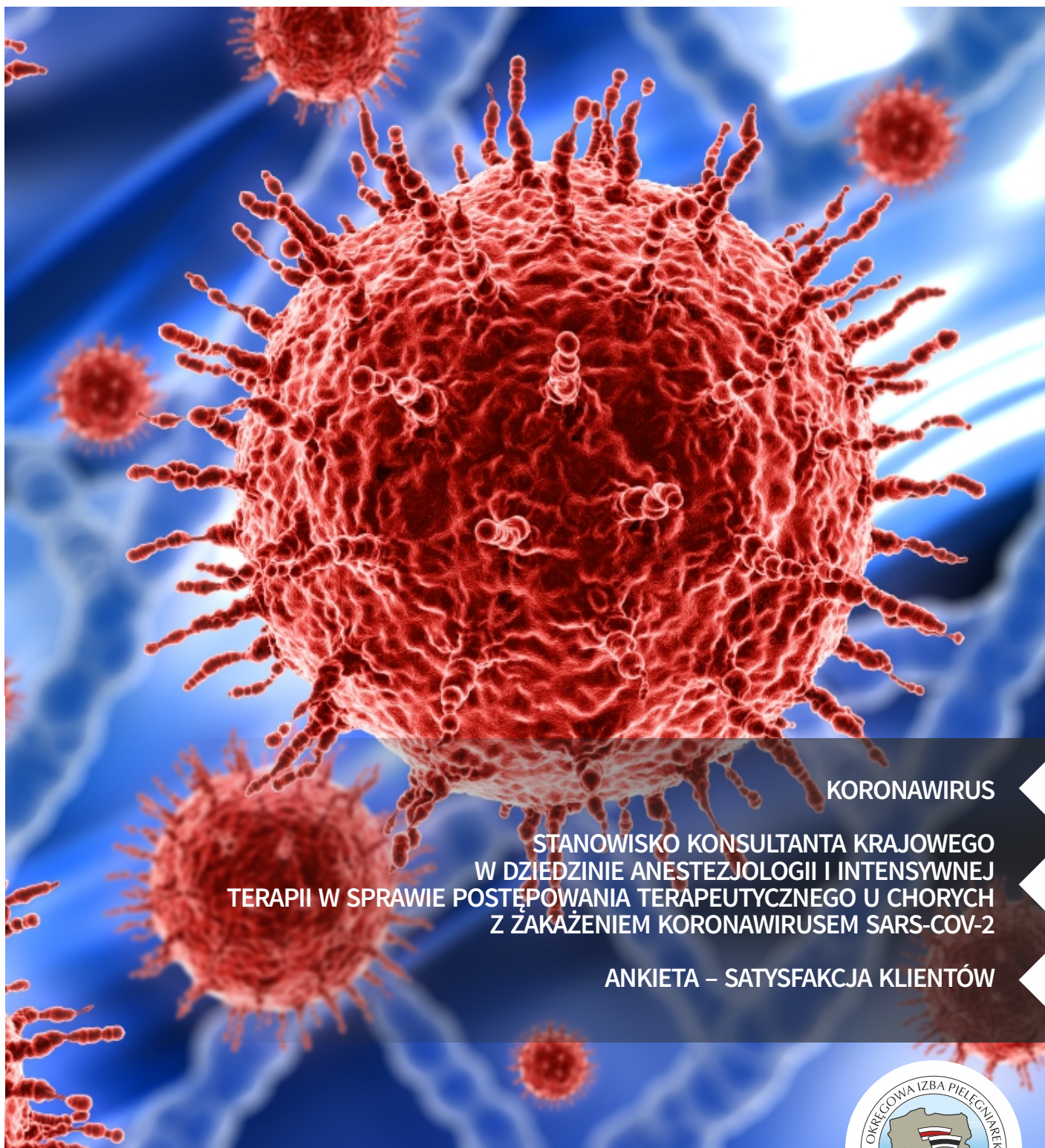


W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



KORONAWIRUS

**STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO
W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ
TERAPII W SPRAWIE POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO U CHORYCH
Z ZAKAŻENIEM KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

ANKIETA – SATYSFAKCJA KLIENTÓW



W CENIU CZEPA

BIULETYN INFORMACYJNY

Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Marzenna Golicka, Urszula Olechowska,
Dorota Pietrzak, Jolanta Kolańska, Beata Łabowicz,
Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

Redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie
do druku – emiludruk.pl

*Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca,
w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo
skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistycz-
no-językowych.*

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy
nadsyłać na adres redakcji:

Dolnośląska Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
fax 71 373 20 56, e-mail: **info@doipip.wroc.pl**

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY
W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:

**Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!**

Nasza okładka:

Numer zamknięto 10.03.2020 r.
Do druku przygotowano 10.03.2020 r.

Nakład 3300 egzemplarzy
Druk ABIS

*Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków
Samorządu Pielęgniarek i Położnych.*

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na
stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
www.doipip.wroc.pl

**DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu**
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, fax 71 373 20 56
e-mail: info@doipip.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

BIURO W LUBINIE

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin
tel./fax 76 746 42 03

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP

na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel./fax 71 333 57 08
e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

GODZINY PRACY KASY

poniedziałek, środa: 10-16; wtorek, czwartek: 8-13
piątek: NIECZYNNA

GODZINY PRACY BIBLIOTEKI

wtorek: 13-17, czwartek: 13-16, piątek: 9-14

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach na www.doipip.wroc.pl
Informacje o samorządzie 2015-2019 – Okręgowy
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

tel. 71 333 57 02 – Informacja pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

DYŻURY RADCY PRAWNEGO – mgr E. Stasiak

poniedziałek 14-16, środa 14-17

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr konta: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej moż
na uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie
lub osobiście. **KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.**

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

► PIELĘGNIARSTWO – dr n. o zdr. Jolanta Kolańska

UM Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 71 784 18 45
E: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
T: 261 660 207, 608 309 310
E: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl

► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica
T: 76 72 11 401, 661 999 104
E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska
Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii
Zakład Neonatologii
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 500 141 941
E: iwona.pilarczykwrublewska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr Katarzyna Salik
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Propedeutyki Pediatrii
i Chorób Rzadkich
ul. Kazimierza Bartla 5, 50-996 Wrocław
T: 606 99 30 95
E: katarzyna.salik@umed.wroc.pl
E: kasiasalik1@wp.pl

► PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr Urszula Żmijewska

Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław
T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

► PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHOROBY I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
T: 71 722 29 48, 603 852 669
E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

► PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirsztfelda 12, 53-413 Wrocław
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
E: e.garwacka@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

– mgr Jerzy Twardak
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław
T: 668 193 147
E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr Dorota Milecka
T: 666 872 721
E: milecka@poczta.fm

► PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. Wiesław Zielenka
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
T: 502 676 039
E: w.zielenka@pogotowie-legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO

– dr hab. n. o zdrowiu Izabella Uchmanowicz
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, Zakład Pielęgniarsstwa
Internistycznego Katedra Pielęgniarsstwa
Klinicznego
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 71/784 18 23
E: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ

– mgr Anna Szachowska
Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.,
ul. Poświęcka 8, 51-128 Wrocław,
T: 793 386 502
E: anna.szachowska@gmail.com

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Dyrektor biura	71 333 57 00	Radca prawny	71 333 57 05
Sekretariat	71 333 57 02	Kasa	71 333 57 01
Sekretariat	71 333 57 11	Biblioteka	71 333 57 10
Sekretariat (fax)	71 373 20 56	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca	71 333 57 03	Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 05	Okręgowy Sąd	
Sekretarz	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Skarbnik	71 333 57 05	Dział Kształcenia (tel./fax)	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 09	Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Praktyki zawodowe	71 333 57 07	Księgowość Działu Kształcenia	71 333 57 14
Księgowość	71 333 57 06	Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	76 746 42 03

OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przypomina swoim członkom o ich uprawnieniach w tym zwłaszcza:

1. Członkowie samorządu mają prawo:

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPIP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych świadczeń Izby i działalności samopomocowej.

2. Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom zgodnie z obowiązującymi regulaminami:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doszkalcające oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- pomoc finansową w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak: choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,
- pomoc finansową w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.

3. Dolnośląska Okręgowa Izba pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom również:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA,
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położnych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka”,
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby: www.doipip.wroc.pl oraz newsletteru,
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzystania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego form kształcenia podyplomowego (informacje dostępne: na www.doipip.wroc.pl w zakładce pomoc finansowa).

Serdecznie zapraszamy!
Sekretarz DORPiP we Wrocławiu
Urszula Olechowska

W NUMERZE:

- | | | |
|---|--|--|
| 4 Koronawirus | 12 Pismo NIPIP - Podwyżki dla pielęgniarek pracujących w Sanepidach | 22 Zachowania zdrowotne w profilaktyce i leczeniu osteoporozy cz. 1 |
| 5 Apel Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych | 12 Opinia prawna | 23 Szpital się szkoli |
| 5 Stanowisko Konsultanta Krajowego | 16 Centralne Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego | 24 Zaczepkę etyczny |
| 10 Nowi konsultanci | 17 Ankieta - Satysfakcja klientów | 25 Ogłoszenia |
| 11 Kampania Nursing Now w MZ - 5.02.2020 | | 27 Pamięć i serce |



KORONAWIRUS powoduje gorączkę, kaszel, duszności, bóle mięśni i zmęczenie.

Przenosi się drogą kropelkową, a więc podczas kaszlu, kichania czy mówienia.

Jak zapobiegać zakażeniu?



Często myj ręce, używając mydła i wody.



Kiedy kaszlesz lub kichasz, **zakrywaj usta i nos**.



Zachowaj co najmniej 1 metr odległości od osób, które kaszlą i kichają.



Jeśli **wracasz z regionu**, gdzie występuje koronawirus i **masz objawy** choroby lub miałeś **kontakt z osobą zakażoną**, powiadom telefonicznie o tym stację sanitarno-epidemiologiczną lub zgłoś się do oddziału obserwacyjno-zakaźnego.

Infolinia NFZ

800 190 590

www.gov.pl/koronawirus

APEL PREZESA NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**W SPRAWIE POSTĘPOWANIA PRZECIWEPIDEMICZNEGO I MEDYCZNEGO
W ZWIĄZKU Z RYZYKIEM WYBUCHU EPIDEMII NOWEGO
KORONAWIRUSA (SARS-COV-2) NA OBSZARZE POLSKI SKIEROWANE
DO PROFESJONALISTÓW MEDYCZNYCH – PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH,
KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ SEKTOREM OCHRONY ZDROWIA
I ORGANÓW WŁADZY PUBLICZNEJ**

Zofia Małas - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W trosce o zdrowie i życie osób zamieszkujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działając na podstawie Ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018.916 t. j.), zwracam się z apelem do wszystkich pielęgniarek i położnych o profesjonalne przygotowanie się do niesienia pomocy medycznej w przypadku podejrzenia zakażenia nowym koronawirusem.

Apelujemy do każdej pielęgniarki i położnej o bezwzględne przestrzeganie standardów i procedur sanitarno-epidemiologicznych wdrożonych w miejscach udzielania pomocy.

Elementarną procedurą jest mycie i dezynfekcja rąk przed i po każdym kontakcie z pacjentem. Personel zajmujący się pacjentem jest zabezpieczony indywidualnymi środkami ochronnymi: maska / półmaska twarzowa (co najmniej FFP2), okulary

/ gogle / przyłbica, fartuch barierowy / kombinizon, rękawiczki ochronne. Personel w obszarze wykonywania świadczeń zdrowotnych (obszar bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub jego otoczeniem) przestrzega zasady „nic poniżej łokcia”. Personel medyczny przed i po kontakcie z pacjentem, niezależnie od użycia rękawiczek ochronnych, dezynfekuje ręce zgodnie z wytycznymi WHO.

Przypominam, że sytuacja epidemiologiczna rozwija się tak dynamicznie, że każdy pacjent z objawami zakażenia układu oddechowego, może być potencjalnym źródłem zakażenia nowym koronawirusem. Zalecam zatem systematyczne zapoznawanie się z komunikatami Głównego Inspektora Sanitarnego i procedurami w miejscu pracy, które służą prewencji szerzenia się zakażeń.

Apeluję do kierowników placówek

lecniczych o zapewnienie bezpiecznych warunków pracy pielęgniarkom i położnym zobowiązanym do niesienia pomocy medycznej, w szczególności o zaopatrzenie w niezbędne środki ochrony osobistej oraz praktycznych szkoleń w zakresie zapobiegania zakażeniom koronawirusem.

Apeluję do inspektorów sanitarnych, osób kierujących resortem zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia o transparentny i skoordynowany przekaz informacji o zalecanych standardach i procedurach postępowania.

Pragnę podkreślić, iż tylko optymalna organizacja pracy wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za zdrowie i życie osób przebywających na terytorium naszego kraju jest gwarantem bezpieczeństwa społecznego i dostarczenie fachowej medycznej pomocy osobom jej potrzebującym.

STANOWISKO

**KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ
TERAPII W SPRAWIE POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO U CHORYCH
Z ZAKAŻENIEM KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

KONSULTANT KRAJOWY ?????

1. Uwagi ogólne

Obserwowana w Azji oraz Europie liczba zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 każe przypuszczać, że zachorowania mogą pojawić się w Polsce. Opisane objawy

kliniczne i dynamika procesu chorobowego wskazują, że część pacjentów będzie wymagała hospitalizacji na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (OAIT). Rozróżniono trzy postaci zakażenia –

łagodną, umiarkowaną i ciężką, ostatnia obejmuje zapalenie płuc o ciężkim przebiegu, zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) oraz sepsę i wstrząs septyczny – patrz Tabela 1.

Tabela 1. Cechy wybranych zespołów klinicznych w zakażeniu SARS-CoV-2.

Ciężkie zapalenie płuc

Młodzież lub dorośli: gorączka lub podejrzenie infekcji dróg oddechowych, plus jedno z poniższych: częstota oddechów >30 oddechów/min., ciężka niewydolność oddechowa lub $SpO_2 < 90\%$ przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym. Dzieci z kaszlem lub trudnościami w oddychaniu, plus przynajmniej jedno z poniższych: sinica centralna lub $SpO_2 < 90\%$; ciężka niewydolność oddechowa (np. postępowanie, zaangażowanie dodatkowych mięśni oddechowych); objawy zapalenia płuc ze szczególnym uwzględnieniem: niemożności ssania piersi lub picia, senność lub utrata przytomności lub drgawki. Mogą być obecne inne objawy takie jak: zaangażowanie dodatkowych mięśni oddechowych, przyspieszone oddychanie (liczba oddechów/min.): do 2. miesiąca życia ≥ 60 ; 2-11 miesięcy ≥ 50 ; 1-5 lat ≥ 40 . Diagnoza opiera się na objawach klinicznych; badania obrazowe mogą wykluczyć obecność powikłań.

Zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS)	Objawy: pojawienie się nowych lub zaostrzenie istniejących objawów w ciągu tygodnia od wystąpienia znanego czynnika sprawczego Badania obrazowe (RTG, TK lub USG płuc): obustronne zacienienia, nie będące najprawdopodobniej zmianami wysiękowymi, niedodma płata lub całego płuca lub obecność powiększonych węzłów chłonnych. Pochodzenie obrzęku: niewydolność oddechowa niespowodowana niewydolnością krążenia lub przeładowaniem płynowym. Konieczna jest obiektywna metoda oceny (np. echokardiografia) by wykluczyć przyczyny hydrostatyczne obrzęku przy nieobecności czynników ryzyka. Utlonowanie (dorośli): • Łagodny ARDS: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (przy PEEP lub CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej) • Umiarkowany ARDS: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ (przy PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej) • Ciężki ARDS: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ (przy PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ lub braku wentylacji mechanicznej) • W przypadku niemożności oznaczenia PaO_2, $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ może sugerować ARDS (także u chorych niewentylowanych mechanicznie) Utlonowanie (dzieci; zwróć uwagę, że $\text{OI} = \text{Oxygenation Index}$, wskaźnik oksygenacji przy użyciu paO_2, a $\text{OSI} = \text{wskaźnik oksygenacji przy użyciu } \text{SpO}_2$): • Bilevel NIV lub CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ z pełnym interfejsem twarзовym: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ lub $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$ • Łagodny ARDS (wentylacja inwazyjna): $4 \leq \text{OI} < 8$ lub $5 \leq \text{OSI} < 7,5$ • Umiarkowany ARDS (wentylacja inwazyjna): $8 \leq \text{OI} < 16$ lub $7,5 \leq \text{OSI} < 12,3$ • Ciężki ARDS (wentylacja inwazyjna): $\text{OI} \geq 16$ lub $\text{OSI} \geq 12,3$
Sepsa	Dorośli: zagrażająca życiu dysfunkcja narządowa spowodowana niekontrolowaną odpowiedzią organizmu na podejrzaną lub rozpoznaną infekcję z niewydolnością narządową. Objawy niewydolności narządowej zawierają: zaburzenia świadomości, duszność lub tachypnoe, obniżona saturacja, ograniczona diureza, tachykardia, nitkowane tętno, oziębienie kończyn lub niskie ciśnienie tętnicze, marmurkowata skóra lub koagulopatia stwierdzana laboratoryjnie, trombocytopenia, kwasica, hiperlaktatemia lub hiperbilirubinemia. Dzieci: podejrzaną lub stwierdzoną infekcją i ≥ 2 kryteria SIRS, z których przynajmniej jedno to nieprawidłowa temperatura ciała lub odchylenia w liczbie białych krwinek.
Wstrząs septyczny	Dorośli: uporczywa hipotensja pomimo resuscytacji płynowej, wymagająca podaży wazopresorów aby utrzymać $\text{MAP} \geq 65 \text{ mmHg}$ i stężenie mleczanów w surowicy $> 2 \text{ mmol/L}$. Dzieci (w oparciu o [12]): jakakolwiek hipotensja ($\text{SBP} < 5$ centyla lub > 2 odchyłeń standardowych poniżej normy dla danego wieku) lub 2-3 z poniższych: zaburzenia świadomości; tachykardia lub bradykardia ($\text{HR} < 90/\text{min}$ lub $> 160/\text{min}$ u niemowląt oraz $\text{HR} < 70/\text{min}$ lub $> 150/\text{min}$ u dzieci); wydłużony nawrót kapilarny ($> 2 \text{ sek.}$) lub poszerzenie naczyń ze zwiększonym uciepleniem na obwodzie; tachypnoe; marmurkowata skóra lub petocje lub rumieniowata wysypka; zwiększone stężenie mleczanów w surowicy; oliguria; hipertermia lub hipotermia.

Skróty: ARDS – zespół ostrej niewydolności oddechowej, PEEP – dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe, PaO_2 – ciśnienie parcjalne tlenu, FiO_2 – zawartość tlenu w mieszaninie oddechowej, SpO_2 – saturacja, OI – wskaźnik tlenowy, OSI – wskaźnik tlenowy z użyciem saturacji, NIV – wentylacja nieinwazyjna, SIRS – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, MAP – średnie ciśnienie tętnicze, SBP – skurczowe ciśnienie tętnicze, HR – częstość akcji serca

28 lutego 2020 w NEJM przedstawiono charakterystykę kliniczną przebiegów zakażeń w Chinach – 6,1% chorych wymagało hospitalizacji na OIT. Mediana czasu intubacji wyniosła 4 dni (1 i 3 kwartyl – odpowiednio 2 i 7 dni). ARDS rozpoznano u 40% leczonych na OIT, ostre uszkodzenie nerek – u 6%, a wstrząs septyczny u 13,4%. Wentylację mechaniczną stosowano u blisko 60% osób. Zgon wystąpił u 22,4% leczonych na OIT, podczas gdy w populacji ogólnej 1,4% (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032?query=RP>).

Fakt, że mamy do czynienia z bardzo „młodą” chorobą powoduje, że niezbędne jest oparcie się na doświadczeniach z tych obszarów, w których już ona występuje oraz na zaleceniach organizacji międzynarodowych, w tym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która wydała stanowisko w sprawie postępowania w przypadkach ostrego zakażenia układu oddechowego wywołanego przez SARS-CoV-2.

Niniejsze zalecenia opierają się na

wspomnianym dokumencie oraz dostępnych publikacjach. Szybki przyrost wiedzy na temat choroby powoduje, że wytyczne będą prawdopodobnie uzupełniane. Konieczne jest również stałe śledzenie strony internetowej Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/>) oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego (<https://gis.gov.pl/>). Jako konsultant krajowy staram się przekazywać bieżące informacje na Facebooku na stronie Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

2. Postępowanie poza OAiiT

Charakter schorzenia, dominujące objawy ze strony układu oddechowego oraz współtowarzyszące objawy ze strony układu krążenia będą powodowały zwiększoną liczbę konsultacji chorych na innych oddziałach szpitalnych.

Należy przyjąć poniższe zasady (w części wynikające z rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia):

- Podaż tlenu u osób z objawami niewydol-

ności oddechowej i wstrząsu (tlenoterapię należy rozpocząć od przepływu 5 l/min i ewentualnie go zwiększać tak, aby osiągnąć wysycenie (saturację) tlenem hemoglobiny krwi tętniczej (SpO_2) $\geq 90\%$ (u kobiet ciężarnych $\geq 92-95\%$). U dzieci ze specyficznymi objawami (niedrożność dróg oddechowych, cechy ARDS, sinica centralna, wstrząs, śpiączka, drgawki) – utrzymywać $\text{SpO}_2 \geq 94\%$, w pozostałych przypadkach $\geq 90\%$.

- Należy stosować oszczędzającą strategię płynoterapii w przypadku pacjentów bez hipoperfuzji tkankowej

- W przypadkach sepsy i wstrząsu septycznego należy wdrożyć postępowanie według Wytycznych Surviving Sepsis Campaign (SSC); dostępne w języku polskim - <https://www.mp.pl/oit/sepsa/wstrzas/165848,postepowanie-w-sepsie-i-wstrzasie-septycznym-u-doroslych-omowienie-wytycznych-ssc-2016>

- W leczeniu wirusowego zapalenia płuc i ARDS nie należy rutynowo podawać glikokortykoidów, podaż w sepsie – według

i ARDS nie należy rutynowo podawać glikokortykoidów, podaż w sepsie – według wytycznych SSC

- Konieczne jest monitorowanie chorych (pulsoksymetria, ciśnienie tętnicze, ocena w skali qSOFA – patrz tabela 2) w celu wykrycia przypadków, u których dochodzi do gwałtownego pogorszenia, rozwoju ARDS i/lub sepsy
- Konieczne jest ustalenie, które z elementów leczenia przewlekłego pacjenta trzeba utrzymać, a z których można lub trzeba zrezygnować
- Badania dla potwierdzenia rozpoznania – dla stwierdzenia wirusa należy korzystać z wytycznych Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w przypadku podejrzenia sepsy konieczne jest oparcie się na wytycznych SSC.

Tabela 2. Skala quick SOFA (qSOFA)

- skurczowe ciśnienie tętnicze < 100 mm Hg
- przyspieszenie oddechu > 22/min
- zmieniony stan świadomości (oceniony klinicznie lub według skali Glasgow <15)

3. Przyjęcie chorego na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Przyjęcie odbywa się na podstawie przepisów określonych w Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z późn. zmianą i „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii - luty 2012” (<http://www.anestezjologia.org.pl/news,news,81.html>).

W przypadku omawianego schorzenia dominują objawy ze strony układu oddechowego (hipoksemiczna postać ostrej niewydolności oddechowej), zatem najczęściej stosowane będą kryterium z grupy 8.B: B. Układ oddechowy

- Ostra niewydolność oddechowa wymagająca wspomaganie oddechu oraz kryteria związane z obecnością sepsy i wstrząsu septycznego (grupa H). Wytyczne wskazują również na zaburzenia gospodarki kwasowo-zasadowej (próbka krwi tętniczej) – PaO₂ < 55 mm Hg przy FiO₂ > 0,4 (ostre) jako kryterium przyjęcia na OAIIT.

Duża zakaźność koronawirusa powoduje konieczność izolacji chorych, grupowania ich w jednej lokalizacji oraz zachowania szczególnych środków ostrożności w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym (omówione). Miejsce i za-

sady izolacji muszą zostać wskazane przez zarząd podmiotu leczniczego w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa i ewentualne wytyczne Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Postępowanie przy instrumentacji dróg oddechowych (intubacja tchawicy) w oparciu o doświadczenia Uniwersytetu w Toronto przedstawiono w tabeli 3. Zasady te należy stosować w innych sytuacjach, np. bronchoskopii, wymianie rurki intubacyjnej na długiej prowadnicy, wymianie rurki tracheostomijnej itp. Ww. zasady powinny mieć również zastosowanie w sytuacjach poza OAIIT (intubacja na innych oddziałach, intubacja poza podmiotami leczniczymi).

4. Postępowanie w przypadkach hipoksemicznej niewydolności oddechowej i ARDS

Poniżej przedstawiono wytyczne WHO ([https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)). Czarną czcionką przedstawiono niektóre uwagi autorów wytycznych, czerwoną czcionką wpisano komentarz konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (R.O.).

A. Rozważ rozpoznanie ostrej niewydolności hipoksemicznej w przypadku, gdy u niewydolnego oddechowo pacjenta standardowa tlenoterapia bierna jest niewystarczająca.

Uwagi: Pacjent może nadal wykonywać zwiększoną pracę oddechową lub mieć objawy hipoksemii nawet wtedy, gdy tlen jest podawany przez maskę twarzową z rezerwuarem (przepływ 10-15 l/min. - przepływ minimalny wymagany do utrzymania napełnienia worka rezerwuaru; FiO₂ 0,6-0,95). Hipoksemiczna niewydolność oddechowa w ARDS zwykle wynika z wewnątrzprzelnego zaburzenia stosunku wentylacji do perfuzji lub przecieku nieutlenowanej krwi i na ogół wymaga zastosowania wentylacji mechanicznej (**nieinwazyjnej – NIV lub inwazyjnej**)

B. Wysokoprzepływową terapię donosową (HFNO) lub wentylację nieinwazyjną (NIV) powinny być stosowane tylko u wybranych pacjentów z hipoksemiczną niewydolnością oddechową. Ryzyko niepowodzenia NIV jest duże; pacjenci leczeni HFNO lub za pomocą NIV powinni być dokładnie monitorowani pod kątem pogorszenia się stanu klinicznego.

Uwaga 1. Systemy HFNO mogą dostarczać tlen w przepływie 60 l/min (100 l/min.) i FiO₂ do 1,0; układy pediatryczne mogą dostarczać jedynie do 15 l/min i wiele dzieci, w celu

dostarczenia im wystarczającego przepływu, będzie wymagało stosowania układu dla dorosłych. W porównaniu do standardowej tlenoterapii, w przypadku HFNO w mniejszej liczbie przypadków konieczna jest intubacja tchawicy. Pacjenci z hiperkapnią (zaostrenie obturacyjnej choroby płuc, kardiogeny obrzęk płuc), z niestabilnością hemodynamiczną, niewydolnością wielonarządową lub z zaburzeniami świadomości w zasadzie nie powinni być

Uwaga 1. Systemy HFNO mogą dostarczać tlen w przepływie 60 l/min (100 l/min.) i FiO₂ do 1,0; układy pediatryczne mogą dostarczać jedynie do 15 l/min i wiele dzieci, w celu dostarczenia im wystarczającego przepływu, będzie wymagało stosowania układu dla dorosłych. W porównaniu do standardowej tlenoterapii, w przypadku HFNO w mniejszej liczbie przypadków konieczna jest intubacja tchawicy. Pacjenci z hiperkapnią (zaostrenie obturacyjnej choroby płuc, kardiogeny obrzęk płuc), z niestabilnością hemodynamiczną, niewydolnością wielonarządową lub z zaburzeniami świadomości w zasadzie nie powinni być leczeni HFNO, aczkolwiek pojawiające się dane sugerują, że HFNO może być bezpieczne u chorych z nienasilającą się hiperkapnią o małym i średnim stopniu nasilenia. Pacjenci leczeni HFNO powinni być monitorowani i muszą pozostawać pod opieką doświadczanego personelu, posiadającego umiejętność wykonania intubacji dotchawiczej w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu pacjenta lub braku poprawy po krótkim czasie tej terapii (około 1 godziny). W przypadku HFNO nie istnieją zalecenia oparte na dowodach, a dane odnośnie wykorzystania HFNO u pacjentów z MERS są ograniczone.

Uwaga 2. Wytyczne dotyczące NIV nie podają zaleceń co do zastosowania NIV w hipoksemicznej niewydolności oddechowej (poza przypadkami kardiogenego obrzęku płuc i niewydolności oddechowej w okresie pooperacyjnym) lub podczas pandemii infekcji wirusowej (w odniesieniu do badań dotyczących SARS i pandemii grypy). Czynniki ryzyka niepowodzenia obejmują opóźnienie intubacji, osiągnięcie dużych objętości oddechowych i osiągnięcie w drogach oddechowych wartości ciśnień uszkadzających płuca. Ograniczone dane sugerują duży odsetek niepowodzeń u chorych z MERS leczonych NIV. Pacjenci leczeni NIV powinni być monitorowani i muszą pozostawać pod opieką doświadczanego personelu, posiadającego umiejętność wykonania intubacji dotchawiczej w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu pacjenta lub braku poprawy po krótkim czasie tej terapii (około 1 godziny).

Uwaga 3. Niedawne publikacje sugerują, że nowsze systemy HFNO i NIV, dobrze dopasowane do twarzy, nie powodują rozproszenia wydychanego powietrza, dzięki czemu ich związek z rozprzestrzenianiem się infekcji przenoszonej drogą powietrzną powinien być mały – dotyczy to przede wszystkim interface'u typu hełm do NIV.

C. Intubacja dotchawicza powinna być wykonywana przez osobę doświadczoną, posiadającą środki ochrony osobistej chroniące przed zakażeniem przenoszonym drogą powietrzną.

Uwagi. W przypadku pacjentów z ARDS, a zwłaszcza małych dzieci lub osób otyłych albo ciężarnych w trakcie intubacji może wystąpić szybka desaturacja. Należy przeprowadzić 5-minutową preoksygencję 100% tlenem z wykorzystaniem maski twarzowej z rezerwuarem, worka samorozprężalnego, HFNO lub NIV. Właściwym postępowaniem jest szybka intubacja – po ocenie dróg oddechowych i stwierdzeniu, że nie ma ryzyka trudnej intubacji. Należy korzystać z zasad przedstawionych w tabeli 3. Piśmiennictwo podkreśla znaczenie używania środków zwiotczających w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa podczas kaszlu u osób poddawanych intubacji tchawicy bez środków zwiotczających. Poniższe zalecenia odnoszą się do wentylowanych mechanicznie pacjentów z ARDS. Koncentrują się na pacjentach dorosłych; dostępne są, oparte na konsensusie, zalecenia dla dzieci.

D. Należy prowadzić wentylację mechaniczną z małymi objętościami oddechowymi (4-8 ml/kg przewidywanej masy ciała, PBW) i małymi ciśnieniami w drogach oddechowych (ciśnienie plateau < 30 cm H₂O)

Uwagi. Jest to silna rekomendacja z wytycznych dla pacjentów z ARDS i jest sugerowana dla pacjentów z niewydolnością oddechową wywołaną sepsą, którzy nie spełniają kryteriów ARDS. Wyjściowa objętość oddechowa wynosi 6 ml/kg PBW; objętość oddechowa do 8 ml/kg PBW jest dopuszczalna, jeżeli pojawiają się zdarzenia niepożądane (np. dyssynchronia, pH < 7,15). Hiperkapnia jest dopuszczalna, jeżeli pH mieści się w zakresie 7,30-7,45. Dostępne są protokoły wentylacji.

W celu uzyskania dobrej synchronizacji pacjenta z respiratorem i uzyskania zamierzonych objętości oddechowych, może być wymagana głęboka sedacja.

E. W przypadku pacjentów z ARDS, zalecana jest wentylacja w ułożeniu na brzuchu (ang. prone position) przez więcej niż 12 godzin dziennie.

Uwaga. Wentylacja w ułożeniu na brzuchu jest silnie zalecana u dorosłych i dzieci z ciężkim ARDS, ale wymaga wystarczających

Tabela 3. Rekomendacje ochrony osobistej i postępowanie w intubacji (dzięki uprzejmości wydawnictwa MakMed)

2019-nCoV – REKOMENDACJE OCHRONY OSOBISTEJ I WYKONYWANIA INTUBACJI DOTCHAWICZEJ 2020-01-29	
Rekomendacje dotyczące wdrażania i przestrzegania zasad postępowania, mających na celu ochronę przed zakażeniem kontaktowym lub kropelkowym w styczności z pacjentami, u których występuje podejrzenie lub potwierdzenie zakażenia koronawirusem 2019-nCoV, szczególnie w sytuacjach związanych z wykonywaniem procedur medycznych (włącznie z intubacją dotchawiczą), w trakcie których dochodzi do wytwarzania aerozolu	
1	Należy pamiętać, że priorytetem postępowania jest OSOBISTE bezpieczeństwo. Należy zapoznać się z wytycznymi i zastosować właściwe środki bezpieczeństwa. Działania należy planować z wyprzedzeniem, bowiem wdrożenie wszystkich środków bezpieczeństwa wymaga czasu. Przed intubacją dotchawiczą należy opanować procedurę zakładania i zdejmowania odpowiednich środków ochrony dróg oddechowych, rękawic, osłon twarzy, jak i odzieży (szkolenie dla personelu). Ze szczególną uwagą należy traktować kwestie dotyczące unikania samozakażenia.
2	Należy przestrzegać zasad dotyczących właściwej higieny rąk przed i po wykonanej procedurze.
3	Należy zastosować maskę typu N95 (FFP3), ochronę twarzy (przyłbica lub gogle), fartuch, pod fartuchem kombinezon ochrony biologicznej z kapturem, ochraniacze butów na kombinezon, rękawice.
4	Należy ograniczyć liczbę osób w pomieszczeniu, gdzie odbywa się intubacja dotchawicza pacjenta.
5	W miarę możliwości, intubację powinien wykonywać najbardziej doświadczony anestezjolog .
6	Należy zastosować standardowe monitorowanie, zabezpieczyć dostęp dożylny, sprzęt, leki, respirator i ssak, po uprzednim ich sprawdzeniu .
7	Należy unikać metody intubacji fiberoskopowej z zachowaniem świadomości chorego, chyba że istnieją specyficzne wskazania do zastosowania tej metody. Użycie atomizerów ze środkami miejscowego znieczulenia może spowodować rozprzestrzenianie się wirusa. Rozważyć wykorzystanie bronchofibroskopu jednorazowego użytku (np. GlideScope™).
8	Należy planować z wyprzedzeniem wszelkie działania w przypadku konieczności wykonywania sekwencyjnej szybkiej intubacji (RSI), i zapewnić obecność asystenta , który wykona ucisk na chrząstkę pierścieniową. Procedura RSI może być zmodyfikowana, jeśli pacjent ma bardzo wysoki pęcherzykowo-tętniczy gradient tlenu i nie jest w stanie tolerować 30-sekundowego okresu bezdechu, lub w sytuacji, gdy istnieją przeciwwskazania do zastosowania sukcynylocholiny. Jeśli przewidywane jest wykonywanie wentylacji z użyciem worka samorozprężalnego, należy stosować wentylację małymi objętościami wdechowymi.
9	Obowiązuje 5-minutowa preoksygencja 100% tlenem i procedura RSI , w celu uniknięcia wentylacji workiem samorozprężalnym i potencjalnego rozprzestrzenienia wirusa z dróg oddechowych pacjenta.
10	Należy zastosować wysoko wydajny filtr pomiędzy maską twarzową a obwodem oddechowym lub pomiędzy maską twarzową a workiem samorozprężalnym.
11	Zaintubować i potwierdzić w standardowy sposób położenie rurki intubacyjnej.
12	Rozpocząć wentylację mechaniczną i ustabilizować pacjenta.
13	Cały sprzęt używany do zabezpieczenia dróg oddechowych musi być zdekontaminowany i zdezynfekowany zgodnie ze standardami obowiązującymi w danym szpitalu.
14	Po zdjęciu osobistego wyposażenia zabezpieczającego należy unikać dotykania włosów lub twarzy przed umyciem rąk .
15	Należy zastosować właściwą higienę rąk przed i po każdej wykonanej procedurze.
16	Bardzo istotne jest zachowanie sprawnej komunikacji pomiędzy lekarzami „na pierwszej linii” a Autorami wytycznych. Z pracy ¹ opublikowanej w 2006 r., dotyczącej epidemii SARS wynika, że te obszary wymiany wiedzy powinny dotyczyć zarówno uwag odnoszących się do pracy personelu, jak i ustalonych procedur oraz używanego sprzętu medycznego.
17	Specjaliści chorób zakaźnych (lub inni upoważnieni specjaliści) w Państwie szpitalu mogą przedstawić dodatkowe wytyczne co do postępowania z pacjentem w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala.
Kontakt do Autorów - Beverley A. Orser, Salvatore M. Spadafora i wsp. - Uniwersytet w Toronto: chair.anesthesia@utoronto.ca • Tłumaczenie: lek. med. Roman Szulborski, specj. anestezjologii i intensywnej terapii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu • Konsultacja: Główny Inspektorat Sanitarny, dr hab. n. med. Mariusz Piechota, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi; prof. nadzw. dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Konsultant Krajowy w dziedzinie Intensywnej Terapii; dr n. med. Urszula Zielińska-Borkowska, Szpital Kliniczny im. W. Orłowskiego w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	

¹ Caputo KM, Byrick R, Chapman MG, Orser BJ, Orser BA (2006) Intubation of SARS patients: infection and perspectives of healthcare workers. Can J Anaesth, 53(2):122-9

nakładów ludzkich i doświadczenia w bezpiecznym stosowaniu tej formy leczenia. Szczegółowe informacje na temat wentylacji w pozycji odwróconej zawarto w prezentacji Prof. Dariusza Maciejewskiego dostępnej na

<http://www.konferencjaait.viamedica.pl/files/konferencjaait/prezentacje2013/piatek/13.00/3.pdf>

F. Należy stosować oszczędzając strategię płynoterapii w przypadku pacjentów z ARDS bez hipoperfuzji tkankowej.

Uwaga. Jest to silne zalecenie – głównym efektem ma być skrócenie czasu wentylacji. Wytyczne wśród płynów wymieniają 0,9% roztwór NaCl i mleczan Ringera. O ile to możliwe należy stosować zbilansowane roztwory krystaloidów. Należy unikać przetaczania roztworów koloidów (hydroksyetylowana skrobia, żelatyny), a albuminy stosować w oparciu o wytyczne SSC (pamiętając o niskiej wadze dowodów przemawiających za ich użyciem). Optymalne byłoby stosowanie instrumentalnych metod oceny wypełnienia łożyska naczyniowego, tzn. echokardiografii, termodylucji przepływowej, etc.

G. W przypadku umiarkowanego lub ciężkiego ARDS, sugerowane są większe wartości PEEP zamiast mniejszych wartości PEEP.

Uwagi. Miareczkowanie PEEP wymaga rozważenia między korzyściami (zmniejszenie niedodmy i poprawa rekrutacji pęcherzyków płucnych), a ryzykiem (nadmierne rozciągnięcie pęcherzyków płucnych na końcu wdechu, prowadzące do uszkodzenia płuc i zwiększenie oporu naczyń płucnych). Dostępne są tabele przedstawiające, jak należy miareczkować PEEP w oparciu o FiO_2 , wymagane do utrzymania SpO_2 .

Związana z tym postępowaniem interwencja w postaci manewrów rekrutacyjnych (RMs) jest wykonywana jako przejściowe dostarczenie dużych wartości dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych [30–40 cm H_2O], jako stopniowe zwiększanie PEEP z utrzymaniem stałego ciśnienia napędowego lub jako wytworzenie dużego ciśnienia napędowego; rozważania odnośnie korzyści i ryzyka są podobne, jak opisane powyżej. Duże wartości PEEP i manewry rekrutacyjne były warunkowo zalecane w wytycznych leczenia.

W przypadku PEEP, wytyczne opierały się na metaanalizach dotyczących indywidualnych pacjentów z 3 randomizowanych badań klinicznych (RCT). Jednakże późniejsze RCT dotyczące dużego PEEP i manewrów rekrutacyjnych pod postacią wydłużenia czasu stosowania dużego ciśnienia wykazały szkodliwość takiego postępowania, sugerując, że powinno się unikać protokołów wykorzystanych w tych RCT.

Sugeruje się monitorowanie pacjentów, aby zidentyfikować tych, którzy odpowiedzą na stosowane od początku większe wartości PEEP lub inne protokoły manewrów rekrutacyjnych i zaprzestanie tych interwencji u tych, którzy na takie działania nie odpowiadają.

Istnieją (uzasadnione) opinie, żeby w ośrodkach, które nie mają doświadczenia w procedurze wyznaczania optymalnego PEEP korzystać z wartości przedstawionych przez ARDSnet (Tabela 4).

Tabela 4. Proponowane wartości PEEP w zależności od użytego FiO_2 – wg ARDSnet

FiO_2	PEEP
0,3	5
0,4	5
0,4	8
0,5	8
0,5	10
0,6	10
0,7	10
0,7	12
0,7	14
0,8	14
0,9	14
0,9	16
0,9	18
1,0	18
1,0	20–24

H. W przypadku pacjentów z umiarkowanym i ciężkim ARDS ($PaO_2/FiO_2 < 150$), nie powinno się rutynowo stosować blokady nerwowo-mięśniowej w postaci ciągłego wlewu.

Uwagi. Jedno badanie udowodniło, że stosowanie blokady nerwowo-mięśniowej w postaci ciągłego wlewu poprawiło przeżycie u pacjentów z ciężkim ARDS ($PaO_2/FiO_2 < 150$) bez wywoływania znacznego późniejszego osłabienia siły mięśniowej, ale wyniki uzyskane z większych badań pokazały, że stosowanie blokady nerwowo-mięśniowej i dużego PEEP nie było związane z poprawą przeżywalności w porównaniu ze strategią płytkiej sedacji bez blokady nerwowo-mięśniowej. Ciągła blokada nerwowo-mięśniowa może nadal być rozważana w wybranych przypadkach pacjentów z ARDS: gdy brak synchronizacji z respiratorem pomimo sedacji, gdy nie można osiągnąć założonych objętości oddechowych; w przypadku nawracającej hipoksemii lub hiperkapni.

Lekiem zwiotczającym najczęściej stosowanym na OAIIT jest cisatrakurium. Wynika to z jego metabolizmu niezależnego od czynności wątroby i nerek i ewentualnego działania przeciwwapalnego. Nie ma jednak dostatecznych dowodów na przewagę cisatrakurium nad innymi lekami niedepolaryzującymi, a u chorych we wstrząsie septycznym możliwe jest wystąpienie niedostatecznej odpowiedzi na lek przy stosowaniu rutynowych dawek.

I. Mając możliwość dostępu do metody leczenia pozaustrojowego (ECLS, ang. extracorporeal life support), w przypadku pacjenta z niepoddającą się leczeniu hipoksemią utrzymującą się pomimo stosowania wentylacji protekcyjnej, należy rozważyć przekazanie chorego do ośrodka prowadzącego ECLS.

Uwaga. Ostatnie wytyczne nie zawierają rekomendacji odnośnie ECLS u pacjentów. Uwaga. Ostatnie wytyczne nie zawierają rekomendacji odnośnie ECLS u pacjentów z ARDS. Od czasu ich ukazania, randomizowane badanie kliniczne oceniające zastosowanie ECLS u pacjentów z ARDS zostało wstrzymane i nie stwierdzono statystycznej różnicy w 60-dniowej śmiertelności pomiędzy grupą leczoną ECLS i grupą leczoną standardowymi metodami (w tym wentylacją w ułożeniu na brzuchu i wykorzystaniem blokady nerwowo-mięśniowej).

W Polsce opracowano i należy stosować również w opisanych sytuacjach „Zaktualizowany protokół postępowania u chorych wymagających zastosowania pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO) w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej dorosłych. Zalecenia i wytyczne Zespołu ds. Terapii ECMO Żylny, powołanego przez konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w lutym 2016" (dostępny na <https://www.termedia.pl/Zaktualizowany-protokol-postepowania-u-chorych-wymagajacych-zastosowania-pozauustrojowej-oksygenacji-krwi-ECMO-w-leczeniu-ostrej-niewydolnosci-oddechowej-doroslych-Zalecenia-i-wytyczne-Zespołu-ds-Terapii-144,38987,1,0.html>).

Wytyczne WHO odnoszą się stosunkowo pozytywnie do stosowania oksygenacji pozaustrojowej, to jednocześnie wskazuje się w nich, że ich stosowanie jest ograniczone do ośrodków eksperckich o odpowiednim doświadczeniu i możliwościach technicznych. Inni eksperci są bardziej ostrożni i z większą rezerwą podchodzą do rekomendacji stosowania ECMO w COVID-19 (JAMA, 19.02.2020: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761778>). Podkreśla się, że nie jest to metoda możliwa do zastosowania w przypadku znacznej ilości zachorowań, brak jest też na razie jednoznacznych dowodów na użyteczność tego sposobu leczenia w omawianej chorobie.

J. Konieczne jest unikanie rozładowania układu respiratora – powoduje to utratę PEEP i powstawanie niedodmy. Należy stosować zamknięte zestawy do odsysania i klemowanie rurki intubacyjnej, kiedy konieczne jest rozłączenie układu, np. w celu podłączenia respiratora transportowego.

5. Sepsa i wstrząs septyczny

W przypadkach COVID-19 do rozwoju objawów sepsy i wstrząsu septycznego może dojść zarówno w odpowiedzi na zakażenie wirusem jak i wskutek wtórnego nadkażenia. W przypadkach sepsy i wstrząsu septycznego należy wdrożyć postępowanie według Wytycznych Surviving Sepsis

Campaign (SSC); dostępne w języku polskim - <https://www.mp.pl/oit/sepsa/wstrzas/165848,postepowanie-w-sepsie-i-wstrzasie-septycznym-u-doroslych-omowienie-wytycznych-ssc-2016>.

W leczeniu zakażenia wirusowego nie stosujemy antybiotyków, które należy włączyć niezwłocznie po stwierdzeniu

nadkażenia bakteryjnego.

6. Zapobieganie powikłaniom

Na podstawie różnych wytycznych (w tym wytycznych SSC) w dokumencie WHO przedstawiono sposoby zapobiegania różnym powikłaniom leczenia (Tabela 5).

Tabela 5. Zapobieganie powikłaniom (źródło:

[https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected))

Przewidywany skutek	Interwencja
Skrócenie czasu wentylacji mechanicznej	• Użycie protokołów odwyuczania od respiratora polegających na codziennej ocenie gotowości do spontanicznego oddychania • Ograniczenie ciągłej lub przerywanej sedacji, skoncentrowanie się na punktach końcowych (łagodna sedacja o ile nie jest przeciwwskazana) lub dzienne przerwy we wlewach leków sedatywnych
Zmniejszenie częstości występowania zapalenia płuc związanego z wentylacją mechaniczną	• Preferowana jest intubacja przez usta, ponad intubacją przez nos, u młodzieży i dorosłych • Utrzymywanie pacjenta w pozycji półsiedzącej (wezgłowie łóżka uniesione pod kątem 30-45°) • Używanie zamkniętego układu do odsysania pacjenta; okresowe oczyszczanie układu do odsysania • Używanie nowego układu oddechowego dla każdego chorego; w przypadku stosowania wentylacji mechanicznej wymiana układu powinna być ograniczona do przypadków uszkodzenia a nie stosowana rutynowo • Wymiana nawilżacza w układzie, jeśli nie działa prawidłowo lub po 5-7 dniach używania
Redukcja częstości incydentów zakrzepowo-zatorowych	• Użycie profilaktyki farmakologicznej (heparyny drobnocząsteczkowe [preferowane, jeśli dostępne] lub heparyna 5000 jednostek podskórnie dwa razy dziennie) u młodzieży i dorosłych bez istniejących przeciwwskazań. Dla chorych z przeciwwskazaniami do podaży heparyn zalecane jest użycie mechanicznej profilaktyki (urządzenia do przerywanego pneumatycznego ucisku kończyn)
Redukcja częstości odcewnikowych zakażeń łóżyska naczyniowego	• Użycie protokołu uwzględniającego aseptyczne wprowadzenie cewnika; codzienna weryfikacja konieczności używania cewnika i możliwe wczesne usunięcie
Zmniejszenie liczby odleżyn	• Zmianie pozycji pacjenta co 2 godziny
Zmniejszenie ryzyka rozwoju owrzodzeń stresowych żołądka i krwawienia z przewodu pokarmowego	• Wczesne żywienie drogą przewodu pokarmowego (24-48 godz. od przyjęcia) • Podaż blokerów receptora H2 lub inhibitorów pompy protonowej u osób z ryzykiem krwawienia z przewodu pokarmowego (są to: wentylacja mechaniczna > 48 godzin, koagulopatia, terapia nerkozastępcza, choroby wątroby, liczne choroby współtowarzyszące, wysoka punktacja w skalach ciężkości stanu pacjenta)
Zmniejszenie częstości osłabienia mięśni związanego z leczeniem na OAIIT	• Aktywna mobilizacja chorego od momentu, kiedy jest to możliwe i bezpieczne

NOWI KONSULTANCI

Zespół Redakcyjny

Szanowni Państwo, uprzejmie informujemy, że Wojewoda Dolnośląski powołał nowych konsultantów wojewódzkich w dziedzinach pielęgniarstwa:

1. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego
- dr hab. n. o. zdrowiu Izabella Uchmanowicz
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
Tel. 71/784 18 23
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

2. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej
- mgr Anna Szachowska

Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.,
ul. Poświęcka 8, 51-128 Wrocław,
Tel. 793 386 502
anna.szachowska@gmail.com

Nowym Konsultantom Wojewódzkim serdecznie gratulujemy i życzymy powodzenia w pełnieniu tej funkcji.

KAMPANIA NURSING NOW W MZ - 5.02.2020

Dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
PWSZ w Głogowie

Studenci pielęgniarstwa PWSZ w Głogowie uczestniczyli w Kampanii Nursing Now 5 lutego 2020 roku w Ministerstwie Zdrowia (MZ) odbyła się uroczysta inauguracja Kampanii Nursing Now Polska oraz obchodów 2020 Międzynarodowego Roku Pielęgniarki i Położnej. Pomysłodawcą i współorganizatorem tego wydarzenia było Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Ważnymi gośćmi Inauguracji byli studenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo z kilkunastu ośrodków akademickich w Polsce. W tym znacym gronie znalazły się również 3 studentki PWSZ w Głogowie: Zuzanna Matczak, Zuzanna Purgał i Lidia Wasielewska oraz opiekun grupy dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor. Obecni byli także przedstawiciele władz MZ, Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, pielęgniarskiej kadry akademickiej oraz innych organizacji zrzeszających pielęgniarki i położne w naszym kraju.

Głównym motywem uroczystości była prezentacja marzeń studentów na temat pielęgniarstwa i funkcjonowania zawodu pielęgniarki w przyszłości. Uroczystość otworzyła dr Greta Kanownik, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, a następnie

zabrała głos Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia – Józefa Szczurek-Żelazko.

W ramach spotkania wyświetlony został film prezentujący wydarzenia w pielęgniarstwie w latach 2019-2020 r. Program uroczystości zwieńczył wykład inauguracyjny pt. „Czy współczesny świat potrzebuje Florencji Nightingale?” wygłoszony przez Prezesa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – dr Grażynę Wójcik.

Następnie studenci kontynuowali spotkanie w Warszawie uczestnicząc w programie dodatkowym obejmującym wizyty połączone ze zwiedzaniem Muzeum Historii Pielęgniarstwa, Uniwersyteckiego Szpitala Pediatricznego WUM oraz uczestnicząc w wykładzie eksperckim: „Postępy nowoczesnej kardiologii i zmieniająca się rola pielęgniarki w zespole terapeutycznym”.



PISMO NIPIP

PODWYŻKI DLA PIELĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W SANEPIDACH



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Mariola Łodzińska - Wiceprezes NRPiP

Pismo skierowane do:

- Jacek Klakočar - Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny we Wrocławiu

- Małgorzata Krochmalna - Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Strzelinie

Szanowna Pani Inspektor,

W związku z otrzymywanymi informacjami o wypłacaniu jedynie w niektórych latach wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek zatrudnionych w Powiatowej Stacji Sanitarnej - Epidemiologicznej w Strzelinie zwracam się z zapytaniem, czy pielęgniarki zatrudnione w Powiatowej Stacji Sanitarnej - Epidemiologicznej w Strzelinie zostały wykazane do Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu celem przekazania należnego im wzrostu wynagrodzenia.

Przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wspólnie z OZZPiP, którzy byli jednym z interesariuszy Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r. zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia i NFZ, wnosili o zapis § 1 ustęp 13 Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r., który zapewni w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zgodnie z dotychczasową praktyką. **To samo dotyczyło pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w stacjach sanitarno-epidemiologicznych.** Zapisy aktualnego porozumienia wskazują na określenie „pielęgniarki i położne wykonujące zawód w stacjach sanitarno-epidemiologicznych”. Tym samym zapisy porozumienia nie wskazują na konieczność zajmowania konkretnego stanowiska pracy w stacjach sanitarno-epidemiologicznych ale na konieczność wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej w takim podmiocie. Wprawdzie zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca

2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz. U. z 2010 r. Nr 48, poz. 283) zostały oddzielnie wyodrębnione stanowiska pielęgniarki i starszej pielęgniarki oraz stanowiska takie jak np. młodszy asystent, asystent oraz przypisano im odrębne wymagania kwalifikacyjne.

Niemniej jednak biorąc pod uwagę brzmienie art. 4 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2019r. poz. 576 ze zm.) należy uznać, iż określone zadania wykonywane w PS SE na innych stanowiskach niż stanowisko pielęgniarki i starszej pielęgniarki mogą stanowić wykonywanie zawodu pielęgniarki, tym bardziej, że warunkiem przyjęcia do pracy było posiadanie wykształcenia w zawodzie pielęgniarki, aktualnego prawa wykonywania zawodu oraz posiadanie kursu szczepień.

W świetle bowiem art. 4 ust. 2 pkt 6 ww. ustawy za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się także zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia.

W naszej opinii jeżeli pielęgniarka zatrudniona w PS SE realizuje np. kontrole sanitarne placówek podmiotów leczniczych to realizuje tym samym zakres kompetencji zawodowych pielęgniarki wynikających z art. 4 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej i tym samym należy uznać, iż wykonuje zawód pielęgniarki. Jeżeli zatem osoba posiadająca wykształcenie pielęgniarzkie z prawem

wykonywania zawodu pielęgniarki zatrudniona na stanowisku młodszego asystenta, asystenta czy kierownika w Sekcji Epidemiologii wykonuje czynności wskazane powyżej to w naszej ocenie można uznać, iż wykonuje ona zawód pielęgniarki w rozumieniu art. 4 ust. 2 pkt 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Tym samym w powyższej sytuacji w kontekście zapisów ww. Porozumienia osoba taka powinna podlegać jego zapisom i otrzymywać wzrost wynagrodzenia.

Jednocześnie należy zauważyć, iż dotychczasową praktyką w ostatnich latach w wielu województwach było wypłacanie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarkom zatrudnionym w stacjach sanitarno-epidemiologicznych w ramach kolejnych transz a nie wypłacanie pojedynczych kwot tylko w niektórych latach.

W świetle powyższego za sprzeczne z ww. regulacjami należy uznać zatem wypłacenie jedynie w niektórych latach wzrostu wynagrodzenia pielęgniarkom zatrudnionym w Powiatowej Stacji Sanitarnej - Epidemiologicznej w Strzelinie. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych sytuacja ta wymaga podjęcia działań w zakresie zmian, których celem będzie objęcie ww. pielęgniarek podwyżkami, jakie zostały wprowadzone w lipcu 2018r.

Jednocześnie wskazuję, iż ww. problem został przedstawiony przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych Panu Jarosławowi Pinkasowi - Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

OPINIA PRAWNA

DOTYCZĄCĄ ZAWODU OPIEKUNA MEDYCZNEGO, KATALOGU CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ OPIEKUNA MEDYCZNEGO U OSOBY CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ, DOPUSZCZALNOŚCI ZATRUDNIENIA PIELĘGNIARKI NA STANOWISKU OPIEKUNA MEDYCZNEGO ORAZ DOPUSZCZALNOŚCI ZATRUDNIENIA OPIEKUNA MEDYCZNEGO W MIEJSCE PIELĘGNIARKI

adw. Anita Jaroszewska-Góra - Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

1. Przedmiot opinii

Zakres opinii obejmuje analizę zawodu opiekuna medycznego, katalogu czynności

wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej, dopuszczalności zatrudnienia pielęgniarki na

stanowisku opiekuna medycznego oraz dopuszczalności zatrudnienia opiekuna medycznego w miejsce pielęgniarki.

2. Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 listopada 2016 r. (Dz.U. 2016 poz. 1876) zmieniające rozporządzenie z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2014, poz. 1145);

- Obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2018 poz. 227);

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. 2019 poz. 991);

- ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490, 1590.)

3. Ocena stanu prawnego

Zawód opiekuna medycznego został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. Nr 124, poz. 860 ze zm.) oraz objęty klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy zawartą w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. 2010 nr 82 poz. 537). Podstawą prawną wydania rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2007 roku była Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95, poz. 425). Powyższe rozporządzenie zostało uchylone w dniu 1 września 2012 r. Podstawą prawną wydania rozporządzenia z dnia 27 kwietnia 2010 r. była Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Dz.U. 2004, Nr 99, poz. 1001. Rozporządzenie to zostało uchylone 1 stycznia 2015 r.

Obecnie zawód opiekuna medycznego jest objęty klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy objętą w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 listopada 2016 r. (Dz.U. 2016 poz. 1876) zmieniającym rozporządzenie z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2014, poz. 1145). Obwieszczeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 grudnia 2017 r. ogłoszono jednolity tekst rozporządzenia

Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2018 poz. 227).

W strukturze klasyfikacji zawodów, opiekun medyczny mieści się w tzw. wielkiej grupie Nr 5 – pracownicy usług osobistych i sprzedawcy 53 – pracownicy opieki osobistej i pokrewni 532 – pracownicy opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewni 5321 – medyczny personel pomocniczy 532102 – opiekun medyczny s (symbol s oznacza, że kwalifikacje opiekuna medycznego zdobywa się w kształceniu szkolnym)

Ministrem właściwym dla tego zawodu jest Minister Zdrowia, który za potwierdzeniem podstawę programową oraz program nauczania. Podstawa programowa otrzymała symbol cyfrowy 513[02]. (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 stycznia 2011 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach: asystent osoby niepełnosprawnej, florysta, kucharz małej gastronomii, operator maszyn leśnych, opiekun medyczny, pracownik pomocniczy obsługi hotelowej, sprzedawca, technik handlowiec, technik organizacji usług gastronomicznych, technik przetwórstwa mleczarskiego i technik weterynarii (Dz. U. z dnia 7 marca 2011 r.) Powyższe rozporządzenie zostało uchylone. Nową podstawę programową określa **Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. 2019 poz. 991).**

PODSTAWY PROGRAMOWE KSZTAŁCENIA W ZAWODACH SZKOLNICTWA BRANŻOWEGO PRZYPORZĄDKOWANYCH DO BRANŻY OPIEKI ZDROWOTNEJ (MED) zawarte są w załączniku nr 20P do cyt. rozporządzenia.

Załącznik zawiera podstawy programowe kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego przyporządkowanych do branży opieki zdrowotnej, określonych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego: 1) asystentka stomatologiczna; 2) higienistka stomatologiczna; **3) opiekun medyczny**; 4) ortoptystka; 5) protetyk słuchu; 6) technik dentystyczny; 7) technik elektroniki i informatyki medycznej; 8) technik elektroradiolog; 9) technik farmaceutyczny; 10) technik masażysta; 11) technik ortopeda; 12) technik sterylizacji medycznej; 13) terapeuta zajęciowy.

Opiekun medyczny świadczy usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze osobie chorej i niesamodzielnej, a celem kształcenia jest, aby absolwent szkoły prowadzącej

kształcenie w zawodzie opiekun medyczny był przygotowany do wykonywania zadań zawodowych w zakresie kwalifikacji opiekuna medycznego, do których należy 1) rozpoznawanie problemów funkcjonalnych oraz potrzeb biologicznych i psychospołecznych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku; 2) świadczenie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych przyjęło Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego. Katalog ma na celu zbiór czynności, które wykonuje opiekun medyczny w przejrzystej formie, co ułatwi tworzenie jednakowych opisów stanowisk pracy i czynności zawodowych opiekuna medycznego.

Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego:

I. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje i wykonuje następujące czynności higieniczne i pielęgnacyjne:

1. stanie łóżka pustego oraz z osobą chorą i niesamodzielną;
2. toaleta całego ciała osoby chorej i niesamodzielnej z uwzględnieniem toalety i zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie jamy ustnej;
3. mycie głowy osoby chorej i niesamodzielnej leżącej w łóżku i zakładanie czepca przeciwwszawiczego;
4. zmiana bielizny osobistej i pościelowej;
5. zmiana pieluchomajtek i innych środków absorpcyjnych oraz pomoc w czynnościach fizjologicznych osobie chorej i niesamodzielnej;
6. wymiana cewnika zewnętrznego, worka stomijnego i worka na mocz osobie chorej i niesamodzielnej;
7. profilaktyka i pielęgnacja przeciwoleżynowa u osoby chorej i niesamodzielnej;
8. zapewnienie osobie chorej i niesamodzielnej wygodnego i bezpiecznego ułożenia w łóżku;
9. pomoc przy zmianie pozycji, wstawaniu i przemieszczaniu się osoby chorej i niesamodzielnej;
10. czynności usprawniające ruchowo osobę chorą i niesamodzielną;
11. karmienie osoby chorej i niesamodzielnej lub pomoc podczas jej karmienia;
12. przeprowadza edukację w zakresie higieny osobistej i zabiegów pielęgnacyjnych.

II. Na podstawie rozpoznanych potrzeb i problemów osoby chorej i niesamodzielnej opiekun medyczny planuje, organizuje i wykonuje następujące czynności

opiekuńcze:

1. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w wykonywaniu czynności życia codziennego;
2. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w użytkowaniu sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego;
3. aktywizacja osoby chorej i niesamodzielnej i organizacja jej czasu wolnego;
4. pomoc w adaptacji osoby chorej i niesamodzielnej do warunków życia w placówkach ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej;
5. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w adaptacji do zmian związanych z przewlekłą chorobą lub starością;
6. udzielanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego osobie chorej i niesamodzielnej w sytuacjach trudnych;
7. pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności ruchowej.

III. Ponadto opiekun medyczny:

1. udziela pierwszej pomocy poszkodowanemu w wypadkach przy pracy oraz w stanach zagrożenia zdrowia i życia;
2. dokonuje oceny parametrów podstawowych funkcji życiowych (temperatura, tętno, liczba oddechów, ciśnienie tętnicze krwi, etc.);
3. wykonuje zabiegi przeciwwzapalne i kąpiele lecznicze osobie chorej i niesamodzielnej na zlecenie lekarza lub pielęgniarki;
4. przekazuje pielęgniarkę informacje o zaobserwowanych zmianach w stanie zdrowia osoby chorej i niesamodzielnej;
5. dezynfekuje oraz myje przybory i sprzęt używane podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych u osoby chorej i niesamodzielnej;
6. współpracuje z zespołem terapeutycznym na rzecz osoby chorej i niesamodzielnej. Powyższy katalog przygotowany w oparciu o „Efekty Kształcenia” w zawodzie Opiekun Medyczny zamieszczone przez KRAJOWY OŚRODEK WSPIERANIA EDUKACJI ZAWODOWEJ I USTAWICZNEJ – dostępne pod adresem:
http://www.koweziu.edu.pl/pp_new/index.php?nr_zawodu=532102

Zmiana podstawy programowej dla opiekuna medycznego podyktowana była reformą szkolnictwa (wprowadzenie szkół branżowych). Nowa podstawa wprowadza również zmiany w zakresie treści kształcenia. Nie są to ogromne zmiany, jednak wprowadzone zostały kompetencje, których wcześniej nie było.

Z najważniejszych zmian (treść zgodnie z nową podstawą programową) należy wskazać:

- **utrzymanie higieny i pielęgnowanie skóry wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii, kolostomii**

oraz wykonywanie wymiany worka stomijnego w przypadku stomii wydalniczej – w przypadku poprzedniej podstawy programowej nie były wyszczególnione rodzaje stomii – pielęgnacja i higiena skóry obejmuje całe ciało, zatem również i te części w których wyłoniona jest niepowikłana stomia.

- **karmienie osoby chorej i niesamodzielnej drogą doustną oraz dojelitową – przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy) (metodą porcji) lub pomaganie podczas karmienia** – poprzednio było to po prostu "karmi osobę chorą i niesamodzielną lub pomaga podczas jej karmienia" bez wskazania dróg

- **pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie przyjąć leku, również podawanie go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszania powłok skórnych** – uściśla to zatem rodzaj leków w przyjmowaniu których może pomóc opiekun medyczny oraz co w przypadku, gdy osoba sama nie może przyjąć leku

Nowa podstawa programowa w tym zakresie wyszczególnia dokładniej treści nauczania. Poprzednio zdarzało się, że pojawiały się różnice w kształceniu pomiędzy niektórymi szkołami – przykładem może być chociaż karmienie przez PEG. W związku z tym, że poprzednio kompetencje opiekuna medycznego określone były tylko jako "karmi osobę chorą i niesamodzielną" pozwalało to na różną interpretację. Dodatkowo karmienie przez PEG uznawane było za żywienie specjalistyczne, które może wykonywać tylko pielęgniarka. Powodowało to, że część szkół nie uczyło karmienia przez PEG.

Dodatkowo wprowadzone zostały całkowicie nowe treści:

- **wykorzystuje glukometr celem oznaczenia stężenia glukozy we krwi osoby chorej i niesamodzielnej oraz dokumentuje dokonanie pomiaru i przekazuje informację o wynikach pomiaru lekarzowi lub pielęgniarkę**
- **prowadzi dobową zbiórkę moczu i bilans płynów**
- **prowadzi trzydniowy dzienniczek mikcji oraz ustala schemat wydalania i wdraża kontrolę mikcji i defekacji**

Z racji wprowadzenia nowych treści oraz możliwych różnic w zakresie kształcenia część szkół oferuje szkolenia "wyrównujące", podczas których opiekunowie medyczni zostają przeszkoleni z tych treści. Takie szkolenie może być przydatne dla osób, które nie poznały podczas nauki tych umiejętności, a chcą się doszkolić. Należy jednak pamiętać, że w związku z tym,

że nowa podstawa programowa przede wszystkim uściśla treści nauczania oraz nie przynosi wielu zmian odbycie takiego szkolenia nie jest obowiązkowe. Jeśli jest osoba, która nie została nauczona tych czynności to wystarczy, że zostanie udzielony jej instruktaż w miejscu pracy przygotowany przez pracodawcę.

W obowiązującym stanie prawnym zgodnie z przepisami rozporządzenia (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 grudnia 2016 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego) kształcenie w zawodzie opiekun medyczny (symbol cyfrowy 532102) prowadzi wyłącznie 2-semestralne szkoły policealne, dla osób posiadających wykształcenie średnie. Ponadto, szkoły te mogą prowadzić kwalifikacyjne kursy zawodowe w zakresie wyodrębnionej w tym zawodzie kwalifikacji MS.04 (wcześniej Z.4). Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej. Na kwalifikacyjny kurs zawodowy mogą uczęszczać osoby dorosłe, które spełniły obowiązek szkolny (legitymujące się świadectwem ukończenia gimnazjum). Ukończenie kwalifikacyjnego kursu zawodowego umożliwia przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikację w zawodzie, przeprowadzanego przez okręgowe komisje egzaminacyjne. Uzyskany dyplom (egzamin zewnętrzny) uprawnia do podjęcia pracy w tym zawodzie na terenie Unii Europejskiej.

Podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną opiekun medyczny podejmuje współpracę z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym. Opiekun medyczny to zawód zaufania publicznego, dlatego niezbędne są u niego kompetencje personalne i społeczne. Powinien posiadać bardzo dobre zdolności komunikacyjne, umiejętność pracy w zespole oraz empatię, tak ważną w kontakcie z drugim człowiekiem. Opiekun medyczny pracując z osobą chorą i niesamodzielną ponosi odpowiedzialność za skutki swoich działań. Poprzez swoją postawę zawodową popularyzuje zachowania prozdrowotne. Kwalifikacje zawodowe otrzymuje po zdaniu egzaminu potwierdzającego kwalifikację zawodową.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki, zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039, t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490, 1590.) polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki

pielęgnacyjnej nad pacjentem;

4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;

5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;

7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, o czym stanowi art. 28 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, przysługuje osobie:

1. posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej świadectwo lub dyplom, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej;

2. posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych;

3. którego stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki;

4. która wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej (art. 52 ustawy o zawodach), tj. uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia oraz studiów drugiego stopnia.

Zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnymi, co wynika z treści art. 2 powołanej wyżej ustawy.

Na podstawie art. 6. cyt. ustawy Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określił w drodze rozporządzenia: 1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną, 2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, 3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, 4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę, 5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania

przez pielęgniarkę i położną – biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków.

4. Wnioski

W ocenie opiniującej analiza przepisów prawnych daje podstawę do przyjęcia poniższych wniosków:

• Na stanowisku opiekuna medycznego nie może być zatrudniona osoba z innym dyplomem zawodowym (wyjątkiem jest sytuacja, kiedy osoba, która ukończyła szkołę zawodową lub policealną - uzyskała tytuł zawodowy higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarskiej - w obu przypadkach kształcenie takie zostało już wygaszone i według obecnego stanu prawnego takiej możliwości nie ma). Zakres kompetencji opiekuna wytycza podstawa programowa kształcenia w zawodzie opiekuna medycznego. Wyklucza to zatrudnianie na stanowisku opiekuna medycznego osób posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonujących ten zawód, nawet na podstawie umów cywilno - prawnych. Powierzenie pielęgniarcie stanowiska opiekuna medycznego należy uznać za niezgodne z obowiązującym porządkiem prawnym.

• Opiekun medyczny nie może wykonywać czynności, które wykraczają poza jego kompetencje zawodowe, a które są typowe dla innego zawodu, np. pielęgniarki. Kompetencje opiekuna medycznego zawierają się w kompetencjach pielęgniarki, co oznacza, że te czynności mogą być wykonywane przez opiekuna medycznego. Nie może on jednak wykonywać dodatkowych czynności, które są zarezerwowane wyłącznie dla zawodu pielęgniarki.

• Również pielęgniarka, niezależnie od innych kwalifikacji nabytych w drodze kształcenia podyplomowego nie może wykonywać zawodu z przekroczeniem kompetencji zawodowych wyływających

z treści art. 4 cyt. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a za taką sytuację należy uznać podjęcie zatrudnienia na stanowisku opiekuna medycznego, pomimo braku uzyskania tytułu zawodowego opiekuna medycznego.

Mając powyższe na uwadze niezbędne jest uregulowanie zasad współpracy opiekunów medycznych z pielęgniarkami w taki sposób, aby opiekun wykonywał jedynie czynności zgodne z podstawą programową kształcenia w zawodzie opiekuna, która wytycza zakres jego kompetencji, co odciążą z tych zadań pielęgniarki, a wysokospecjalistyczne świadczenia pielęgniarskie będą efektywniej wykorzystane w systemie opieki zdrowotnej.

Sensowne wydaje się rozróżnianie pielęgnacji podstawowej od pielęgnacji specjalistycznej zastrzeżonej do kompetencji pielęgniarek. Cechą charakterystyczną podstawowej pielęgnacji jest to, że każdy człowiek, gdy jest wystarczająco sprawny samodzielnie wykonuje czynności wchodzące w jej zakres. Przewlekłe choroby czy urazy upośledzające funkcjonowanie ciała ograniczają zdolność do samoopieki tak dalece, że dalsze życie zależy od opieki innych osób. W systemie ochrony zdrowia kompetencje do wykonywania podstawowej pielęgnacji osób chorych ma pielęgniarka i opiekun medyczny.

Często pojawia się pytanie, jak opiekun medyczny ma postępować w sytuacji gdy niektóre czynności pielęgnacyjne, diagnostyczne, rehabilitacyjne, czy opiekuńcze nie są wymienione w podstawie programowej kształcenia. W ocenie opiniującego opiekun medyczny nie jest upoważniony do wykonywania takich czynności. Nie można zatrudniać opiekuna medycznego w miejsce pielęgniarki i powierzyć mu czynności zarezerwowanych dla zawodu pielęgniarki.



CENTRALNE ARCHIWUM PIELĘGNIARSTWA POLSKIEGO

Dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Zuzanna Matczak, Zuzanna Purgał, Lidia Wasielewska – studentki III roku
PWSZ w Głogowie

Studentki z Głogowa w Centralnym Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego

Studentki pielęgniarstwa, podczas pobytu w Warszawie związanego z inauguracją Kampanii Nursing Now Polska, odwiedziły również Centralne Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego im. Barbary Purtak. Archiwum powstało w 1961 roku, podczas II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z inicjatywy Jadwigi Kaniewskiej-Iżyskiej. Wtedy też powołano do życia Komisję Historyczną PTP, która działa do dzisiaj. Przewodniczącą Komisji od 2005 roku jest Krystyna Wolska-Lipiec, która w dniu 4 lutego 2020 roku była naszym

przewodnikiem po archiwum/muzeum. Archiwum gromadzi, zabezpiecza i udostępnia różne dokumenty dotyczące historii pielęgniarstwa – biografie, książki i pamiątki pielęgniarek zasłużonych dla zawodu, społeczeństwa i Ojczyzny. Znajdują się tam również bogate zbiory fotografii, biografii i pamiątek pielęgniarek odznaczonych Medalem Florence Nightingale. Jest to najwyższe międzynarodowe odznaczenie pielęgniarskie, które po raz pierwszy zostało przyznane 12 maja 1920 roku w setną rocznicę urodzin tej „Damy z lampą”. W Polsce 102 pielęgniarki zostały uhonorowane tym odznaczeniem, w tym 4

z Wrocławia. Ponadto znajduje się tam wiele innych ciekawych eksponatów, które mieliśmy okazję zobaczyć, czasami dotknąć, a przede wszystkim wysłuchać z pasją przekazywanych, niezwykle ciekawych informacji, opisów i historii. A wszystko to dzięki wspomnianej wcześniej Pani Krystynie Wolskiej-Lipiec, która z wielkim zaangażowaniem i serdecznością poświęciła nam swój prywatny czas i oprowadziła po muzeum. Bardzo dziękujemy!

Zachęcamy czytelników biuletynu „W Cieniu Czepka” do odwiedzenia Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego: wmpp.org.pl



ANKIETA – SATYSFAKCJA KLIENTÓW

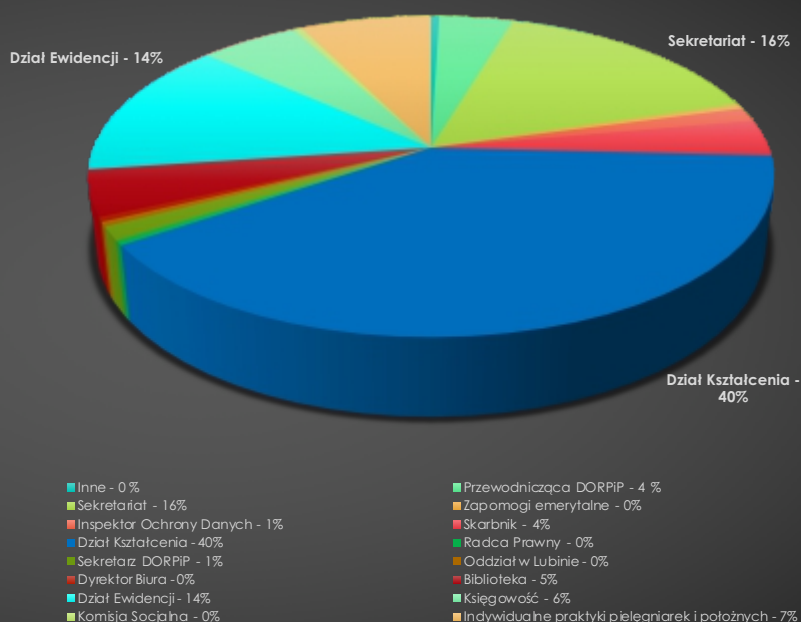
Anna Szafran - Przewodnicząca DORPiP we Wrocławiu
Ewa Cecko - Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością

W imieniu Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu dziękujemy za udział w Ankiecie satysfakcji Klienta, która była przeprowadzona w okresie od 29.10.2019 r. do 31.01.2020 r. W ankiecie wzięło udział 217 osób.

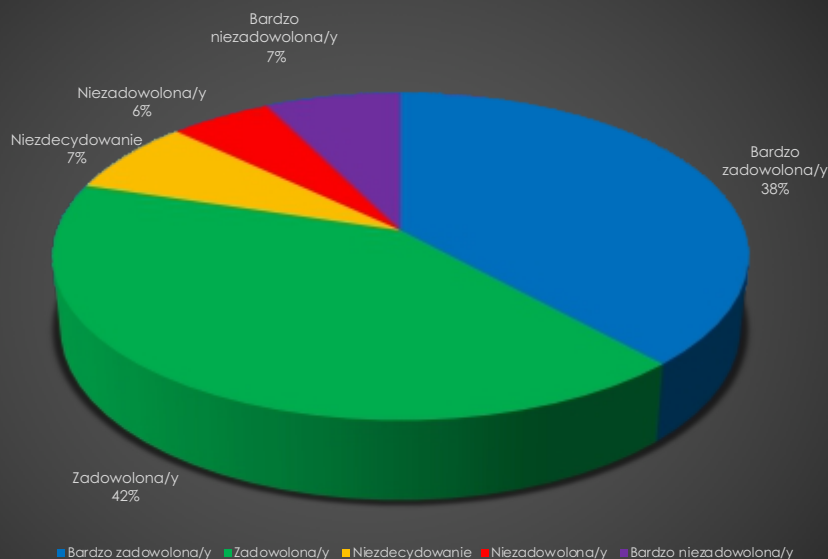
Poniżej prezentujemy Państwu wyniki Ankiety.

Odpowiedzi na pytania otwarte są przez nas na bieżąco analizowane, a zgłoszone przez Państwa propozycje będziemy, w miarę możliwości prawnych i finansowych, wdrażać. W kolejnych slajdach prezentujemy wybrane przykłady opinii i propozycje zmian.

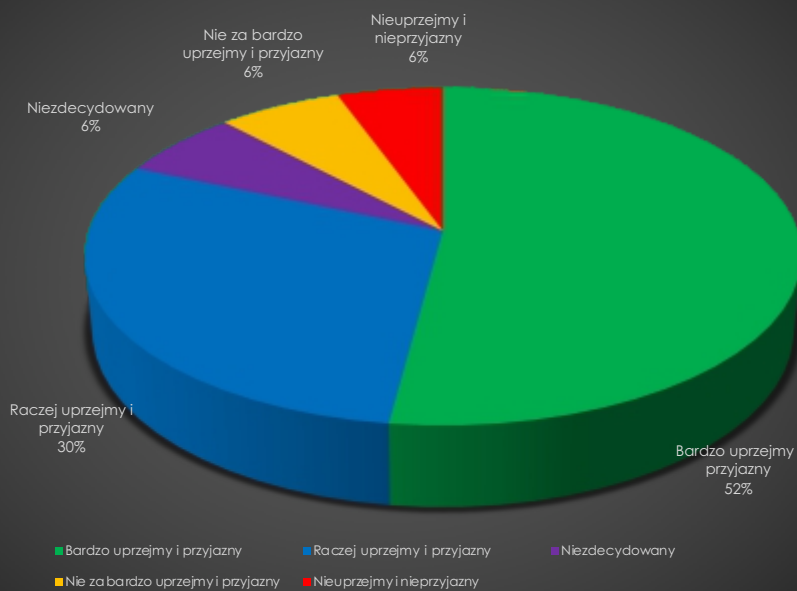
Pytanie 1.
W jakiej komórce organizacyjnej (miejscu) rozpatrywana była ostatnio Pani/Pana sprawa?



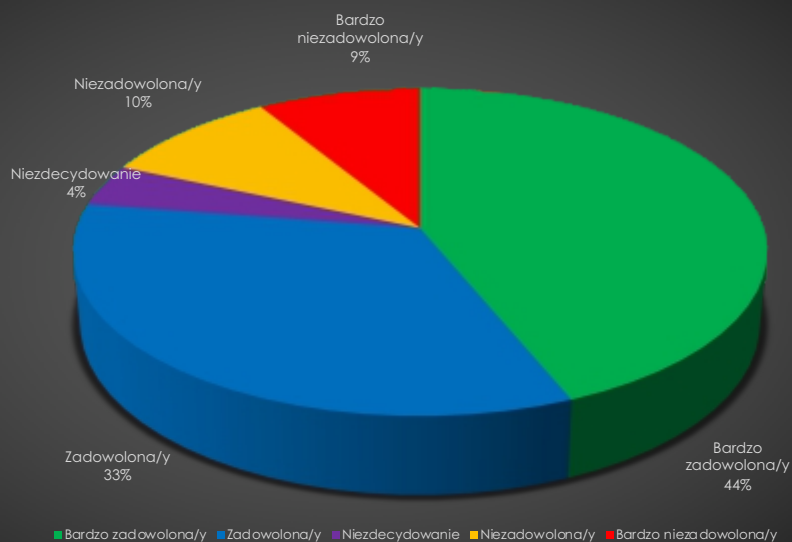
Pytanie 2.
Czy była Pani zadowolona / był Pan zadowolony z czasu oczekiwania na załatwienie sprawy biorąc pod uwagę warunki lokalowe w DOIPiP ?



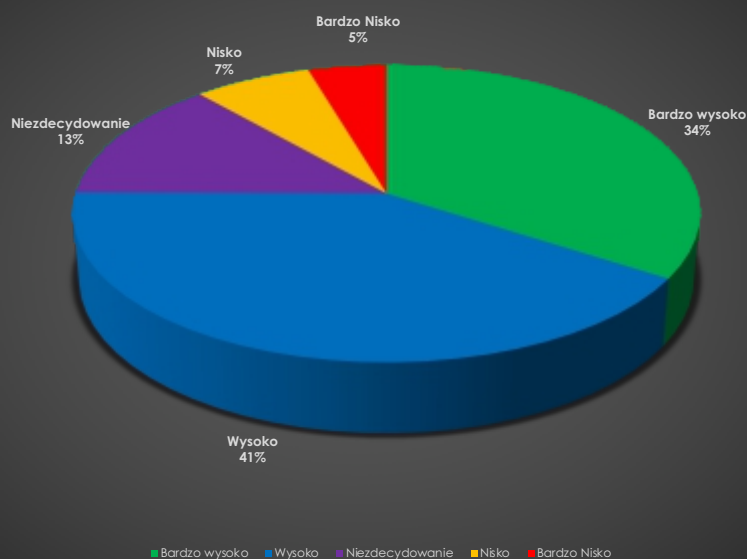
Pytanie 3.
Jak uprzejmy
i przyjazny był nasz
personel?



Pytanie 4.
Czy była Pani
zadowolona / był Pan
zadowolony ze
sposobu,
w jaki nasz personel
załatwił Pani/Pana
sprawę, w granicach
obowiązujących
przepisów?



Pytanie 5.
Jak ocenia
Pani/Pan
kompetencje
naszego personelu?



Pytanie 6.

Czy jest coś, co się Pani/Panu podobało/nie podobało lub coś co byłoby możliwe w przyszłości do poprawy, aby DOIPiP we Wrocławiu działała lepiej ?

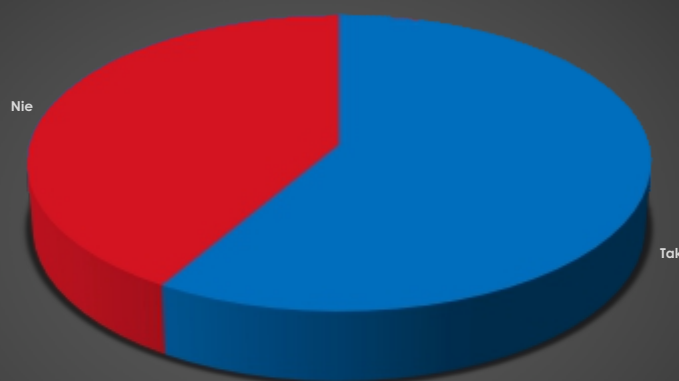
66 osób podzieliło się z nami opiniami odnośnie działania Izby. Odpowiedzi na to pytanie są analizowane na bieżąco.

Przesłane opinie w pytanie nr 6 to np.:

- Powinna być uruchomiona pomoc psychologa dla pielęgniarek i położnych.
- Strona internetowa bardziej rozbudowana - trochę słabo zaopatrzona.
- Nie ma gdzie czekać na swoją kolej, gdy w siedzibie jest więcej niż dwóch klientów.
- 2-3 razy w tygodniu dłużej otwarta placówka.
- Bardziej wstuchać się w potrzeby i problemy środowiska, popytać w szpitalach, przychodniach, prosić o pisanie listów z problemami itp.

Pytanie 7.

Czy uważa Pani/Pan, że DOIPiP powinna umieszczać informacje na temat realizowanych działań korzystając z social mediów takich jak Facebook, Instagram ?



Tak Nie

Pytanie 8.

Jakie informacje Pani/Pana zdaniem powinny znaleźć się w Newsletterze ?

Ponad **81 osób** podzieliło się opinią na temat informacji jakie powinny znaleźć się w Newsletterze.

Najczęściej pojawiające się odpowiedzi to:

- a. Aktualności;
- b. Informacje o szkoleniach, kursach, specjalizacjach;
- c. Informacje o zmianach w przepisach prawa;
- d. Inne ważne informacje dla grupy zawodowej jaką są pielęgniarki i położne.

Pytanie 9.

Na pytanie: Jakie dodatkowe treści Pani/Pana zdaniem powinniśmy zamieszczać w Biuletynie „W cieniu czepka” udzieliło odpowiedzi **81 osób**.

Wszystkie opinie są analizowane na bieżąco.

Wybrane opinie z pytania nr 9 to:

- Więcej artykułów naukowych, algorytmów sposobów postępowania pielęgniarskiego.
- Może jeszcze więcej nowości praktycznych obejmujących wszystkie dziedziny pielęgniarstwa.
- Odrobina porad jak radzić sobie z trudnymi pacjentami (jak skutecznie odreagować) – artykuły z zakresu komunikacji.

Wybrane opinie z pytania nr 9 to:

- Aktualne informacje dotyczące naszego środowiska w wybranych placówkach medycznych Wrocławia, województwa dolnośląskiego.
- Więcej porad prawnych.
- Czy Izby Pielęgniarskie są aż tak bogate, żeby wydawać "gazetę" na tak drogim papierze? Nie taniej zmniejszyć jej rozmiar i przeznaczyć te pieniądze na bezpłatne kursy i szkolenia dla pielęgniarek?

Pytanie 10.

Na pytanie: Co Pani/Pana zdaniem powinniśmy zmienić w działalności DOIPiP we Wrocławiu odpowiedzi udzieliło **71 osób**.

Wszystkie opinie są analizowane na bieżąco.

Wybrane opinie przy pytaniu nr 10 to:

- Spotkania z kadrą zarządzającą oraz pielęgniarkami i położnymi w miejscach w pracy.
- Wydłużyć godziny otwarcia.
- Podnieść poziom przepływu informacji dotyczących rozmaitych form kształcenia (na bieżąco aktualizować informacje) i publikować więcej doniesień naukowych z różnych pielęgniarstw.
- Brakuje szerszej informacji o działalności DOIPiP, wśród pielęgniarek brakuje wiedzy na temat prowadzonej przez Panię działalności.

Wybrane opinie przy pytaniu nr 10 to:

- Potrzeba promocji i szukania aktywnych, zdeterminowanych, młodych ludzi.
- Rozszerzenie pomocy i wsparcia pielęgniarkom i położnym w chorobie.
- Refundacja kosztów kształcenia - należy zmienić regulamin. Aktualnie jest zbyt mały dostęp do środków. Ustawa nakłada obowiązek podnoszenia kwalifikacji, a Izba nie refunduje poniesionych kosztów np. studia mgr.
- Więcej szkoleń powinno odbywać się poza siedzibą Biura Izby we Wrocławiu, powinny być organizowane w miejscach pracy pielęgniarek.

Podsumowanie

Badanie
satysfakcji
klienta



Realizacja



Rozwój
oraz
wysoka jakość

ZACHOWANIA ZDROWOTNE W PROFILAKTYCE I LECZENIU OSTEOPOROZY CZ.1

dr n. med. Anna Felińczak



Osteoporoza (łac. osteoporosis) powstaje w wyniku osłabienia przestrzennej struktury kości i postępującego ubytku masy kostnej. Upośledzona mikroarchitektura tkanki kostnej zwiększa jej łamliwość i podatność na złamania. Osteoporoza pierwotnie nie była uznawana za chorobę, lecz za jeden z objawów starzenia się organizmu. Obecnie, w definicji sformułowanej przez WHO w 1993 roku, określana jest jako układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się niską masą kości, zaburzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej prowadzącą do wzmożonej łamliwości kości i złamań.

Zachorowanie na osteoporozę w znacznym stopniu zależy od stylu życia i zachowań zdrowotnych. Właściwa dieta zawierająca odpowiednią ilość wapnia, witaminy D i białka, aktywność fizyczna, niepalenie tytoniu, nienadużywanie alkoholu i kawy, są najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na dynamizm i ryzyko wystąpienia osteoporozy.

Dane epidemiologiczne wskazują, że choroba ta jest jednym z najczęstszych schorzeń współczesnego społeczeństwa. Szacuje się, że na chorobę tę cierpi ponad 75 mln ludzi w USA, Europie i Japonii. W Polsce dane epidemiologiczne wskazują na występowanie osteoporozy pierwotnej u 7% kobiet w wieku 45–54 lat, u 25% w wieku 65–74 lat i u 50% w wieku 75–84 lat.

Choroba przebiega podstępnie, powodując bezbolesne pogarszanie się stanu układu kostnego z postępującą destrukcją masy kostnej. Pierwszym zauważalnym objawem choroby jest zazwyczaj złamanie, świadczące o dużym zaawansowaniu osteoporozy. Przyczyną są zaburzenia w metabolizmie kostnym polegające na postępującej przewadze procesów resorpcji tkanki kostnej nad procesami kościotworzenia. W wyniku czego dochodzi do ubytku masy kostnej oraz do zwiększenia ryzyka złamań osteoporotycznych. Najczęściej dochodzi do złamania kręgosłupa, kości promieniowej, kości ramiennej, szyjki kości udowej.

Na gęstość mineralną kości wpływ mają zarówno czynniki niemodyfikowalne jak i modyfikowalne, wśród których do najważniejszych można zaliczyć czynniki genetyczne, hormonalne, ogólny stan zdrowia

a także czynniki związane aktywnością fizyczną, sposobem odżywiania, paleniem tytoniu czy spożywaniem alkoholu. Należy podkreślić, że regularna aktywność fizyczna i zrównoważona dieta, to dwie zasadnicze strategie prewencji osteoporozy, a ich wspólne zastosowanie potęguje możliwe do uzyskania korzyści w układzie kostno-mięśniowym.

Aktywność fizyczna pobudza tkankę kostną do budowy masy kostnej oraz zapobiega utracie jej gęstości. Długotrwałe unieruchomienie, brak ćwiczeń fizycznych (spacery, gimnastyka, bieganie), powoduje spadek masy kostnej, a także jest przyczyną wystąpienia osteoporozy immobilizacyjnej, czyli spowodowanej unieruchomieniem. Ćwiczenia fizyczne obciążają szkielet, co stymuluje kościotworzenie. Bierność ruchowa, a w skrajnych przypadkach unieruchomienie, przyczynia się do obniżenia gęstości mineralnej kości (BMD). Brak odpowiedniej aktywności fizycznej jest więc kolejnym, niezwykle istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju osteoporozy. Codzienny wysiłek fizyczny od najmłodszych lat zwiększając osiągniętą szczytową masę kostną jest jedną z kluczowych metod profilaktyki pierwotnej osteoporozy. Aktywność fizyczna wpływa nie tylko na osiągnięcie większej szczytowej masy kostnej u młodych dorosłych, ale także w późniejszym wieku spowolnia utratę masy kostnej. Za najbardziej efektywne w zapobieganiu osteoporozie uważa się ćwiczenia z obciążeniem i oporowe – takie, w których mięśnie przeciwdziałają grawitacji (np. wchodzenie po schodach, aerobik, bieganie). Aktywność fizyczna zwiększa także siłę mięśni, co jest istotnym elementem przeciwdziałającym upadkom i – w konsekwencji – złamaniom.

Na jakość tworzącej się tkanki kostnej i jej wytrzymałość wpływa, w znaczący sposób, odżywianie. Dieta ma wpływ przede wszystkim na wytrzymałość tworzącej się tkanki kostnej (przyszłej) a w mniejszym stopniu na wytrzymałość istniejącej już tkanki kostnej. W utrzymaniu gęstości mineralnej kości mają znaczenie także składniki diety, jak: wapń, fosfor, magnez, witamina D, witamina K, witamina C, bor, miedź, białko, sód, obecność kwasów tłuszczowych omega-3 oraz błonnika.

Jednocześnie należy mieć na uwadze substancje posiadające negatywny wpływ na mineralizację tkanki kostnej. Zaliczamy do nich m.in. kofeinę, alkohol i sól. W dietoterapii i dietoprofilaktyce składniki te powinny być bezwzględnie ograniczone. Alkohol zaburza wchłanianie, przede wszystkim wapnia, fosforu i witaminy D. Niedobory tych substancji hamują procesy tworzenia tkanki kostnej i chrzęstnej. Nadużywanie alkoholu przyczynia się do powstawania ujemnego bilansu wapniowego oraz redukcji komórek kościotwórczych (osteoblastów). Przewlekły alkoholizm zwykle wiąże się z niskim stężeniem we krwi wapnia i innych składników mineralnych i jest to zjawisko wtórne do niedożywienia oraz uszkodzenia wątroby i trzustki, co sprzyja rozwojowi osteoporozy. Ponadto duże spożycie alkoholu może zwiększać ryzyko złamań kości, w tym złamań na tle osteoporozy. Badania epidemiologiczne dostarczają coraz mocniejszych dowodów na niekorzystny wpływ palenia papierosów na zdrowie. Badania te pokazują, iż nawet niska ekspozycja na poziom dymu tytoniowego może prowadzić do niektórych chorób serca, chorób naczyń obwodowych oraz przewlekłych chorób płuc. Coraz więcej publikowanych jest doniesień dotyczących palenia papierosów jako czynnika wpływającego na obniżenie masy kostnej, a co za tym idzie zwiększenie ryzyka złamań. Związek pomiędzy paleniem tytoniu a podwyższonym ryzykiem złamania wskazali w swoich badaniach m.in. R.C. Wüst i wsp. Badacze dowiedli, iż palenie tytoniu pogarsza wytrzymałość kości, przy czym zjawisko to było bardziej zauważalne u mężczyzn niż u kobiet. Dym tytoniowy powoduje podwyższenie poziomu kortyzolu w surowicy krwi co zaburza procesy wchłaniania wapnia, hamuje czynność osteoblastów i prowadzi do redukcji masy kostnej.

Kofeina wpływa destrukcyjnie na proces różnicowania komórek kościotwórczych, syntezę macierzy organicznej, mineralizację kości oraz wchłanianie wapnia, zwiększa także jego wydalanie z moczem. Kofeina jest alkaloidem występującym w kawie, herbacie, czekoladzie, kakao, napojach typu cola i energy drink. Przypuszcza się, że duże spożycie kawy może być

czynnikiem zwiększającym ryzyko występowania osteoporozy. Filiżanka mocnej kawy (ok. 180 ml) pogarsza bilans wapnia o około 5 mg/dzień. Mimo że spożycie kawy powoduje zwiększenie wydalania wapnia z moczem w pierwszych godzinach po jej wypiciu (1–3 godz.), to efekt ten nie utrzymuje się przez długi czas. To przejściowe zwiększenie wydalania wapnia nie wydaje się mieć większego znaczenia w utrzymaniu odpowiedniego stężenia tego pierwiastka w organizmie człowieka. Jednakże u osób w podeszłym wieku, które dostarczają z dietą małych ilości wapnia, może być stratą znaczącą. Badania dotyczące kobiet w wieku pomenopauzalnym wskazują, że osoby, które spożywały dwie filiżanki lub więcej kawy dziennie, miały mniejszą gęstość mineralną kości, jeśli jednocześnie nie spożywały produktów mlecznych lub ilość dostarczanego wapnia z dietą była mniejsza niż 800 mg dziennie. Zaobserwowano również, że picie kawy zwiększało ryzyko złamania kości udowej u kobiet w wieku podeszłym oraz że wypijanie około 500 g naparu kawy (ok. 300 mg kofeiny) przyspieszało utratę masy kostnej kręgosłupa. Wyniki badań wskazują, że u osób pijących 2 lub więcej filiżanek mocnej kawy dziennie, nie uwzględniających w diecie produktów mlecznych, gęstość mineralna kości była zbyt niska. Można zrównoważyć utratę wapnia wywołaną piciem kawy

dodając około 4 łyżek mleka na filiżankę kawy (około 4 mg wapnia).

Sól kuchenna (NaCl), jest artykułem spożywczym stosowanym jako przyprawa i środek konserwujący. W handlu dostępna zwykle w formie nieoczyszczonej soli kamiennej oraz oczyszczonej soli warzonej. Jest niezbędna w regulacji gospodarki wodnej, ciśnienia osmotycznego i pH ustroju. Ponadto sód reguluje zawartość wody w organizmie, przez co zapewnia optymalne ciśnienie krwi oraz utrzymuje prawidłową równowagę kwasowo-zasadową w organizmie. Sól zaliczana jest do składników pożywienia negatywnie wpływających na ogólnoustrojową gospodarkę wapniem. Długotrwałe nadmierne jej spożycie może wpłynąć ujemnie na bilans wapnia w organizmie. Nadmiar sodu jest usuwany z organizmu wraz z moczem, ale jednocześnie dochodzi do utraty wapnia w organizmie, co wpływa negatywnie na mineralizację tkanki kostnej. Dzienna podaż soli w diecie nie powinna przekraczać 6 g, czyli 2400 mg sodu. Przeciętne jej spożycie w diecie zachodniej jest 2 do 5-krotnie większe. Wydalanie sodu z moczem, będące odzwierciedleniem jego podaży, wzmacnia wydalanie wapnia tą samą drogą. Zwiększenie wydalania sodu z moczem o 500 mg (lub podobnie zwiększenie jego ilości w diecie) zwiększa wydalanie wapnia z moczem o około 10 mg. Ponieważ wchła-

niane jest około 25% wapnia dostarczanego z dietą, powyższe zjawisko wymaga dostarczenia dodatkowo 40 mg wapnia z żywnością, aby zrównoważyć jego utratę spowodowaną zwiększonym o 500 mg spożyciem sodu. Optymalne spożycie wapnia w celu zmniejszenia utraty masy kostnej wynosi około 1000 mg/dziennie przy jednoczesnej podaży sodu z dietą nieprzekraczającej 2000 mg/dziennie. Najlepszym rozwiązaniem jest ograniczanie dodawania soli do potraw oraz unikanie produktów bogatych w sól. Sól można zastąpić przyprawami ziołowymi (bazylia, tymianek i estragon).

Ważnym elementem działań profilaktycznych jest uświadamianie społeczeństwa o ryzyku jakie niesie ze sobą osteoporoza. Na masę kostną wpływa wiele czynników związanych z prowadzonym trybem życia. Profilaktyka osteoporozy polega na likwidacji czynników ryzyka, takich jak palenie papierosów oraz nadmierne spożywanie alkoholu i kofeiny, stosowaniu odpowiedniej diety i ćwiczeń fizycznych. Każdy sam może poprawić stan swoich kości poprzez zmianę stylu życia. Większość naukowców zgadza się z poglądem dr Susan Brown, dla której "(...) nie ma znaczenia, kiedy zaczyna się dbać o kości i nie jest istotny styl życia, jaki się wcześniej prowadziło. Ważne jest, aby wiedzieć, że nigdy nie jest za późno na dbanie o zdrowie swoich kości".

SZPITAL SIĘ SZKOLI

mgr Ewa Borowska

W dniu 12 lutego 2020 roku w DSS im. T. Marciniaka - CMR odbyło się szkolenie zorganizowane przez firmę MERYDIAN Brokerski Dom Ubezpieczeniowy skierowane do lekarzy, pielęgniarek oraz do kadry zarządzającej (za co ukłony).

Tematy poruszone na szkoleniu w ciężkie i aktualne:

- Profilaktyka zakażeń u pacjentów oddziałów zabiegowych oraz
- Zakażenia w opiece zdrowotnej jako zdarzenia niepożądane; Koszty zakażeń; Wskaźniki jakości.

A największym bonusem dla wszystkich chętnych poszerzyć swoją wiedzę była osoba prelegenta: mgr Maria Ciuruś Specjalistka ds epidemiologii, wykładowca na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, autorka wielu podręczników dla pielęgniarek operacyjnych, guru wszystkich instrumentariuszek.

Wykład ciekawy, zakończony ważną dyskusją.



ZACZEPEK ETYCZNY

ETYKA SYTOŚCI

dr hab. Jarosław Barański - etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Sytość nie musi być terminem wyłącznie kulinarnym, a że dotyczy również zmysłu smaku, może być i estetycznym, a jako że poczucie sytości daje nam stan spokoju duszy – jest też moralnym terminem. Lubimy być syci, czy z powodu spożywanych dań, czy za sprawą wrażeń turystycznych albo uczuć namiętnych (i odwzajemnionych), syci powodzeniem, rozkoszą, bogactwem i czymkolwiek innym, co z obfitości pochodzi. Rzadko myślimy o niestrawności, która z nadmiaru się rodzi, a jeszcze rzadziej o zobojętnieniu, które przynosi obfitość.

Być może bierze się to pragnienie sytości – jak twierdził Platon – z pożądliwości, nad którą należy władać, nade wszystko rozumem, bo pożądliwość, „której jest najwięcej w duszy człowieka”, taką ma naturę, „że nie nasycą jej żadne skarby”.

Pragniemy więc owej sytości i dlatego jesteśmy nienasyчени, ale jeśli uwierzmy w to, że pełnia życia jedynie z sytości pochodzi, spotka nas historia mieszkańców Macondo z powieści „Sto lat samotności” Gabriela Marqueza, którzy zapadając na nieznaną chorobę zostali pozbawieni snu. Najpierw nie budziło to żadnego niepokoju, bezsenność bowiem przyjęto z radością: „Jeżeli nie będziemy spać, tym lepiej – mówił wesoło José Arcadio Buendía. – Tym więcej będziemy korzystali z życia”. Poczucie obfitości życia w dostępności czasu, który dotąd był limitowany snem, wprowadzało mieszkańców Macondo w stan euforii – jak w pobudzeniu narkotycznym, że teraz mogą więcej zrobić i przeżyć. A wtedy, gdy już wszystko było zrobione, gdy już wszystko zostało przeżyte – zobojętnieli: „Pracowali tak, że wkrótce nie mieli już nic

do zrobienia i o trzeciej nad ranem siedzieli z założonymi rękami, licząc nuty walca płynącego z grających zegarów”.

Choroba ta niosła kolejne symptomy – niepamięć. Objawiała się ona rozpadem związku znaku ze swym znaczeniem, znaczenia z przedmiotem oznaczanym. Pojęcia stały się pustymi dźwiękami, a pismo nic nieznaczącą bazgraniną. Na niewiele się zdało malowanie na przedmiotach ich nazw, oznaczanie w ten sposób zwierząt, bo trzeba było – wraz z postępującą chorobą – napisać ich przeznaczenie, czyli do czego służyć i jak z nich korzystać: »To jest krowa, trzeba ją doić co rano, żeby dawała mleko, a mleko trzeba zagotować, potem mieszać z kawą i zrobić kawę z mlekiem«. Przesyt życia pozbawił ich rozumienia słów i kryjącej się w nich rzeczywistości.



Przesyt lub chciwość sytości życia przynosi więc zobojętnienie – znużenie i ośpienie, także moralne, niestety. Rodzi brak wrażliwości na innych, czyli niepamięć na krzywdę innych, a nasycanie się metodycznym życiem nakłada gorset egocentryzmu, w którym braknie westchnienia nad cierpiącym człowiekiem. Jedynie własne cierpienie pozostaje, własnego niedosytu, za który łatwo można obwinąć kogokolwiek. A przesyt prowadzi wprost do sprzykrzania sobie życia i innym. Jak to Adam Krasiński w swoim słowniku napisał: „Przesyt jest nasycenie się czymś do tego stopnia, że jak po prostu mówią: i w gębę już nie lezie. Stąd w moralnym sensie sprzykrzenie sobie tego, czego kto zanadto, albo za długo używał”.

Choć – wydaje się – jest jedyne odstępstwo od zgubnego wpływu sytości. To sytość dobroczynności innym czyniona, to sytość sprawiedliwości innym zapewniona, to sytość życzliwości ku innym kierowana. Sytość moralna daje nam poczucie szczęścia, wtedy gdy przepelnieni jesteśmy dobroczynnością, sprawiedliwością i życzliwością ku innym adresowanym. Za sprawą własnego postępowania, które sprawia dobrodziejstwa innym, przesytu przeto nigdy nie odczuwamy ani znużenia, ani zobojętnienia.

I dodaje jeszcze jedno Jan Śniadecki: „Wszelako doświadczenie nas uczy, że co tylko jest zmysłowego i zwierzęcego w człowieku, wszystko go nasycy, a z sytością sprawuje nudę i odrazę: przeciwnie, wywieranie władz umysłowych na rozmyślanie i dociekanie prawdy, pociecha z wypełnionych obowiązków, napętnia nas trwałą i prawdziwą rozkoszą; więc sama konstytucja człowieka skazuje mu, gdzie jest rzetelne jego dobro i szczęście”.



NOWE ŚWIADCZENIE PORADA PIELĘGNIARSKA I POŁOŻNICZA

www.nipip.pl

Idziemy zgodnie z trendami światowymi – powiedziała Minister Józefa Szurek-Żelazko podczas dzisiejszego (25.02.) spotkania w Ministerstwie Zdrowia, które poświęcone było nowemu świadczeniu – poradzie pielęgniarstwa i położniczej w AOS i POZ.

Porada pielęgniarstwa i położnicza obowiązuje od 1 stycznia 2020 r. W ramach tej porady pielęgniarka, położna może udzielać samodzielnych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Nowe rozwiązanie to nie tylko szansa na poszerzenie kompetencji, a co za tym idzie zwiększenie samodzielności zawodowej pielęgniarki, położnej, ale również ułatwienie pacjentom dostępu do specjalistycznych świadczeń medycznych. Chodzi o usprawnienie systemu, poprawienie dostępu do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Zależy nam na tym, aby pacjent jak najszybciej uzyskał poradę specjalistyczną – podkreślała podczas spotkania Minister Józefa Szurek-Żelazko.

Nowe świadczenie jest osobno finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i udzielane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w następujących dziedzinach: chirurgia ogólna, kardio-

logia, diabetologia oraz przez położną w dziedzinie położnictwa i ginekologia.

Z punktu widzenia NFZ wprowadzenie porady pielęgniarstwa podyktowane jest ekonomią racjonalizacji systemu. Wprowadzenie takiego produktu jakim jest porada pielęgniarstwa poszerza grupy specjalistów, którzy daną usługę mogą świadczyć. NFZ przygląda się, czy jest zainteresowanie tą ofertą. Od nowego roku ponad 200 przychodni jest zainteresowanych tym świadczeniem. – powiedział Prezes NFZ Adam Niedzielski.

Porada poszerza zakres uprawnień zawodowych, które poprzez różne akty prawne, nabyły pielęgniarki, położne m. in.: samodzielne ordynowanie leków, wystawianie recept na leki oraz zlecenia na wyroby medyczne.

W ramach nowego świadczenia pielęgniarka, położna posiadająca wymagane kwalifikacje może przyjmować pacjentów, przeprowadzać badanie fizykalne, stawiać diagnozę, wystawiać recepty na leki lub zlecenia na wyroby medyczne, wypisywać skierowania na niektóre badania laboratoryjne. – Tak naprawdę pielęgniarki zawsze udzielały porad, robiły to w ramach swoich kompetencji, ale cała czynność

musiała być sankcjonowana przez lekarza. Zasada jest podstawowa – pierwsza wizyta musi odbyć się u lekarza a kolejna w gabinecie pielęgniarki. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, co do diagnozy czy terapii pielęgniarka powinna skonsultować się z lekarzem lub skierować do niego pacjenta. Nie chcemy zaburzać pracy lekarzom. – mówiła Prezes NRPIP Zofia Małas. – Takie odrębne świadczenie powinno zwiększyć samodzielność i niezależność pielęgniarek, położnych. To jest proces. Ale każda nowość wchodzi powoli.

Do konsultacji publicznych trafił projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczący porady pielęgniarstwa i położniczej realizowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Celem tej regulacji jest usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie pacjentom, zwłaszcza osobom starszym i niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń medycznych, które niekoniecznie muszą być wykonane przez lekarza. Minister Józefa Szurek-Żelazko zapowiedziała, że w połowie tego roku powinna być możliwość prawna, aby to świadczenie wprowadzić w poz.

Szanowni Państwo

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

zwraca się z uprzejmą prośbą o wsparcie działalności statutowej naszego Towarzystwa.

Jesteśmy Towarzystwem naukowym nasza działalność ma na celu
propagowanie dziedzictwa zawodu pielęgniarstwa.
Realizacja zadań statutowych wymaga nakładów finansowych.

SAM ZDECYDUJ CO ZROBISZ Z 1% SWOJEGO PODATKU

Wystarczy wypełnić w formularzu rocznego zeznania podatkowego (PIT) rubrykę „wniosek o przekazanie 1% podatku należnego na rzecz organizacji pożytku publicznego” są to trzy pola, w które należy wpisać

- pełną nazwę: POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE
- numer wpisu PTP do KRS: 0000065 610
- obliczoną równowartość 1% podatku należnego

PKO BP S.A. XV O/WARSZAWA, nr: 11 1020 1156 0000 7202 0050 1601

Serdecznie dziękujemy za wsparcie i życzliwość dla środowiska pielęgniarstwa.
Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Podziękowanie

Podziękowanie

Pragnę złożyć, serdeczne podziękowanie Personelowi Medycznemu Hospicjum Stacjonarnego w Będkowie za zaangażowanie, życzliwość oraz profesjonalną, troskliwą opiekę nad moją najukochańszą Mamą w ostatnich chwilach jej życia.

Dziękuję za troskę jaką zostaliśmy otoczeni, cierpliwość i zrozumienie ale przede wszystkim za ciepło i serdeczność z jaką spotkaliśmy się każdego dnia. Dziękuję za całą dobroć i okazane wielkie serce wszystkich pracowników Hospicjum mojej kochanej Mamie.

Jednocześnie chciałabym pięknie podziękować za nieocenione wsparcie i życzliwość zawodową Przewodniczącej DORPiP we Wrocławiu Pani Annie Szafran.

Dziękuję z całego serca!!!

Z wyrazami szacunku

Magdalena Świerzevska
córka Śp. Stanisławy Pokorskiej



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
we współpracy z Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

zaprasza do udziału
w XV Kongresie Pielęgniarek Polskich
Wrocław 2020

Termin: 21 – 23 maja 2020 r.

Miejsce: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże Ludwika Pasteura 1, 50-367 Wrocław

Opłaty za uczestnictwo w pierwszym terminie zgodnie z Uchwałą nr 41/XVII/2019 ZG PTP z dnia 25 września 2019 roku:

- uczestnik indywidualny - 430 zł
- członek PTP - 350 zł
- student - 150 zł
- członek Komitetu Organizacyjnego - 100 zł

Konto Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
BGŻ BNP Paribas

26 2030 0045 1110 0000 0409 0030

Tytuł przelewu: Kongres PTP 2020

Pełna rejestracja dostępna od 20 stycznia 2020 roku na stronie internetowej Kongresu.

*„Pamięć jest droższa od słów;
Pozostajesz na zawsze w sercach tych,
którzy Cię kochali; ”*

Koleżance, pielęgniarce

JOLI MAŁEK

dyspozytorce SDM w Legnicy
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci MAMY

składają :
Dyrekcja PR w Legnicy, Przełożony Pielęgniarek
oraz Koleżanki i Koledzy z Pracy.

*" Wszystko ma swój czas
i jest wyznaczona godzina na wszystkie
sprawy pod niebem."*

Księga Koheleta

Naszej koleżance

CZESI BABIAK

Wyrazy szczerzego współczucia i żalu po śmierci
MAMY

Składa:
oddziałowa wraz z całym zespołem
Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego
przy SCM w Strzelinie.

*„Jest taki ból, o którym nie trzeba nic mówić,
Bowień najlepiej wyraża go milczenie”*

Naszej Kierownik Działu Opiekuńczego

MAGDALENIE ŚWIERZEWSKIEJ

i Jej Rodzinie

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
Z powodu śmierci Mamy

Składają :
Koleżanki oraz pracownicy Domu Pomocy Społecznej
przy ul. Karmelkowej 25 we Wrocławiu

*„Niech się nie trwoży serce wasze.(...)
W domu Ojca mego jest mieszkań wiele.
Gdyby tak nie było, to bym wam powiedział.
Idę przecież przygotować wam miejsce.
A gdy odejdę i przygotuję wam miejsce,
przyjdę powtórnie i zabiorę was do siebie,
abyście i wy byli tam, gdzie Ja jestem.” (J 14,1-4)*

Niech te przepiękne słowa wypowiedziane
w chwili pożegnania.
Wyływające z serca, leczą smutek i będą otuchą
oraz wsparciem dla Pielęgniarki Oddziałowej

RENATY WĘGLARZ

i całej jej rodziny
po stracie ukochanego Taty

Zespół Klinicznego Oddziału Diabetologii
i Chorób Metabolicznych 4WSKzP we Wrocławiu

*Oczy matki wszystko widzące patrzą na urodziny,
patrzą przez całe życie i patrzą po śmierci z „ tamtego świata”.*
T.Różewicz

Naszej koleżance

KRYSTYNIE WRONIE

wyrazy szczerzego współczucia i słowa otuchy

W tak trudnych chwilach z powodu śmierci MAMY
składają koleżanki i koledzy i współpracownicy z RCKiK.

MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELEŃNIARKI I DZIEŃ POŁOŻNEJ.



Wrocław, 8 maj 2020 r.

godzina: 9⁰⁰ Msza św. w intencji pielęgniarek i położnych w Katedrze Wrocławskiej pod wezwaniem św. Jana Chrzciciela na Ostrowie Tumskim we Wrocławiu

godzina: 11⁰⁰ Strefa Kultury Wrocław, Impart, ul. Mazowiecka 17, Wrocław
Uroczyste wręczenie odznaczeń „BENE MERITUS” dla pielęgniarek i położnych
oraz
Spektakl Teatru Ocelot- Fundacja Wspierania Kultury
pt. „ Sen nocy letniej”- komedia Wiliama Szekspira.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY