oznacza brak bólu, a 10 ból nie do zniesienia.

Podstawową metodą leczenia bólów nowotworowych jest farmakoterapia. Od 1986 roku obowiązuje prosty schemat farmakologicznego opanowania bólu u pacjentów chorych na nowotwór:

- każdy lek i jego dawka dobierane są indywidualnie do potrzeb chorego,
- wybór leku oraz stopnia drabiny analgetycznej jest zależne od wielkości bólu,
- gdy natężenie bólu rośnie, przechodzimy na wyższy stopień drabiny analgetycznej,
- kojarzymy leki o różnych mechanizmach działania,
- jeśli to tylko możliwe, jak najdłużej utrzymać doustną drogę podania leków. Dotychczasowe leczenie bólów nowotworowych opierało się na powstałej w latach 80. ubiegłego stulecia drabinie analgetycznej. Jest to trzystopniowa skala, w której pierwszy stopień (szczebel) zawiera proste analgetyki i leki uzupełniające, drugi stopień to słabe opioidy plus proste analgetyki plus leki uzupełniające, trzeci stopień to silne opioidy plus proste analgetyki i leki uzupełniające. Obecnie leczenie bólu opiera się tylko na koncepcji „drabiny analgetycznej”, stanowi ona raczej podstawową zasadę, a nie sztywny schemat. Jednak nadal podstawowym, silnym analgetykiem opioidowym pozostała morfina.

Nudności i wymioty to objawy często spotykane u pacjentów leczonych paliatywnie, występują one u 40-70% chorych. Nudności to nieprzyjemne odczucie, bez odruchów wymiotnych, ale często poprzedzające wymioty. Wymioty, natomiast polegają na wyrzucaniu treści żołądkowej przez przełyk, a później jamę ustną. Przyczyn nudności i wymiotów u chorych nowotworowych należy doszukiwać się w związku z nowotworem, związanych z leczeniem oraz chorobami współistniejącymi. Leczenie nudności i wymiotów polega na metodach nefarmakologicznych i farmakologicznych. Do pierwszych zalicza się zapewnienie spokoju pacjentowi, częste wietrzenie sali, podawanie małych porcji jedzenia i picia. Leczenie farmakologiczne to leki przeciw wymiotne, uspokajające.

Zaparcia to następny przykry objaw towarzyszący pacjentowi z chorobą nowotworową, występują one u większości chorych. O zaparciu, mówimy wtedy, gdy wypróżnienie występuje rzadziej niż 3 razy w tygodniu, stolec jest twardy lub wypróżnienie jest tylko po podaniu środków przeczyszczających. Przyczyny zaparc u pacjentów, którzy znajdują się w terminalnej fazie choroby nowotworowej to przede wszystkim leczenie opioidami, zaburzenia metaboliczne, dieta, zmiany anatomiczne, zaburzenia neurologiczne, a także brak intymności podczas defekacji. Najczęstsze postępowanie to odpowiednie odżywianie, jeżeli to możliwe zwiększenie aktywności fizycznej, stosowanie środków przeczyszczających, modyfikacja leczenia. W skrajnych przypadkach stosuje się ręczne wydobycie stolca.

Duszność to subiektywne odczucie trudności w oddychaniu. Duszność wysiłkowa występuje prawie u wszystkich pacjentów w stanach terminalnych, spoczynkowa natomiast u 30-50% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, a u chorych z rakiem oskrzela duszność występuje u 20-90% . Najczęstszą przyczyną duszności jest choroba nowotworowa, ale może ona wynikać także, ze złego stanu chorego, współistnienia innych chorób czy powikłań leczenia onkologicznego. Leczenie polega na stosowaniu tlenoterapii, wysokim ułożeniu chorego, podawaniu leków zmniejszających uczucie duszności, uspokajających. U wielu pacjentów tlenoterapia rzadko bywa skuteczna. Uczucie duszności czasami można zmniejszyć poprzez zastosowanie małego ręcznego wentylatora. Powiew chłodnego powietrza pobudza receptory czuciowe w zakończeniach nerwu trójdzielnego, a te wysyłają sygnały do mózgu. Podobne działanie ma otwarcie okna, pacjenci odczuwają korzystny efekt zmniejszenia uczucia duszności przez powiew świeżego powietrza.

Edukacja na temat opieki paliatywnej jest ciągle potrzebna. To bardzo dobry sposób aby przełamać stereotypy i pomóc rodzinie, która znacznie mniej boi się przekazać swoich najbliższych pod opiekę hospicjum. Większością pacjentów zajmuje się domowa opieka, ale wielu chorych musi być pod stałą opieką na oddziale. Stereotypy najtrudniej jednak przełamać w małych miejscowościach, tam umęczonej rodzinie „nie dają żyć” wścibskie sąsiedzkie oczy i cięte języki, rozgłaszając na całą okolicę, że to grzech oddać ciężko chorego do hospicjum. Dlatego też ważne jest tworzenie ośrodków pomagających chorym nieuleczalnie w małych miejscowościach. Kampania społeczna pod nazwą „Hospicjum to też Życie”, pomogła zmotywować władze samorządowe, ochronę zdrowia i duchowieństwo w kilkunastu powiatach do utworzenia takich placówek .Dzięki zbiorce społecznej, nowym ośrodkom подарowano zestawy sprzętu niezbędnego do pracy. Razem z ludźmi dobrej woli, Fundacja Hospicyjna może dotrzeć z pieniędzmi do każdego zakątka naszego kraju. Jednak brak elementarnej wiedzy na temat hospicjum i medycyny paliatywnej nie jest tylko problemem społecznym. Również w ochronie zdrowia nie wszyscy pracownicy rozumieją filozofię hospicyjną. Negatywne stereotypy i często wrogie nastawienie wobec pracowników opieki paliatywnej to niestety postawy ciągle jeszcze zauważalne w niektórych środowiskach medycznych. Dlatego obok szkoleń dla pracowników hospicyjnych, bardzo potrzebne są warsztaty i szkolenia hospicyjne dla całego personelu ochrony zdrowia. Także osoby przychodzące do oddziału opieki paliatywnej, z pytaniami czy odwiedzający swoich bliskich często zachowują się jakby przychodzili do zakładu pogrzebowego lub prosektorium. Mają smutne miny, marsowe spojrzenia, mówią szeptem, a chorzy wbrew pozorom cieszą się i bardzo potrzebują każdego przejawu życia, dobrego słowa i normalności. Uśmiech i otwarte drzwi to następny element filozofii hospicyjnej. Radość, dobra muzyka, poezja, oraz wszystko to co sprawia człowiekowi przyjemność, powinno znajdować się w oddziałach opieki paliatywnej i hospicjach. Każda tego typu inicjatywa potwierdza motto Fundacji Hospicyjnej głoszące, iż „Hospicjum to też Życie”.

ZAKAŻENIA SZPITALNE

Zakażenie szpitalne: definicja według WHO to zakażenie pozostające w ścisłym związku przyczynowym z pobytem chorego w szpitalu lub zakażeniem, które rozwija się u personelu szpitalnego w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych.

Zakażenie szpitalne – to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy choroba w czasie udzielania świadczeń nie była w czasie wylegania (np. zakażenia bakteryjne) lub gdy choroba wystąpiła po udzieleniu tych świadczeń w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres wylegania tej choroby (np. WZW typu B, WZW typu C). Najczęściej uznaje się zakażenie za szpitalne, jeśli wystąpiło w okresie 48-72 godzin do udzielenia świadczenia zdrowotnego. Dla zakażeń o długim okresie wylegania (WZW typu B, WZW typu C, HIV, gruźlica) przyjmuje się okres od dwóch tygodni do wielu lat. Zakażenie szpitalne może dotyczyć zarówno pacjenta jak i personelu medycznego. Może wystąpić w szpitalu jak i w innej placówce opieki zdrowotnej.

W niektórych przypadkach definicja zakażenia szpitalnego jest nieco inna:

- u noworodków za zakażenie szpitalne przyjmuje się zakażenie, które wystąpiło po upływie 48 godzin od porodu, a przed porodem u matki nie istniało,
- w przypadku zakażenia miejsca operowanego (dawniej zakażenie rany operacyjnej) u pacjenta niezakażonego przed zabiegiem za zakażenie szpitalne uznaje się zakażenie, które wystąpiło w ciągu miesiąca od zabiegu, jeśli pacjent ma wszczepione ciała obce (np. implanty ortopedyczne), w ciągu roku od zabiegu.

Czynniki ryzyka zakażeń szpitalnych:

1. Zależne od metod terapeutyczno-diagnostycznych:
 - < diagnostyka inwazyjna
 - < leczenie (rany chirurgiczne, intubacja, hemodializa, oddech wspomagany, leki cytostatyczne, immunosupresyjne)
 - < czas hospitalizacji
2. Zależne od stanu chorego:
 - < wiek (osoby w starszym wieku, noworodki)
 - < choroby immunologiczne
 - < choroby podstawowe (cukrzyca, urazy wielonarządowe, wrodzone i nabyte zespoły niedoborów odporności)
 - < choroby towarzyszące (marskość wątroby, alkoholizm, przeszczepy narządów, neuropenia, przewlekła niewydolność nerek, odleżyny)
 - < niedożywienie

Wyróżnia się zakażenia szpitalne:

- > egzogenne – spowodowane przez drobnoustroje dominujące w środowisku szpitalnym
- > endogenne – spowodowane przez własną, naturalną florę pacjenta np. z powodu obniżonej odporności

Do źródeł zakażeń należą;

- źle wyjałowiony sprzęt
- aparatura medyczna
- zakażona krew i preparaty krwiopochodne
- przeterminowane płyny dezynfekujące
- pościel i materiały opatrunkowe
- zlewy, wanny, baseny, nawilzacze, żywność, woda
- źle przechowywane i przygotowywane leki
- urządzenia wentylacyjne i kanalizacyjne

Drogi szerzenia się zakażeń:

- powietrzno-pyłkowa
- kontaktowa (pośrednia i bezpośrednia)

- pokarmowa
- przerwana ciągłość tkanek

Metody zapobiegania występowaniu zakażeń wewnątrzszpitalnych:

1. Stosowanie zasad higieny, aseptyki i antyseptyki:

- < utrzymanie higieny osobistej pacjentów i personelu
- < zakładanie rękawiczek ochronnych podczas wykonywania wszelkich czynności przy pacjencie
- < zakładanie jałowych rękawic oraz odzieży przed operacją
- < chirurgiczne mycie rąk na bloku operacyjnym przed każdą operacją
- < higieniczne mycie rąk przed wykonaniem jakiegokolwiek czynności
- < zakładanie maseczek i czepków na włosy przed zabiegami
- < posługiwanie się wyłącznie jałowym sprzętem na bloku chirurgicznym

2. Stosowanie zasad i technik wykonywania zabiegów pielęgniarstwa z grupy aseptycznych:

- < obserwacja miejsc wkłucia, ujścia drenów i cewników, obserwacja ran i opatrunków,
- < codzienna zmiana opatrunków, a w razie potrzeby częściej
- < dokładne oczyszczanie i dezynfekcja ran
- < posługiwanie się jałowymi narzędziami podczas zmiany opatrunków
- < przestrzeganie przyjętych zasad i procedur w przypadku materiału zakaźnego
- < stosowanie izolacji i segregacji pacjentów w celu zapobiegania rozpowszechnianiu się zakażeń wewnątrzszpitalnych
- < odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego
- < prawidłowa pielęgnacja chorych zaintubowanych

3. Dbanie o zdrowie osób pracujących w placówkach ochrony zdrowia:

- < okresowa ocena stanu zdrowia personelu medycznego
- < szczepienia ochronne dla pracowników medycznych
- < prowadzenie dokładnej dokumentacji zranień i zakłuć personelu

Najczęściej zakażenia szpitalne występują na oddziałach szpitalnych:

- 20% Ogólna Intensywna Opieka Medyczna
- 11% Neurochirurgia
- 11% Hepatogastroenterologia
- 8,5% Geriatria
- 7% Chirurgia gastroenterologiczna
- 5,3% Oddział Chorób Wewnętrznych
- 4,5% Ortopedia

Najczęstsze zakażenia to:

- Zakażenie układu moczowego
- Zakażenie układu oddechowego
- Posocznice
- Zakażenia miejscowe
- Zakażenia ran operacyjnych

Ryzyko zakażeń szpitalnych wzrasta wraz ze wzrostem specjalizacji zabiegów diagnostycznych i leczniczych. W warunkach szpitalnych istnieje zjawisko „otwarcia nowych wrót zakażeń” np. poprzez zabiegi endoskopowe, zabiegi chirurgiczne, zabiegi chirurgiczne w stomatologii, wszelkiego rodzaju implanty, dializoterapia, wkłucia dożylna i dotętnicze. Ratują one życie pacjentom, ale stwarzają ogromne ryzyko zakażeń szpitalnych.

Zakażenia układu moczowego. Stanowią największą grupę wśród zakażeń szpitalnych. Bardzo często pojawiają się na oddziałach geriatrycznych i u chorych w ciężkim stanie. Zakażenie układu moczowego prowadzi często do bakteriemii, posocznicy, a także może być punktem wyjścia dla innych powikłań septycznych. Do objawów zakażenia układu moczowego zalicza się: dysuria, ból i napięcie w okolicy lędźwiowej lub nadłonowej, gorączka, ropomocz.

Zakażenia układu oddechowego. Czynniki etiologiczne zmieniają się wraz z zastosowaniem nowych generacji antybiotyków. Dominują pałeczki Gram ujemne kolonizujące wstępnie

górne drogi oddechowe. Podczas pobytu w szpitalu u chorego w ciężkim stanie dochodzi czasami do zakażenia układu oddechowego, które wikał przebieg pooperacyjny i jest częstą przyczyną zgonów. Do objawów zakażenia dróg oddechowych należą: gorączka powyżej 38°C, zmiany osłuchowe w drogach oddechowych, pojawienie się nowej lub zwiększenie ilości wydzieliny ropnej, zmiany w obrazie radiologicznym. Najczęstsze powikłania to: zapalenie płuc, ropień płuc, ropniak opłucnej, zapalenie tchawicy i oskrzeli, zapalenie zatok, gardła, ucha środkowego, nagłośni.

Posocznica. To ogólnoustrojowa reakcja organizmu na zakażenie. Zespół uogólnionej reakcji zapalnej (SIRS) manifestuje się wystąpieniem dwóch lub więcej z poniższych objawów:

- temperatura powyżej 38°C lub mniejsza niż 36°C
- tętno wyższe niż 90 uderzeń na minutę
- częstość oddechów większa niż 20/minutę
- wzmożone napięcie (rigors)
- hipotensja

Do objawów klinicznych należą: temperatura, hiperwentylacja, objawy encefalopatii, objawy skórne(akrocjanoza, erytrodemia, pęcherze, wybroczyny itp.), objawy żołądkowo-jelitowe. Do powikłań należą: płuco wstrząsowe, wstrząs septyczny, spadek siły skurczowej mięśnia sercowego, powikłania nerkowe, zaburzenia krzepliwości, powikłania neurologiczne. W badaniach dodatkowych występuje małopłytkowość, hyperazotemia, kwasica metaboliczna, hyperbilirubinemia, hypoalbuminemia.

Zakażenia ran operacyjnych. O wystąpieniu cech zakażenia rany operacyjnej decydują co najmniej trzy grupy czynników. Zależne od chorego(stan odporności, nawyki higieniczne, itp.) , zależne od chirurga(technika operacyjna, zasady aseptyki, racjonalna profilaktyka antybiotykowa, itp.), zależne od środowiska szpitalnego(warunki sanitarne, jałowość sprzętu operacyjnego i opatrunkowego). Objawy to pojawienie się ropnej wydzieliny w ranie, bolesne zaczerwienienie wskazujące na zapalenie tkanki łącznej, gorączka powyżej 38°C , napięcie, obrzęk lub rozprzestrzeniający się rumień.

Zapobieganie zakażeniom ran operacyjnych:

- < skrócenie czasu hospitalizacji
- < właściwe przygotowanie pola operacyjnego
- < stała kontrola jałowości materiału operacyjnego i narzędzi
- < okołoperacyjna profilaktyka antybiotykowa
- < odpowiednia technika operacyjna

Zakażenia przewodu pokarmowego. Do objawów zaliczamy biegunki i wymioty. Diagnostyka to badanie kału na obecność patogenów takich jak : Rota wirusy, Salmonelle, Shigella, Clostridium difficile.

Inne zakażenia szpitalne. Stanowią 10-15% wszystkich zakażeń. W grupie tej SA zakażenia skóry, tkanki podskórnej, centralnego układu nerwowego, przewodu pokarmowego, dróg rodnych i inne powyżej nie zakwalifikowane. Rozpoznanie i kwalifikacja tych zakażeń jako szpitalnych opiera się na tych samych kryteriach jakie stosuje się w zakażeniu rany operacyjnej czy układu oddechowego.

Przyczyną zakażeń szpitalnych może być praktycznie każdy rodzaj czynnika zakaźnego począwszy do wirusów poprzez bakterie i grzyby aż po pasożyty. Interakcja drobnoustrojów środowiska szpitalnego, stan odporności organizmu pacjenta oraz drogi transmisji mają istotne znaczenie w rozwoju zakażeń szpitalnych.

Większość drobnoustrojów odpowiedzialnych za zakażenia szpitalne nie wywołuje chorób u osób zdrowych, będąc jednak niebezpiecznymi w okresie spadku odporności. Istotnym czynnikiem ograniczającym możliwość rozwoju zakażenia szpitalnego jest zmniejszenie ekspozycji chorego na drobnoustroje chorobotwórcze poprzez właściwe stosowanie procedur diagnostycznych i terapeutycznych.

Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych mają na celu:

- ustalenie szpitalnego programu kontroli zakażeń- ustalając najłabsze punkty funkcjonowania szpitala
- opracowanie standardów zasad postępowania dla odpowiednich czynności wykonywanych w szpitalu
- organizowanie szkoleń personelu
- nadzorowanie stanu zdrowia personelu

- nadzorowanie nad stosowaniem antybiotyków
- nadzór nad stosowaniem środków dezynfekcyjnych
- zapewnienie personelowi szpitala wszelkich niezbędnych środków umożliwiających utrzymanie dobrej praktyki kontroli zakażeń

Monitorowanie zakażeń w praktyce.

Stała kontrola bakteriologiczna chorych- monitorowanie bakteriologiczne miejsc możliwej kontaminacji oraz możliwych wrót zakażenia. Kliniczna i laboratoryjna kontrola ogólnego stanu chorego ze szczególnym uwzględnieniem układu moczowego i oddechowego. Codzienna kontrola i pielęgnacja miejsc wkłuć, wyjścia drenów, ran chirurgicznych i urazowych. Kontrola stanu immunologicznego, ilość limfocytów we krwi obwodowej. Wykonanie testu skórnej opóźnionej nadwrażliwości, oznaczenie immunoglobulin w surowicy krwi.

Kamila Kowalczyk - mgr pielęgniarstwa

fragment pracy magisterskiej

„**Samokontrola** jest to zespół czynności, wykonywanych przez samego chorego (niekiedy przez jego opiekunów), dzięki którym można kontrolować skuteczność prowadzonego leczenia. Dokonywanie samokontroli pozwala na zrozumienie jaki wpływ na stężenie glukozy we krwi mają przyjmowane leki, dieta, wysiłek fizyczny, stres czy dodatkowe choroby. Zrozumienie tych zależności pozwala na samodzielne podejmowanie decyzji odnośnie modyfikacji sposobu leczenia, stosowania diety i intensywności wysiłku fizycznego. Dzięki temu chory bierze aktywny udział w procesie leczenia, lepiej poznaje chorobę, umie samodzielnie podejmować decyzje w odpowiedzi na uzyskiwane wyniki badań, staje się bardziej aktywny i niezależny.

Odrębność leczenia cukrzycy (w porównaniu z innymi chorobami) polega na włączeniu w proces leczenia samego chorego i dokonywaniu przez niego samokontroli.”

Samokontrola polega na:

- oznaczaniu poziomu glukozy we krwi,
- kontroli poziomu glukozy i acetonu w moczu,
- kontroli ciśnienia tętniczego krwi,
- kontroli masy ciała,
- kontroli stóp,
- oznaczeniu mikroalbuminurii w moczu (wskaźnik uszkodzenia nerek),
- odnotowaniu wyników w „Dzienniczku samokontroli”,
- samodzielnym podjęciu decyzji o zmianie leczenia w oparciu o uzyskane wyniki.

Ryc. nr 2. Dzienniczek samokontroli.

Data	ciężar ciała	ciężar ciała	Stężenie glukozy we krwi			
			na czczo	2 godziny po:		
				śniadaniu	obiedzie	kolacji

Cele samokontroli:

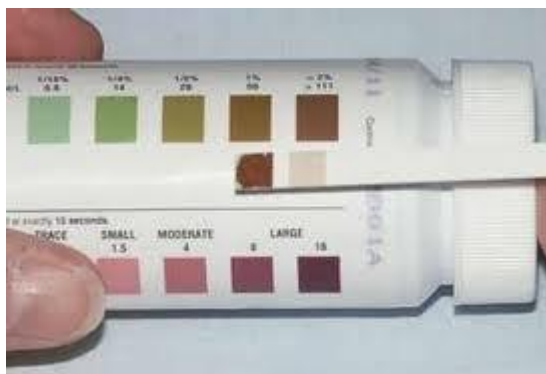
- kontrola glukozy we krwi i moczu,
- kontrola leczenia cukrzycy,
- zapobieganie powikłaniom,
- opracowanie właściwej diety,
- pomoc dla lekarza w prowadzeniu cukrzycy,
- decydowanie przez chorego o niewielkiej zmianie dawki insuliny.

Sposoby pomiaru stężenia glukozy we krwi

Do pomiaru stężenia glukozy we krwi służą glukometry lub tak zwane suche testy paskowe.

Paski testowe- stosowane są do oznaczenia poziomu cukru we krwi metodą wzrokową. Wynik pomiaru uzyskuje się poprzez porównanie zmiany zabarwienia paska testowego (w zależności od stężenia glukozy w badanej krwi) ze skalą barwną, która umieszczona jest na opakowaniu. Uzyskane wyniki pomiarów dokonanych za pomocą testów paskowych nie są w pełni wiarygodne. Informują jedynie o przybliżonym stężeniu glukozy we krwi.

Ryc. nr 3. Paski testowe



Glukometry- są elektronicznymi aparatami pomiarowymi, służącymi do oznaczenia stężenia glukozy we krwi. Wyniki uzyskane tą metodą są o wiele bardziej dokładne aniżeli otrzymane przy użyciu tak zwanych suchych pasków testowych. W Polsce dostępnych jest wiele modeli glukometrów. Glukometr powinien być prosty w obsłudze, dokładnie pokazywać pomiar oraz posiadać dodatkowe wyposażenie (np. nakłuwacz, płyny czyszczące i konserwujące). Ważny jest również koszt pasków testowych stosowanych w danym modelu. Wielkość liter na wyświetlaczu powinna być wystarczająco duża i gwarantować bezbłędny odczyt wyniku, zwłaszcza chorym mającym problemy ze wzrokiem. Pielęgniarka lub lekarz powinni przeszkolić chorego w celu bezbłędного podania pomiaru.

Ryc. nr 4. Glukometr



*„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
A wspomnień nikt nam nie zabierze,
Zawsze będą z nami”*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas nasza koleżanka Pielęgniarka

BARBARA KOŁĘDA

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia
składają koleżanki i koledzy
z powiatu zduńskowolskiego

*Śpieszmy się kochać ludzi,
tak szybko odchodzą ...*

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy naszą koleżankę Pielęgniarkę

ALINĘ DZIADAK

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia
składają koleżanki i koledzy
z powiatu zduńskowolskiego
