

Iwona Woźniak
mgr pielęgniarstwa,
Wiceprzewodnicząca Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach,
Przewodnicząca Zespołu Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Zarządzie Oddziału w Katowicach,
Członek Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego Dojelitowego i Metabolizmu,
Główny Koordynator Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach

Relacja z VIII Konferencji naukowo-szkoleniowej „NOMED 2015”

W dniu 2.10.2015 po raz VIII spotkaliśmy się na Ogólnopolskiej konferencji naukowo-szkoleniowej „NOMED 2015” w Domu Lekarza w Katowicach.

Konferencja została zorganizowana pod patronatem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Zarządzie Oddziału w Katowicach, Zespołu Chirurgicznego i Transplantacyjnego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Zarządzie Oddziału w Katowicach oraz Samodzielny Publiczny Szpital im. A. Mielęckiego w Katowicach. Uroczystego otwarcia konferencji i przywitania uczestników dokonała Iwona Woźniak – przewodnicząca komitetu organizacyjnego.

Wystąpienia prelegentów obejmowały zagadnienia:

- **„Problemy zawodowe w pracy personelu pielęgniarского”** – mgr piel. Iwona Woźniak

(Wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Zarządzie Oddziału w Katowicach, Przewodniczącą Zespołu Chirurgicznego i Transplantacyjnego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Zarządzie Oddziału w Katowicach, Główny Koordynator Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego SPSK im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach)

W ostatnich kilkunastu latach na temat zawodu pielęgniarского z różnych powodów mówi i pisze się sporo. Wzrosło zainteresowanie zawodem pielęgniarki między innymi ze strony pacjentów, prawników, psychologów, socjologów i mediów.

Jakie problemy, oczekiwania i rozczarowania mają czynnie zawodowo pielęgniarki. Badania prowadzono metodą ankietową wśród 100 losowo wybranych czynnie zawodowo pielęgniarek w różnych placówkach medycznych zlokalizowanych w województwie Śląskim z poszczególnych oddziałów szpitalnych: hematologii, neurologii, geriatry, onkologii, ortopedii, chirurgii ogólnej, bloku operacyjnego, pulmonologii, gruźlicy i chorób płuc, interny, nefrologii, anestezjologii, izby przyjęć, pracowni endoskopii, poradni specjalistycznych oraz pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki z Domu Pomocy Społecznej.

Zdaniem ankietowanych do czynników denerwujących, uciążliwych w pracy można zaliczyć: niskie wynagrodzenia – 77%, przy brakach kadrowych obciążenie ponad miarę – 59%, nadmierne obciążenie czynnościami biurokratycznymi – 54%, prace transportowe związane z podnoszeniem pacjentów – 50%, prace transportowe związane z przenoszeniem pacjentów – 48%.

W miejscu pracy ankietowanych w 36% jest prowadzona polityka przychylności do osób podwyższających kwalifikacje, 23% uważa, że nie. Na szkolenie w czasie wolnym od pracy uczęszcza – 28%, podczas urlopu wypoczynkowego – 13%.

Obecny system liczenia zatrudnienia personelu pielęgniarского w oddziałach szpitalnych aż 81% oceniło negatywnie.

Do najczęstszych problemów zawodowych ankietowane wymieniły:

- braki personalne,
- obciążenie zbyt dużą ilością obowiązków,
- złą współpracą z lekarzami,
- ograniczenie sprzętu jednorazowego,
- niezrozumienie ze strony pracodawcy,
- niskie wynagrodzenia,
- brak współpracy z pielęgniarkami w wprowadzaniu nowości,
- przygotowywanie opisów do przetargów,
- braki finansowe w placówkach powodują braki odpowiednich środków opatrunkowych, dezynfekcyjnych, sprzętowych,
- brak wykwalifikowanej kadry pielęgniarского na dyżurach,

- brak do pomocy dodatkowego personelu- dietetycy, sanitariuszki,
- duże obciążenie psychiczne,
- wymuszanie przez lekarzy wykonywanie zleceń lekarskich telefonicznych bez wpisania w kartę zleceń,
- bóle kręgosłupa,
- obciążenie dokumentacją medyczną,
- brak czasu na wykonanie wszystkich zaplanowanych czynności,
- zła organizacja pracy w oddziałach z powodu różnego rodzaju braków.

- **„Aktualne zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym rekomendowane przez PTBB”** – dr n.med

Krystyna Jaworska (*Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPSK im. A. Mielęckiego ŚUM w Katowicach*)

Światowa Organizacja Zdrowia i międzynarodowe towarzystwa naukowe zajmujące się badaniem i leczeniem bólu podkreślają od lat, że dostęp do skutecznego leczenia bólu – niezależnie od jego rodzaju i przyczyny – jest jednym z praw człowieka, a walka z bólem jest etycznym obowiązkiem lekarza każdej specjalności. Właściwe postępowanie w leczeniu bólu pooperacyjnego pozwala zmniejszyć ryzyko powikłań okołoperacyjnych, skrócić czas hospitalizacji, zdecydowanie wpływa na samopoczucie pacjentów, oraz zmniejsza koszty leczenia. Pamiętając o definicji bólu i jego rodzajach, oceniamy jego siłę za pomocą dostępnych skal. Do leczenia bólu wykorzystujemy dostępne leki z grupy nieopiodowych jak i opioidów (słabych i silnych), pamiętając o zasadach ich łączenia. Obowiązujące zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym rekomendowane przez PTBB w proponowanym leczeniu uwzględniają podziały ze względu na rodzaj rozległości zabiegu oraz przewidywane natężenie bólu, jak również podkreślają rolę preanalgezji. Nadal niezwykle ważne jest budowanie świadomości wśród lekarzy i pielęgniarek, jak ważny jest to problem.

- **„Przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych – najnowsze sposoby leczenia i diagnostyki”** –

dr n.med Wojciech Mikusek (*Specjalista chirurgii ogólnej, specjalista angiolog, Katedra i Oddział Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Szpitala Klinicznego Nr.1 w Bytomiu*)

Z problemami przewlekłej niewydolności żylnych kończyn dolnych boryka się około 50 % Europejczyków. Z raportów wielu krajów Europy wynika, iż liczba ta stale rośnie. Mimo wzrostu zamożności, jaką osiąga nasza populacja, chorują coraz młodsze osoby. Aby ograniczyć skutki choroby, często wynikającej z predyspozycji genetycznych, możemy korzystać z dostępnej diagnostyki, jaką jest ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych i wdrażać odpowiednie leczenie. W ostatnich latach dokonał się ogromny postęp w leczeniu choroby żyłkowej kończyn dolnych. Dzięki technikom endowaskularnym, w tym ablacji laserowej, ablacji z wykorzystaniem fal radiowych, ablacji chemicznej, ablacji mechano-chemicznej naczyń, leczenie stało się znacznie mniej inwazyjne i bezpieczniejsze. Techniki te zostały rekomendowane przez europejskie gremia naukowe jako leczenie podstawowe, spychając klasyczne, chirurgiczne sposoby leczenia na plan dalszy. W profilaktyce niewydolności żylnych kończyn dolnych ogromną rolę odgrywają nasze zachowania prozdrowotne, w tym, wysoka aktywność ruchowa, prawidłowa dieta i utrzymanie odpowiedniej wagi ciała. Najważniejszym jednak elementem, szerokiej profilaktyki i leczenia wszystkich postaci przewlekłej niewydolności żylnych kończyn dolnych, jest stosowanie wyrobów kompresyjnych w różnym stopniu ucisku, w zależności od zaawansowania choroby.

- **„Nefropatia pokontrastowa”** – mgr piel. Anna Kliś (*Specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego, Brand*

Ambassador Polska Europejskiego Towarzystwa Pielęgniarek Dializacyjnych i Transplantacyjnych (EDTNA/ERCA) Zastępca Przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Nefrologicznych, Pielęgniarka Oddziałowa Stacji Dializ, Szpital Wojewódzki Bielsko – Biala)

W ostatnich latach postęp w zakresie kardiologii inwazyjnej poprzez znaczne zwiększenie ilości koronarografii i zabiegów na naczyniach tętniczych z użyciem środków kontrastowych, szczególnie u osób w starszym wieku z licznymi chorobami przewlekłymi, przyczynił się do wzrostu liczby pacjentów z pokontrastowym uszkodzeniem nerek, co wiąże się ze wzrostem ryzyka zgonu, wydłuża czas hospitalizacji oraz zwiększa koszty leczenia.

Nefropatia pokontrastowa (CIN, *contrast-induced nephropathy*), ostre uszkodzenie nerek indukowane środkami kontrastowymi (CIAKI, *contrast-induced acute kidney injury*) stanowi trzecią co do częstości przyczynę ostrego uszkodzenia nerek u pacjentów hospitalizowanych. Jednak częstość występowania u osób z prawidłową funkcją nerek wynosi poniżej 2%.

Nefropatia pokontrastowa – ostre uszkodzenie nerek po donaczyniowym podaniu środka kontrastowego u pacjentów bez wcześniej rozpoznanej choroby nerek lub znaczne pogorszenie czynności nerek u osób z wcześniej rozpoznaną chorobą nerek. Typowo wzrost poziomu kreatyniny obserwuje się 24- 48 godz. po ekspozycji, szczyt w 3 –5 dobie, z powrotem do wartości wyjściowych w 7- 10 dobie.

Rozpoznanie jest utrudnione ze względu na brak wyraźnych objawów klinicznych i skąpomoczu. Aktualnie naukowcy koncentrują się na doskonaleniu postępowania diagnostycznego oraz próbach opracowania skutecznych protokołów postępowania profilaktycznego. Do czynników ryzyka zalicza się przewlekłą chorobę nerek i cukrzycę oraz rodzaj i dawkę środka kontrastowego, sposób podania substancji kontrastowej oraz powtarzalność zabiegu w krótkich odstępach czasu. W postępowaniu profilaktycznym największą wartość ma adekwatne dożylnie nawodnienie chorego, stosowanie niskoosmolalnych i izoosmolalnych środków cieniujących oraz acetylocysteiny. Stosowanie doustnej płynoterapii ze względu na brak wystarczających danych nie jest zalecane.

Istotny element opieki nad pacjentem z nefropatią pokontrastową stanowi uważna obserwacja i monitorowanie stanu pacjenta, zwłaszcza czynności nerek.

- **„Automatyczne pomiary funkcji życiowej w łóżkach szpitalnych”** – Paulina Sulecka- Adamek (*Project Manager Firma Famed, Żywiec*)

Łóżka szpitalne stanowią jedno z podstawowych narzędzi medycznych na szpitalnej sali chorych służących leczeniu, pielęgnacji i prowadzeniu odpowiedniej terapii. To w nim pacjent spędza długie godziny, przez co jest narażony na pojawienie się odleżyn oraz zaburzeń funkcji poszczególnych układów, w tym: układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, mięśniowego, pokarmowego. Aby minimalizować powikłania związane z długotrwałym leżeniem, a zarazem wspomagać proces leczenia i usprawniać pracę personelu medycznego, nowoczesne łóżka szpitalne wyposażone są w szereg funkcji i udogodnień. Innowacją w tej dziedzinie jest natomiast połączenie zalet nowoczesnego łóżka z korzyściami płynącymi ze stałego, bezinwazyjnego nadzoru nad stanem zdrowia pacjenta. Integracja łóżka szpitalnego z systemem automatycznego pomiaru funkcji życiowych nowej generacji pomaga reagować na pojawiające się zmiany w stanie klinicznym pacjenta z odpowiednim wyprzedzeniem. Umożliwia to sprawnie podejmowanie decyzji, wdrażanie stosownych działań i procedur medycznych w odpowiednim czasie, prowadzące do ograniczenia liczby niekorzystnych zdarzeń i możliwych powikłań. Rozwiązanie to pozwala właściwie i efektywnie pełnić opiekę nad pacjentem. A w rezultacie prowadzi do poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej, stanowiąc o jej nowoczesności i skuteczności.

- **„Opieka pielęgniarska nad żywym dawcą nerki przed i po zabiegu transplantacji”** – mgr piel. Grażyna Kaczmarek (*Specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego, Koordynator przeszczepienia narządów, Stacja dializ we Fresenius Nephrocare, Wrocław*)

Przeszczepienie nerki pobranej od żywego dawcy uznawane jest za najlepszą metodę leczenia schyłkowej niewydolności nerek. W Polsce ten typ leczenia stosowany jest głównie u dzieci, dla których dawcami są rodzice, choć polskie uwarunkowania prawne pozwalają osobom dorosłym, również niespokrewnionym, na oddanie narządu. Od niedawna w naszym kraju wykonywane są przeszczepienia krzyżowe oraz łańcuchowe, które należy różnicować z przeszczepieniami typu „domino”, popularnymi w wielu krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych. Przeszczepienie nerki pobranej od dawcy żywego to metoda osadzona nie tylko w realiach prawnych danego kraju, istotne są również aspekty społeczne, kulturalne, religijne i psychologiczne. Na złożoność uwarunkowań społeczno-kulturowych nakładają się obwarowania medyczne- wskazania i przeciwwskazania do zastosowania metody, leżące zarówno po stronie biorcy jak i dawcy narządu. Każdy z tych aspektów wymaga indywidualnego rozpoznania i rozpatrzenia przez zespół transplantacyjny, w skład którego wchodzi pielęgniarki transplantacyjne, dializacyjne, operacyjne, chirurgiczne, nefrologiczne. W naszym systemie opieki nad dawcą funkcjonują koordynatorzy transplantacji, z wydzieloną grupą koordynatorów dedykowanych dawcom żywym. Wielu koordynatorów rekrutowanych jest właśnie spośród personelu pielęgniarskiego.

Przygotowanie żywego dawcy nerki jest wieloetapowe. Identyfikacja, kwalifikacja, przygotowanie do zabiegu operacyjnego, zabieg pobrania narządu, opieka pooperacyjna, a także opieka długoterminowa nad dawcą nerki wymagają od zespołu pielęgniarskiego ogromnej wiedzy, zaangażowania i determinują szereg obowiązków. Opieka pielęgniarska na każdym z tych etapów wymaga rozpoznania problemów pacjenta, określenia celów działania i zaplanowania postępowania zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Aktualizacja tej wiedzy jest obowiązkiem całego zespołu transplantacyjnego. Ostatnie dekady przyniosły wiele zmian w transplantologii- unowocześnienie technik chirurgicznych, wprowadzenie nowych leków immunosupresyjnych, poprawę diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej. Ponadto uświadomiły nam, że rzetelna, profesjonalna opieka pielęgniarska na każdym etapie transplantacji jest niezbędna i ma wpływ na odległe wyniki przeszczepienia.

- **„Odpowiedzialność cywilna lekarzy za błąd w sztuce lekarskiej”** – Paweł Mróz, Paulina Milewska
(*Studenci Wydziału Prawa Uniwersytetu Śląskiego, członkowie koła naukowego Prawa Medycznego UŚ oraz Studenckiej Poradni Prawnej Wydziału Prawa i Administracji, Uniwersytet Śląski, Katowice*)

Polski ustawodawca nie zdecydował się na prawne unormowanie, funkcjonującego w języku prawniczym, pojęcia błędu medycznego. Stanowisko w tym zakresie zostało jednak wypracowane przez orzecznictwo oraz doktrynę. Zgodnie bowiem z orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r. (sygn. akt IV CR 39/54) wynika, iż błędem w sztuce lekarskiej jest działalnie lub zaniechanie lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Wyjaśnienie zakresu pojęciowego błędu medycznego ma istotne znaczenie ze względu na ustalenie oraz przypisanie odpowiedzialności cywilnej osobie reprezentującej zawód medyczny (bądź zakładowi leczniczemu zatrudniającej taką osobę), która poprzez swoje zachowanie przyczyniła się do powstania szkody (w rozumieniu prawa cywilnego) na dobrach pacjenta. Ujęcie problematyki błędu w sztuce medycznej jest równie ważne z tego względu, iż nie każdy błąd jest bezprawny, a w konsekwencji subiektywnie zawiniony. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których błędne postawienie diagnozy wynika z usprawiedliwionych przesłanek polegających na pojawieniu się zjawisk typowych dla danej choroby, ale tej choroby nie potwierdzających. W wyroku z 8 XII 1970 r. (II CR 543/70) Sąd Najwyższy stwierdził, że brak jest podstaw odpowiedzialności lekarza w sytuacji, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami. Od lekarza nie można bowiem wymagać nieomyślności, natomiast powstrzymanie go przed podejmowaniem decyzji co do sposobu leczenia w sytuacjach wątpliwych (zwłaszcza gdy chodzi o środki nie stwarzające niebezpieczeństwa dla zdrowia), z pewnością nie leży w interesie pacjentów. Tematem wystąpienia było ujęcie problematyki błędu w sztuce medycznej jako pozytywnego warunku ustalenia odpowiedzialności cywilnej, a także wskazanie pozostałych przesłanek odpowiedzialności cywilnej lekarzy związanej z działaniem lub zaniechaniem niezgodnym z powszechnie znaną oraz dostępną wiedzą medyczną.

- **„Przejawy nowoczesnego zarządzania w jednostkach ochrony zdrowia”** – dr Grzegorz Głód (*Prodziekan Wydziału Ekonomii, Katedra Przedsiębiorczości i Zarządzania Innowacyjnego, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach*)

Zastosowanie nowoczesnych metod zarządzania w procesie budowania przewagi konkurencyjnej odgrywa coraz większą rolę we współczesnych organizacjach. Aspekt ten dotyczy również tych sektorów gospodarki, które nie było dotąd poddawane twardym regułom gry rynkowej. W polskich warunkach przykładem takiego sektora jest sektor ochrony zdrowia, w którym podmioty muszą poszukiwać czynników wpływających na wzrost własnej konkurencyjności. Kluczowa w tym zakresie wydaje się rola menedżera, który w pewnej mierze powinien być przedsiębiorcą, ale uwarunkowania prawne ograniczają często jego rolę do zwykłego administrowania. Kwestią otwartą pozostaje fakt na ile uwarunkowania funkcjonowania tych jednostek są realną przeszkodą we wdrażaniu rozwiązań przedsiębiorczych, a na ile dobrym wytłumaczeniem dla niektórych menedżerów-administratorów. Przeprowadzone przez autora badania w ramach grantu finansowego z NCN dotyczące pomiaru i uwarunkowań rozwoju przedsiębiorczości w warunkach publicznych jednostek ochrony zdrowia w Polsce wskazują między innymi na istotną rolę zmiennych opisujących strukturę i styl zarządzania dla osiągniętych przez badane organizacje efektów (finansowych i niefinansowych). Oczywiście każdy menedżer jednostki ochrony zdrowia musi poprowadzić proces zarządzania biorąc pod uwagę warunki wewnętrzne i zewnętrzne jakim podlega jego jednostka, gdyż gotowych recept w tym zakresie nie ma. Można natomiast wskazać na zbiór sprawdzonych prostych zasad analizy, które należy umiejętnie stosować i stopniowo doskonalić w procesie ich wdrażania na poziomie zarządzania strategicznego i operacyjnego.

- **„Zaburzenia hormonalne u pielęgniarek pracujących w trybie zmianowym”** – mgr piel. Aneta Trzcńska
(Sekretarz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Nefrologicznych, Członek (EDTNA/ERCA) Europejskiego
Towarzystwa Pielęgniarek Dializacyjnych i Transplantacyjnych, Zastępca Przewodniczącej Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarek Nefrologicznych, Sekretarz Zarządu PTP Oddziału Śląskiego, Członek Zespołu ds.
Pielęgniarstwa Nefrologicznego przy OIPIP w Katowicach, Wykładowca w Zakładzie Propedeutyki, Katedra
Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach)

Praca zmianowa, szczególnie w zawodzie pielęgniarki wiąże się z dużymi zaburzeniami rytmu okołodobowego, a co za tym idzie zaburzeniami w wydzielaniu hormonów. Najważniejszym hormonem regulującym cykl dobowy jest melatonina, a głównym czynnikiem regulującym jej wydzielanie jest ekspozycja na światło. Melatonina ma z kolei wpływ na zmniejszenie wydzielania hormonu obniżającego apetyt – leptyny i stymuluje wydzielanie hormonu zwiększającego apetyt – greliny.

Celem pracy było określenie zaburzeń hormonalnych i ich wpływu na powstawanie nadwagi i otyłości u pielęgniarek pracujących w trybie zmianowym. Próba oceny skali problemu w odniesieniu do grupy pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym.

Badaniami objęto 186 pielęgniarek pracujących w trybie zmianowym i 145 pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i autorski kwestionariusz ankiety oraz dokonano analizy dokumentacji medycznej. W grupie badanych pielęgniarek: 21 (15%) pielęgniarek nie zgłaszało żadnych objawów mogących sugerować zaburzenia hormonalne. Dolegliwości natomiast odnotowano: zaburzenia snu u 79 (65,8%), zaburzenia perystaltyki jelit - 51 (42,5%), nadwaga (BMI 25-30) - 48 (40%), niedoczynność tarczycy – 39 (32,5%), zaburzenia cyklu miesięczkowego – 37 (30,8%), choroba wrzodowa żołądka – 27 (22,5%), nadciśnienie tętnicze uwarunkowane hormonalnie – 26 (21,6%), depresja – 18 (15%), otyłość (BMI>30) – 16 (13,4%), nadczynność tarczycy – 11 (9,6%), problemy z zajściem w ciążę – 8 (6,7%), cukrzyca – 7 (5,9%), nerwica – 6 (5%). Grupa zawodowa pielęgniarek jest jedną z najbardziej narażonych na negatywne skutki pracy zmianowej i nocnej. Zaburzenia hormonalne wynikające z zachwiania/braku rytmu okołodobowego stanowią poważny problem w grupie zawodowej pielęgniarek – dotyczą 85% badanej grupy.

Wśród uczestników nie zabrakło przedstawicieli firm medycznych corocznie wspierających nas w organizacji konferencji. Na stoiskach firmowych dostępne były ulotki informacyjne i materiały reklamowe.

Serdecznie dziękuję wszystkim prelegentom za przygotowanie swoich wystąpień oraz sponsorom konferencji. Zapraszam na kolejną IX konferencję, która odbędzie się w 7.10.2016 roku.

Iwona Woźniak