



ISSN 1898-9519

BIULETYN

INFORMACYJNY

*Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

Nr 1 / 81 / 2012



**BIULETYN INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca: OIPIP w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska
tel. : 83 342 86 28; tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail: oiipbp@poczta.onet.pl
www.oiipbp.pl

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Czynne pon. - pt. 8⁰⁰-16⁰⁰

INFORMATOR OIPIP:

W biurze OIPIP dyżury pełnią:
Radca Prawny
mgr Irena Hołubowicz
czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej Pielęgniarek i Położnych
mgr Janina Dziedzic-Płanda
I i IV poniedziałek miesiąca, godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek
i Położnych Agnieszka Czekiel
I środa miesiąca w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

**Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:
BANK SPÓŁDZIELCZY
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010**

Rada Programowa Biuletynu

dr n. med. Aneta Stanisławek
mgr Barbara Cydejko
mgr Dorota Fedoruk
mgr Elżbieta Macech

Redakcja Biuletynu:

Elżbieta Celmer vel Domańska,
Ilona Bilko, Iwona Denicka, Joanna Głowacka,
Anna Olesiejuk, Danuta Pawlik

Druk: Zakład Poligraficzny
tel. (83) 342 03 53, (83) 343 51 51

Spis treści

Od redakcji.....	1
 Uchwały ORPiP.....	2
 Kalendarium OIPIP.....	5
 Uchwały i stanowiska NRPiP.....	10
 Informacje.....	15
 Opinie konsultantów.....	25
 Dział prawny.....	29
 Kształcenie podyplomowe.....	30
 Referaty.....	34
 Z żałobnej karty.....	42

ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

Koleżanki, koledzy pielęgniarki i położne jeżeli chcecie złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje, zamieścić prace własne - NAPISZCIE - my wydrukujemy.

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie prawo skracania przesłanych tekstów .

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).

OIPIP nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.

Jaką miarą mierzyć człowieka?

Czy mierzyć go miarą sił fizycznych, którymi dysponuje?

Czy mierzyć go miarą inteligencji, którą sprawdza się poprzez wielorakie testy czy egzaminy?

Człowieka trzeba mierzyć miarą „serca”.

Jan Paweł II

*Przemówienie do młodzieży akademickiej zgromadzonej przed Kościołem Św. Anny,
Warszawa, 3 czerwca 1979r.*

Szanowni Państwo,

Przemiany zachodzące w życiu społecznym, zawodowym a także rodzinnym nie dają zapomnieć o dość często przytaczanym powiedzeniu „obyś żył w ciekawych czasach”.

Czas mamy ciekawe, ale niestety wciąż nacechowane niepokojem.

Zapisy ustawy o działalności leczniczej oraz pojawiające się nowe akty wykonawcze do wspomnianej ustawy rodzą wiele obaw. Pojawiają się pytania: „czy szpital przekształci się w spółkę prawa handlowego”, „jakie mogą być formy zatrudnienia pielęgniarek, położnych”, „na jakich warunkach mogą być zatrudniane pielęgniarki i położne”. Na przytoczone pytania nie znamy dziś odpowiedzi. Pojawia się również dylemat na płaszczyźnie prawnej, jak i z punktu praktycznego wykonywania zawodu. Niestety warunki pracy oraz płaca otrzymywana przez pielęgniarki i położne, w niektórych placówkach ochrony zdrowia z terenu działania naszej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych – pozostawiają wiele do życzenia. Patrząc na sytuację naszego środowiska w skali kraju: w marcu br. odbyły się akcje protestacyjne, a koleżanki w Koninie wybrały formę najbardziej obciążającą tj. głodówkę.

Zmiany w zakresie podwyższenia granicy wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn, są w ocenie naszego środowiska zawodowego, zmianami nie możliwymi do zaakcentowania. Powyżej 60 roku życia znacznemu obniżeniu ulegają zarówno sprawność fizyczna, jak i psychiczna człowieka. Osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej nie będą w stanie, w wieku 67 lat, realizować swoich obowiązków z należytą starannością. W pełni odpowiedzialności za podejmowane przez siebie czynności związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki, położnej uważamy, iż powyższe okoliczności rodzą poważne ryzyko dla życia i zdrowia pacjentów.

Cieszy natomiast fakt, że tak wielu członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej podnosi swoje kwalifikacje, w różnych formach kształcenia podyplomowego. Z myślą o wspieraniu tych przedsięwzięć Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych VI kadencji wprowadziła korzystne zmiany w regulaminie refundacji kosztów kształcenia.

Zachęcam do lektury pierwszego w roku 2012 Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

*Z okazji Świąt Wielkiej Nocy życzę Państwu pokoju wewnętrznego,
wiele radości, miłości i wiary,*

*oraz tego by fakt Zmartwychwstania Pańskiego dodał nadziei
i otuchy w każdym trudzie dnia codziennego.*



Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej

XXVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

W dniu 21 marca 2012 r. odbył się XXVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Na zjeździe Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – Elżbieta Celmer vel Domańska oraz Przewodniczące Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych: Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Anna Kaliszuk, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – Janina Dziejcz-Płanda, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych – Agnieszka Czekiel złożyły sprawozdania z działalności za okres listopad 2011 – marzec 2012. Zebrani delegaci bardzo aktywnie uczestniczyli w dyskusji, zgłoszono wiele wniosków do realizacji. Komplet materiałów zjazdowych zostanie zamieszczony w następnym numerze naszego pisma.

W zjeździe jako gość z ramienia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uczestniczyła Pani Sekretarz Joanna Walewander, która odczytała list Pani Prezes NRPiP Grażyny Rogali – Pawelczyk.

Treść listu prezentujemy poniżej.



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 20 marca 2012 r.

Pani
Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Rok 2011 to czas szczególny, zaczęła się kolejna, szósta kadencja samorządu pielęgniarek i położnych, a co za tym idzie, nastąpił sezon corocznych okręgowych zjazdów – najistotniejszych wydarzeń w funkcjonowaniu naszej zawodowej samorządności.

Szanowni Delegaci, najznamienitsze Osoby reprezentujące zawody pielęgniarki i położnej w dniu dzisiejszym będziecie ustalać ramy działalności na najbliższy rok, Określicie Państwo priorytety i wskażecie na to, co jest najważniejsze do wykonania w najbliższym czasie. Odniesiecie się Państwo do zagadnień poruszanych przez Delegatów VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, który potwierdził, że nasza ponad trzystutysięczna organizacja ma niekwestionowany udział w realizacji zadań ochrony zdrowia. Zjazd podsumował cztery lata działalności samorządu oraz wyznaczył kierunki działań na kolejną kadencję. Wybór mnie na stanowisko prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek to dowód wielkiego zaufania ale też zobowiązanie wobec całego środowiska zawodowego. Przed nami cztery lata wyjątkowej pracy na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych. Na początku nowej kadencji pragnę podzielić się z Państwem przemyśleniami na temat kierunków działań naszego samorządu.

Pielęgniarki, położne, pielęgniarze świadomie i odpowiedzialnie wykonujący swoją pracę, wiedzą, jak bardzo podniósł się poziom profesjonalizmu w stosunku do okresu sprzed dwudziestu, a nawet dziesięciu lat. Ten rozwój jest odpowiedzią na potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Ustawiczne zmiany to jedyna, ale niezwykle trudna droga w pielęgniarstwie. Dzisiaj pielęgniarka, czy położna to samodzielny profesjonalista, ale i członek zespołu interdyscyplinarnego. Posiadamy gruntowne wykształcenie ogólne i specjalistyczne, znamy zagadnienia medycyny, pielęgniarstwa, psychologii, a także zarządzania, prawa. Z mocy prawa ponosimy odpowiedzialność za planowanie, wykonywanie i ocenę opieki pielęgniacyjnej w zakresie zachowania i umacniania zdrowia, zapobiegania chorobie, pielęgnowania w chorobie i w okresie rehabilitacji.



Nie ma wątpliwości, że najbliższe lata przyniosą wiele zmian w organizacji opieki zdrowotnej. Co za tym idzie, przed samorządem stoi ważne zadanie w zakresie określenia miejsca i roli pielęgniarki, położnej w nowym systemie ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę jej faktyczne wysokie i profesjonalne przygotowanie zawodowe.

W związku z tym, w najbliższym czasie ważną sprawą dla pielęgniarek i położnych będzie dokonanie analizy i opisów kompetencji, wskazania stanowisk pracy, które powinny znajdować się tylko w gestii pielęgniarki, czy położnej oraz określić standardy opieki, które powinny stanowić podstawę zatrudniania pielęgniarek.

Szczegółnej uwagi samorządu wymaga cały obszar podstawowej opieki zdrowotnej, kwestia podmiotu świadczącego usługi zdrowotne, samodzielności pielęgniarek i położnych oraz ich miejsca w tym systemie. Szczególnym miejscem, gdzie nasilają się problemy zarządzania i realizacji praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych są procedury kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Pojawiają się tu takie zjawiska jak nieuczciwa konkurencja, obniżanie prestiżu i zaufania do konkurencyjnych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych przez pielęgniarki i położne. Są to problemy, z którymi będziemy musieli się zmierzyć w tej kadencji.

Innym, niezwykle ważnym obszarem działania samorządu będzie uporządkowanie systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, poprzez stworzenie takich warunków pracy i płacy, aby odpowiadały posiadanym umiejętnościom i wiedzy uzyskanej w trakcie kształcenia i podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Jako samorząd będziemy nadal dążyć do tego, aby kształcenie tych profesjonalistów dla potrzeb ochrony zdrowia było efektywne, aby ten system był wymierny i adekwatny do potrzeb kadrowych podmiotów zatrudniających pielęgniarki i położne.

Na progu nowej kadencji życzę Państwu, aby najbliższe lata przyniosły mniej frustracji, a więcej powodów do zadowolenia. Życzę, abyśmy mieli poczucie satysfakcji uczestnicząc w stałym rozwoju i wzmocnieniu naszych zawodów. Aby umacniała się w nas duma, że jesteśmy polskimi pielęgniarkami położnymi, które są cenione w kraju i w Europie.

Jeszcze raz dziękuję, że powierzyliście mi Państwo misję kierowania Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Samorząd jest silny siłą izb okręgowych - to nie tylko slogan. Szczerze w to wierzę, że moja siła jest w Was. To izby okręgowe stanowią istotę samorządu i od tego, jaka będzie kondycja poszczególnych izb, a przez to każdej pielęgniarki, położnej - taka będzie kondycja samorządu. Liczę, że wspólnie doprowadzimy do tego, że uda nam się osiągnąć sukces w kreowaniu nowoczesnego, profesjonalnego pielęgniarstwa.

Prezes

Grażyna Rogala-Pawelczyk

Zjazd w obiektywie







Kalendarium OIPiP w Białej Podlaskiej

09.12.2011	Przeprowadzenie konkursu na stanowisko Oddziałowej Oddziału Położniczo - Ginekologicznego WSzS w Białej Podlaskiej.
09.12.2011	Warsztaty edukacyjne – Masaż niemowlęcia – przy współpracy z firmą PELARGOS.
13.12.2011	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
13.12.2011	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
15.12.2012	Warsztaty „Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości” w Międzyrzeczu Podlaskim.
03-05.01.2012	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – uczestniczyła Przewodnicząca Elżbieta Celmer vel Domańska
03.01.2012	Posiedzenie Komisji Informacyjnej OIPiP.
10.01.2012	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
11.01.2012	Posiedzenie Komisji Informacyjnej i Rady Programowej biuletynu OIPiP.
16.01.2012	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
18.01.2012	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
20-21.01.2012	Symposium naukowe „Zdrowie kobiety” – uczestniczyły: Elżbieta Celmer vel Domańska, Ilona Bilko, Krystyna Bunia, Urszula Celińska, Barbara Doroszuk.
31.01.2012	Spotkanie Komisji ds. Położnictwa OIPiP.
31.01.2012	Spotkanie Komisji ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego OIPiP.
10.02.2012	Egzamin po przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
10.02.2012	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
14.02.2012	Udział Elżbiety Celmer vel Domańskiej w uroczystości wręczenia Certyfikatu Akredytacyjnego WSzS w Białej Podlaskiej.
14.02.2012	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
15.02.2012	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
16.02.2012	Warsztaty „Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości”.
16.02.2012	Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Białej Podlaskiej.
01.03.2012	Kontrola OIPiP przeprowadzona przez Okręgową Komisję Rewizyjną.
06.03.2012	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
07.03.2012	Przeprowadzenie konkursu na stanowisko Naczelnej SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim.
07.03.2012	Warsztaty „Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości”.
09.03.2012	Warsztaty edukacyjne - „Rehabilitacja niemowlęcia”; Noworodek i niemowlę w domu – jakich rad udzielisz matce?” przy współpracy z firmą PELARGOS.
13.03.2012	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
14.03.2012	Warsztaty „Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości”.
21.03.2012	XXVI Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
26.03.2012	Posiedzenie Komisji Informacyjnej OIPiP.

27-
29.03.2012

Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – uczestniczyła Przewodnicząca Elżbieta Celmer vel Domańska.

Uchwały podjęte podczas posiedzeń ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp	Numer i tytuł uchwały
1.	<i>Uchwała Nr 8/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2012.</i>
2.	<i>Uchwała Nr 9/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie korekty planu budżetowego na rok 2011 oraz zatwierdzenia prowizorium budżetowego na pierwszy kwartał 2012 roku.</i>
3.	<i>Uchwała Nr 10/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie powołania Rady Programowej Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.</i>
4.	<i>Uchwała Nr 11/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie zamówienia prenumeraty czasopism i zakupu książek do biblioteki Okręgowej Izby oraz zamówienia prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” dla członków Okręgowej Rady, Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2012.</i>
5.	<i>Uchwała Nr 12/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie przedłużenia umowy oraz zmiany wynagrodzenia księgowej zatrudnionej na umowę zlecenia.</i>
6.	<i>Uchwała Nr 13/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie przedłużenia umowy oraz zmiany wynagrodzenia Radcy Prawnego zatrudnionego na umowę zlecenia.</i>
7.	<i>Uchwała Nr 14/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie przedłużenia umowy zlecenia na sprzątanie biura.</i>
8.	<i>Uchwała Nr 15/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie zatrudnienia asystenta do spraw rejestru pielęgniarek i położnych.</i>
9.	<i>Uchwała Nr 16/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie zawarcia umowy zlecenia na doraźne usługi informatyczne.</i>
10.	<i>Uchwała Nr 17/VI/2012 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 6 marca 2012r. w sprawie zmiany Regulaminu Refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.</i>
11.	<i>Uchwała Nr 18/VI/2012 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 6 marca 2012r. w sprawie zasad wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Białej Podlaskiej.</i>
12.	<i>Uchwała Nr 19/VI/2012 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 6 marca 2012r. w sprawie sfinansowania kosztów konferencji z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.</i>
13.	<i>Uchwała Nr 20/VI/2012 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 6 marca 2012r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. /kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo pediatryczne/</i>

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp	Numer i tytuł uchwały
1.	<i>Uchwała Nr 9/VI/11 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie skierowania absolwentki Medycznego Studium Zawodowego w celu odbycia stażu podyplomowego.</i>



2.	<i>Uchwała Nr 10/VI/11 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i wydania zaświadczenia.</i>
3.	<i>Uchwała Nr 11/VI/11 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.</i>
4.	<i>Uchwała Nr 12/VI/11 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych /Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Nr 01/11)/</i>
5.	<i>Uchwała Nr 13/VI/11 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych / Edukator w cukrzycy (Nr 02/11)/</i>
6.	<i>Uchwała Nr 14/VI/11 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych /EKG/</i>
7.	<i>Uchwała Nr 15/VI/11 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Katarzynie Kucharskiej.</i>
8.	<i>Uchwała Nr 16/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego.</i>
9.	<i>Uchwała Nr 17/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.</i>
10.	<i>Uchwała Nr 18/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i wydania zaświadczenia</i>
11.	<i>Uchwała Nr 19/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.</i>
12.	<i>Uchwała Nr 20/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie zakupu skanera do biura OIPiP w Białej Podlaskiej.</i>
13.	<i>Uchwała Nr 21/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie zakupu kolorowej koparki do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.</i>
14.	<i>Uchwała Nr 22/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie zakupu i montażu paneli podłogowych w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.</i>
15.	<i>Uchwała Nr 23/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.</i>
16.	<i>Uchwała Nr 24/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 15 lutego 2012r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.</i>
17.	<i>Uchwała Nr 25/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 15 lutego 2012r. w sprawie wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.</i>
18.	<i>Uchwała Nr 26/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 15 lutego 2012r. w sprawie uchylecia uchwały Nr 9/VI/11 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 13 grudnia 2011r. w sprawie skierowania absolwentki Medycznego Studium Zawodowego w celu odbycia stażu podyplomowego.</i>

Na podstawie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej dokonano:

- 5 stwierżeń prawa wykonywania zawodu (4 pielęgniarki i 1 położna),
- 8 wpisów pielęgniarek i 3 położnych do rejestru pielęgniarek i położnych,
- 4 skreśleń z rejestru pielęgniarek.
- 1 wpisu dotyczącego zaprzestania wykonywania zawodu na czas nieokreślony.

Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP w Białej Podlaskiej



Załącznik do Uchwały Nr 17/VI/2012
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej z dnia 6 marca 2012r

**Regulamin
refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego
członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej**

Przepisy wstępne

§ 1

1. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej podnoszący kwalifikacje zawodowe w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa ma prawo ubiegać się o częściową refundację poniesionych kosztów z tego tytułu.
2. Wysokość funduszu przeznaczanego na dofinansowanie kształcenia określa, na każdy rok kalendarzowy, uchwała budżetowa Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.
3. Dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego może być zawieszona w chwili wykorzystania środków budżetowych w danym roku kalendarzowym a zobowiązania finansowe przeniesione do realizacji na rok kolejny.

§ 2

1. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, który ubiega się o otrzymanie refundacji winien złożyć do Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego wniosek o refundację, nie później niż 2 miesiące po zakończeniu kształcenia.
2. Decyzję o przyznaniu lub odmowie refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego podejmuje Komisja na podstawie Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej.
3. Wnioski o dofinansowanie Komisja rozpatruje raz w miesiącu.
4. Zaopiniowane przez Komisję wnioski przekazane są do zatwierdzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
5. Wnioski składane są w biurze Izby osobiście lub korespondencyjnie, gdzie również można uzyskać informacje o podjętej decyzji.
6. Jeżeli wniosek jest wypełniony nieczytelnie lub zawiera braki formalne wzywa się wnioskodawcę do uzupełnienia lub poprawienia wniosku w terminie 7 dni od daty otrzymania pisma. Wniosek, którego braków wnioskodawca nie uzupełnił w w/w terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Wzór wniosku stanowi załącznik do uchwały zatwierdzającej niniejszy regulamin.

Warunki uzyskania refundacji

§ 3

1. O dofinansowanie danej formy kształcenia i doskonalenia zawodowego mają prawo ubiegać się członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, jeżeli regularnie opłacają składki członkowskie zgodnie z uchwałą nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2011r. w sprawie wysokości składek członkowskich.
2. Refundacji podlegają następujące formy kształcenia i doskonalenia zawodowego:
 - a) szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja),
 - b) kursy kwalifikacyjne,
 - c) kursy specjalistyczne
 - d) kursy doksztalające,
 - e) konferencje, sympozja,
 - f) studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych,
 - g) magisterskie studia pielęgniarskie i położnicze ukończone na wydziale pielęgniarskim/ położniczym,
 - h) studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia,
 - i) uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych przez osobę, która posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa/ położnictwa.
3. Refundacja może być wypłacona wyłącznie po zakończeniu kształcenia na podstawie:
 - a) zaświadczenia lub dyplomu ukończenia danej formy kształcenia
 - b) oryginału rachunku wniesionej opłaty kosztów kształcenia wystawionego przez organizatora kształcenia.



4. W przypadku uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych refundację wypaca się na podstawie zaświadczenia o uzyskaniu stopnia naukowego.

§ 4

1. Członkowi samorządu delegowanemu na szkolenie, kurs, konferencję przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych, przysługuje zwrot kosztów w wysokości ustalonej przez Prezydium lub Okręgową Radę i jest on zobowiązany do napisania referatu do Biuletynu Informacyjnego lub przeprowadzenia szkolenia z zakresu tematyki szkolenia.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem decyzję podejmować będzie Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Wysokość refundacji

§ 5

1. **Wysokość refundacji związanych z ukończeniem form kształcenia wymienionych w § 3 ust 2 wynosi 40 % faktycznie poniesionych kosztów, jednak nie więcej niż:**

- 1) szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje)- nie więcej niż 2 500 zł
 - 2) kursy kwalifikacyjne- nie więcej niż 800 zł
 - 3) kursy specjalistyczne - nie więcej niż 300 zł
 - 4) kursy dokształcające - nie więcej niż 300 zł
 - 5) konferencje, sympozja - nie więcej niż 300 zł
 - 6) studia pomostowe – nie więcej niż 800 zł
 - 7) magisterskie studia pielęgniarskie/ położnicze- nie więcej niż 2 500 zł
 - 8) studia podyplomowe z zakresu ochrony zdrowia – nie więcej niż 1 600 zł
 - 9) uzyskanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych - nie więcej niż 3 000 zł
2. Refundacja kształcenia przyznana na podstawie fałszywych dowodów, podlega natychmiastowemu zwrotowi.

Odwołanie się od negatywnie zaopiniowanego wniosku

§ 6

1. Pisemne uzasadnienie odmownej decyzji, członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej otrzymują w terminie 14 dni od posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

2. Wnioskodawca, którego wniosek o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, został zaopiniowany negatywnie, może odwołać się od decyzji Prezydium do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w terminie 14 dni od daty otrzymania decyzji. Odwołanie rozpatruje się na najbliższym posiedzeniu Rady.

3. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej jest ostateczna.

Zapraszamy koleżanki i kolegów do korzystania ze zbiorów bibliotecznych OIPiP, tj. książek i czasopism.

W biurze Izby dostępne są następujące czasopisma:

- Problemy Pielęgniarstwa,
- Położna,
- Gerontologia Polska,
- Medycyna po Dyplomie (od bieżącego roku),
- Magazyn Pielęgniarki i Położnej.



Informacje z VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

W dniach 6-8 grudnia 2012 roku odbył się w Jachrance VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. W zjeździe uczestniczyło 339 delegatów wybranych na okręgowych zjazdach i upoważnionych do dokonywania wyborów, przyjmowania uchwał, stanowisk, apeli i wniosków dotyczących zawodów pielęgniarki i położnej oraz samorządu zawodowego. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej reprezentowało 3 delegatów: **Barbara Cydejko, Anna Kaliszuk oraz Paweł Grabowski.**

Delegaci VI KZPiP wybrali nowego Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych **dr n. med. Grażynę Rogalę – Pawelczyk.** Pani Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk w wystąpieniu wskazała, że pragnie nowoczesnego, odpowiedzialnego samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, spójnego, silnego siłą swoich członków, zaangażowanego w realizację zadań i gotowego podejmować wyzwania na miarę nowoczesnego pielęgniarstwa i położnictwa.

W skład Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wchodzi 76 osób:

- Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala - Pawelczyk

- 30 członków wybranych przez VI KZPiP: Danuta Adamczyk-Wiśniewska, Urszula Dźwigała, Elżbieta Garwacka-Czachor, Mariola Głowacka, Hanna Gutowska, Jan Kachaniuk, Iwona Kacprzak, Tomasz Kaczmarek, Maria Kaleta, Bogusława Kornowicz, Małgorzata Kowańska, Teresa Kuziara, Bożena Łuszczynska, Ewa Obuchowska, Maria Olszak-Winiarska, Jarosław Panek, Andrzej Pilch, Grażyna Stachowicz, Bartosz Szczudłowski, Ewa Ślżak, Aleksandra Śnieg, Bernadeta Tetlak, Tadeusz Wadas, Joanna Walewander, Jacek Wojciechowski, Elżbieta Zaczyk, Ewa Zawilińska, Wiesław Zielonka, Beata Żółkiewska, Tomasz Krzysztyniak.

- 40 przewodniczących okręgowych rad pielęgniarek i położnych: Elżbieta Celmer vel Domańska (Biała Podlaska), Cecylia Dolińska (Białystok), Małgorzata Szwed (Bielsko Biała), Ewa Kowalska (Bydgoszcz), Wiesława Szaniawska (Chełm), Bożena Michniak (Ciechanów), Halina Synakiewicz (Częstochowa), Halina Nowik (Elbląg), Anna Wonaszek (Gdańsk), Aldona Stańko (Gorzów Wielkopolski), Elżbieta Słojewska Jelenia Góra), Danuta Szerba (Kalisz), Mariola Bartusek (Katowice), Zofia Małas (Kielce), Emilia Kin (Konin), Justyna Laska (Koszalin), Stanisław Łukasik (Kraków), Barbara Błażejowska-Kopiczak (Krosno), Teodor Murawa (Leszno), Andrzej Tytuła (Lublin), Urszula Szostak (Łomża), Agnieszka Kałużna (Łódź), Halina Zarotyńska (Nowy Sącz), Maria Danielewicz (Olsztyn), Sabina Wiatkowska (Opole), Iwona Maria Kluczek (Ostrołęka), Marcin Michlewicz (Pila), Elżbieta Pleczyńska (Płock), Teresa Kruczkowska (Poznań), Elżbieta Lewandowska (Przeworsk), Mariola Łodzińska (Radom), Izabela Kowalska (Rzeszów), Hanna Sposób (Siedlce), Anna Augustyniak (Sieradz), Sebastian Irzykowski (Słupsk), Anna Gryniewicz (Suwałki), Maria Matusiak (Szczecin), Ewa Wrona (Tarnów), Bogumiła Bałuta (Toruń), Maria Pałeczka (Wałbrzych), Ewa Przesławska (Warszawa), Małgorzata Zawiorska (Włocławek), Urszula Olechowska (Wrocław), Danuta Kusiak (Zamość), Weronika Rozenberger (Zielona Góra).

NACZELNY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ - Irena Choma

14 Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wybranych przez VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych: Dorota Flor, Alicja Gos, Violetta Horoszczak, Marzena Huptas, Ewa Janiuk, Agata Kaczmarczyk, Iwona Kasprzycka, Bożena Kosińska, Maria Laska, Halina Luzeńczyk, Marek Przybył, Monika Rubaszewska, Irena Stopińska, Dorota Tekiela.

NACZELNY SĄD PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH - Halina Boniecka – Przewodnicząca NSPiP

17 członków wybranych przez VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych:

Wojciech Brzóska, Anetta Dec-Pindłowska, Teresa Fichtner-Jeruzel, Dorota Figiel, Beata Górska, Ewa Grzegórska, Jadwiga Kalasz, Anna Karlson, Jolanta Łysak, Marzanna Machtyl, Ewa Madej, Elżbieta Mazur, Elżbieta Mierzejewska, Dorota Milecka, Danuta Rudzka-Cesarz, Aldona Sikora, Ewa Skiba.

NACZELNA KOMISJA REWIZYJNA - Maria Grabowska - Przewodnicząca NKR

10 członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej wybranych przez VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych: Grażyna Chomicz, Stanisława Domaradzka-Kochanek, Wiesława Domin, Kamilla Gólc, Krystyna Grabowska, Monika Kowalska, Mariola Król, Regina Maliszewska, Henryk Wójs, Anna Zielińska.

Wykaz Uchwał VI KZPiP:

- Uchwała nr 1 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie zmiany Regulaminu Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała nr 2 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie zmiany Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków



- Uchwała nr 3 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych V kadencji, tj. za lata 2007 - 2011
- Uchwała nr 4 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Naczelnej Komisji Rewizyjnej V kadencji, tj. za lata 2007 - 2011
- Uchwała nr 5 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie udzielenia absolutorium Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych za działalność w V kadencji, tj. za lata 2007 - 2011
- Uchwała nr 6 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych V kadencji, tj. za lata 2007 - 2011
- Uchwała nr 7 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej V kadencji, tj. za lata 2007 - 2011
- Uchwała nr 8 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz liczby zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Uchwała nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków
- Uchwała nr 10 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie wyboru Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała nr 11 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie wyboru Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej
- Uchwała nr 12 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wyboru Przewodniczącego Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała nr 13 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie regulaminów organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała nr 14 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wyboru Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Uchwała nr 15 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wyboru członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała nr 16 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie programu samorządu pielęgniarek i położnych na okres VI kadencji tj. lata 2011-2015
- Uchwała Nr 17 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała nr 18 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie ramowych regulaminów organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych
- Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału
- Uchwała nr 20 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie zmiany Uchwały Nr 8 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz liczby zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Uchwała nr 21 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wyboru członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej
- Uchwała nr 22 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wyboru członków Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała nr 23 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie wyboru zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Uchwała nr 24 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie Regulaminu Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
- Uchwała nr 25 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ustalenia wykazu stanowisk w organach izb pielęgniarek i położnych, których pełnienie może być wynagradzane
- Uchwała nr 26 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie określenia procedury przeprowadzania wizytacji pielęgniarek lub położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zjazd zajął Stanowiska w sprawie:

- w sprawie zobowiązania NRPiP do opracowania i przyjęcia statutu
- w sprawie zobowiązania NRPiP do podjęcia działań w celu wprowadzenia obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych
- sprawie zobowiązania NRPiP do podjęcia działań w celu wprowadzenia obowiązku stosowania zasad dotyczących kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy we wszystkich podmiotach leczniczych
- w sprawie zakupu przez Ministerstwo Zdrowia licencji Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®)
- w sprawie realizacji szkolenia praktycznego w trakcie odbywania specjalizacji w placówkach posiadających akredytację ministra zdrowia bądź certyfikat ISO w zakresie usług medycznych lub w oddziałach klinicznych



- w sprawie wprowadzenia regulacji prawnych, które przeciwdziałać będą ustalaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami
- w sprawie konieczności wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w celu zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji
- w sprawie zagrożeń wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie wyłączenia obowiązku przeprowadzania konkursów na pielęgniarskie stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami (spółki prawa handlowego)
- w sprawie podwyższania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn

Zjazd wystosował następujące Apele:

- w sprawie zapowiedzi podwyższenia wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn
- w sprawie zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r. proponowanej przez Porozumienie Zielonogórskie i pozytywnie zaopiniowanej przez Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ
- w sprawie zapobiegania praktyce stosowanej przez pracodawców dotyczącej bezprawnej zamiany umów o pracę na umowy cywilno-prawne w podmiotach leczniczych
- w sprawie eliminowania pielęgniarek systemu z zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych
- w sprawie zagrożeń wynikających z przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) w zakresie wprowadzenia zasad umożliwiających przekształcenie podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorstwami w spółki prawa handlowego

Wszystkie Uchwały, stanowiska i apele przyjęte podczas VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych zamieszczone są na stronie internetowej Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=366>.

Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r.

w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 31 pkt 11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000r. Nr 120, poz. 1268, z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 249, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885, z 2007 r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

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

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

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

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.

2) 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,

3) 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, tego z którego wysokość składki jest wyższa.

3. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie z działalności gospodarczej – prowadzenia indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej oraz z innego źródła, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczana na podstawie ust. 1 pkt 3, chyba że składka członkowska obliczona z innego źródła byłaby wyższa.

4. W sytuacji, gdy dana osoba jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę u więcej niż jednego pracodawcy, wysokość składki członkowskiej obliczana jest od najwyższego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

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

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

1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,

2) przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,



3) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wnioski o zaprzestanie wykonywania zawodu.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 5% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do końca następnego miesiąca.

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

§ 6. W przypadku braku wpłaty należnych składek za dwa pełne okresy, mogą być one dochodzone w drodze egzekucji.

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

z dnia 10 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU

Halina Synakiewicz

Wysokość składki członkowskiej w 2012 roku dla osób wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej zawód w ramach praktyki zawodowej wynosi

37,70 zł miesięcznie

Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 stycznia 2012r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2011r. : ogłasza się, iż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2011r. wyniosło **3769,83 zł.**

W dniach 3-5 stycznia 2012 roku w Jachrance odbyło się I Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Na posiedzeniu NRPiP dokonano wyborów na stanowiska:

- **wiceprezesów** : Aleksandra Śnieg – pielęgniarka
Tadeusz Wadas – pielęgniarz
Maria Kaleta – położna.
- **skarbnika**: Hanna Gutowska
- **sekretarza**: Joanna Walewander

Wybrano również członków Prezydium NRPiP w składzie:

Pielęgniarki/Pielęgniarze

- Mariola Głowacka;
- Maria Matusiak;
- Emilia Kin
- Ewa Przesławska;
- Mariola Łodzińska;
- Barbara Błażejowska-Kopiczak;
- Jarosław Panek;
- Agnieszka Kałużna;

Położna:

- Beata Żółkiewska.

Treść podjętych Uchwał Prezydium NRPiP zamieszczona jest na stronie internetowej Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=368>



W dniu 22.02.2012r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie Pana Bartosza Arłukowicza Ministra Zdrowia z przedstawicielami NRPiP:

W spotkaniu uczestniczyli:

- ze strony Ministerstwa Zdrowia Pan Bartosz Arłukowicz - Minister Zdrowia, Pan Marek Haber - Podsekretarz Stanu, Pani Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Pani Jolanta Skolimowska Z-ca Dyrektora Departamentu, Pani Alina Budziszewska-Makulska – Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego, Pan Jakub Bydłoń -Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego;
- ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes NRPiP, Aleksandra Śnieg – Wiceprezes NRPiP, Tadeusz Wadas – Wiceprezes NRPiP, Joanna Walewander – Sekretarz NRPiP, Hanna Gutowska – Skarbnik NRPiP, Mariola Głowacka – Przewodnicząca Komisji Prawa i Legislacji NRPiP, Jarosław Panek – Przewodniczący Komisji ds. Warunków Pracy i Płacy NRPiP, Jacek Wojciechowski - Przewodniczący Komisji Budżetowo-Finansowej, Arkadiusz Szcześniak – informatyk NRPiP.

Spotkanie miało charakter roboczy. Omawiano zagadnienia przygotowane przez NRPiP (załącznik nr 1). Przyjęto następujące ustalenia:

Minister Zdrowia powoła zespół ds. analizy ustaw wymienionych w piśmie z dn. 9 lutego 2012 r. oraz zarządzeń Prezesa NFZ. Zespół podejmie prace w pierwszej dekadzie marca 2012 r. Planowane zakończenie prac – koniec maja 2012 r.

Minister Zdrowia powoła zespół ds. analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych. Zespół rozpocznie pracę w marcu 2012 r. i zakończy ją w grudniu 2012 r.

Zwrócono szczególną uwagę na rozwiązanie kwestii rozporządzenia ws. postępowania konkursowego na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą.

W trakcie spotkania zgłoszono następujące postulaty do dalszych prac:

- do urlopu zdrowotnego dla poratowania zdrowia,
- do urlopu szkoleniowego gdyż, pielęgniarka i położna w czasie wykonywania zawodu stale musi podnosić swoje kwalifikacje zawodowe,
- do objęcia pielęgniarek i położnych bezpłatną opieką profilaktyczną w szerokim zakresie,
- do wcześniejszych emerytur na wskazanych stanowiskach pracy,
- do zwiększenia wymiaru urlopu wypoczynkowego o 10 dni raz na dwa lata, po pięciu latach nieprzerwanej pracy,
- do zwrotu kosztów kształcenia podyplomowego, warunkowanego wykonywanymi zadaniami, w kwocie nie mniejszej niż 50% kosztów kształcenia,
- do zwolnienia z podatków, o kwoty wydatkowane przez pielęgniarkę i położną na kształcenie podyplomowe,
- do zwrotu kosztów przejazdu związanego z wykonywaniem obowiązków służbowych,
- do nagród za wybitne, nowatorskie osiągnięcia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa przyznawane przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- płatnych dni wolnych od pracy z okazji Dnia Pielęgniarki - 12 maja i Dnia Położnej - 8 maja.

Podjęto decyzję o kolejnym spotkaniu Ministra Zdrowia z samorządem pielęgniarek i położnych po upływie 2 miesięcy.





Wymogi edytorskie dla autorów referatów/ artykułów

- ▶ Referat - min. 5 tys. znaków ze spacjami; max. 20 tys. (tj. ok. 0,5 arkusza wydawniczego);
- ▶ Piśmiennictwo (obowiązkowo) ponumerowane, w porządku alfabetycznym, każda pozycja powinna zawierać kolejno: nazwisko autora (ów) i pierwsze litery imion, tytuł pracy, wydawnictwo (lub nazwa czasopisma) rok, strony; w przypadku trzech i więcej autorów - tylko pierwszego autora i skrót „i wsp.”, np.:
 - 1/ Bohnsack E., Jackson A. (red.), Poznaj swoją osobowość. Wyd. DEBIT, Bielsko Biała 1996, s.45.
 - 2/ Buczkowska E., Problemy i dylematy kształcenia ustawicznego. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 3 (2006), s. 5.
 - 3/ Cloud H. i wsp., Sztuka mówienia „nie”. Świat Książki, Warszawa 1997, s. 12-16.
 Pozycje piśmiennictwa w tekście należy pisać w kwadratowych nawiasach, np. [2].
- ▶ Artykuł powinien być podpisany imieniem i nazwiskiem autora. Prosimy również podać: tytuł naukowy, stanowisko, miejsce pracy oraz adres, telefon kontaktowy i e-mail. Nazwa pliku powinna być tożsama z tytułem artykułu.
- ▶ Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).
- ▶ Rada Redakcyjna zastrzega sobie prawo do poprawek językowych, graficznych i układu tekstu.
- ▶ Artykuł będzie wydrukowany po pozytywnej ocenie merytorycznej Rady Programowej;

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z przyjemnością przyjęła informację o tym, że nasza koleżanka

Pani Diana Piaszczyk



uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Zarówno praca, jak i obrona, spotkała się z bardzo dobrym przyjęciem komisji, która postanowiła nagrodzić panią Doktor wyróżnieniem.

W imieniu Okręgowej Rady serdecznie gratuluję, jestem przekonana, że wiedza i doświadczenie Pani jest ważną wartością dla wszystkich pielęgniarek, życzę sukcesów w realizacji zadań zawodowych oraz radości w życiu osobistym.

*Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej
Elżbieta Celmer vel Domańska*



Pielęgniarki o „emeryturze 67”: wydłużony czas pracy, ale co w zamian? Lekarze milczą

Ryszard Rotaub/Rynek Zdrowia



Środowisko pielęgniarek i położnych głośno wyraża zastrzeżenia do proponowanych zmian w systemie emerytalnym. Tymczasem lekarze i lekarze dentyści nie zabierają głosu w sprawie przechodzenia na emeryturę w wieku 67 lat. Do emerytury wcale im - jak widać, nie pilno. I dobrze, bo w przeciwnym razie mielibyśmy prawdziwą katastrofę w ochronie zdrowia.

Pielęgniarki nie ukrywają, że nie podoba im się perspektywa podwyższenia wieku emerytalnego. "Czy chciałbyś, aby opiekowała się Tobą 67-letnia pielęgniarka w 24-tej godzinie pracy?" - pod takim hasłem Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych zorganizował konferencję prasową, na której skrytykował rządową propozycję podkreślając, że świadczy ona o "totalnym braku znajomości realiów pracy pielęgniarek". "Podwyższenie wieku emerytalnego do 67 lat stoi w oczywistej sprzeczności z doświadczeniami z codziennej pracy pielęgniarek i położnych, zagrażając zarazem bezpieczeństwu pacjentów, wobec czego nie może stać się normą w naszej grupie zawodowej" - wyraził swoje stanowisko OZZPiP w piśmie do premiera.

Takie są realia

Rząd zareagował. W lutym doszło do spotkania przedstawicielek OZZPiP z ministrem pracy i polityki społecznej, Władysławem Kosiniakiem-Kamyszem.

- Rozumiemy wskaźniki demograficzne, ale my także mamy wskaźniki funkcjonowania naszego zawodu i przestrzegamy, że jeżeli przedłużymy pielęgniarkom i położnym wiek emerytalny do 67 lat, to niewykluczone, że poniesiemy wyższe koszty rent chorobowych po 50. i 55. roku życia - przekonywała przewodnicząca związku Iwona Borchulska podczas

rozmów z ministrem.

Zapewniła, jednak rozwiązania systemowe umożliwiające im podjęcie że dysponuje badanymi mówiącymi, że ta grupa zawodowa choruje częściej niż inne.

Po spotkaniu przyznała, że minister pracy "z pełnym zrozumieniem przyjął argumenty, iż jest to zawód, który trzeba w obecnym systemie potraktować inaczej".

Chodzi o sprawność psychofizyczną pielęgniarki opiekującej się pacjentem. Ten element brany jest pod uwagę również w krajach, w których pielęgniarka ma do dyspozycji nowoczesny sprzęt i znacznie mniejszą liczbę chorych pod opieką.

Na Islandii np. pielęgniarki przechodzą na emeryturę w wieku 67 lat, a w Wielkiej Brytanii w wieku 65 lat. Istnieją tam lżejszej pracy, w mniejszym wymiarze czasu. W Polsce takich możliwości brakuje. Będzie się o nie upominała Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która 28 marca została zaproszona na spotkanie z premierem Donaldem Tuskiem, ministrem Kosiniakiem-Kamyszem i przedstawicielami resortu zdrowia.

Czytaj. Premier do pielęgniarek: ws. wydłużenia wieku emerytalnego nie będzie wyjątków

W ocenie prezes NRPiP pielęgniarki i położne nie powinny pracować do 67. roku życia, chyba - że wyrażą taki zamiar.

- Proponuje się wydłużony czas pracy, nie dając w zamian niczego. Pielęgniarki i położne pracują na zmiany, co zaburza biologiczny rytm organizmu. Wydolność psychofizyczna jest w związku z tym obniżona - mówi nam Grażyna Rogala-Pawelczyk i wskazuje, że z tego powodu po 20. latach pracy należałoby przyjrzeć się zdolnościom psychofizycznym pielęgniarek pracujących na różnych stanowiskach, a po 25. latach zapytać je, czy chcą dłużej pracować w zawodzie.

Ćwierć wieku przy chorym

25 lat pracy w zawodzie to granica, po przekroczeniu której pielęgniarka i położna powinny mieć prawo do emerytury (w takim przypadku relatywnie niższej), bowiem po upływie tego czasu z wydolnością psychofizyczną bywa różnie. Ten fakt przekłada się z kolei na bezpieczeństwa pacjenta. Dodajmy,



że obecnie średni wiek polskiej pielęgniarki to, według różnych źródeł, 44-47 lat, a położnej o 1-1,5 roku więcej.

- Jeśli ktoś chce pracować do 67 lat i pozwala mu na to stan zdrowia sprawdzony przez lekarza medycyny pracy, nie ma przeszkód - uważa Rogala-Pawelczyk. Zaznacza także, że sama byłaby gotowa pracować nawet do 70. roku życia, różnica polega jednak na tym, że jest pracownikiem naukowym.

Pozostaje pytanie, jak wykorzystać wiedzę, umiejętności i kwalifikacje pielęgniarek i położnych, które nie czują się już na siłach aby kontynuować pracę na stanowiskach wymagających maksymalnego zaangażowania. Zdaniem prezesa NRPiP takie możliwości istnieją: pielęgniarki z bloków operacyjnych mogłyby znaleźć np. zajęcie w gabinetach zabiegowych, poradniach, inne w edukacji, itp.

- Rząd nie dał tu jednak wyboru - ubolewa Grażyna Rogala-Pawelczyk.

Dziennik Gazeta Prawna wskazuje tymczasem, że ze statystyk wynika, iż pielęgniarki i położne "nie obawiają się wydłużenia wieku emerytalnego". Gazeta utrzymuje, że blisko 10 proc. osób aktywnych w tym zawodzie stanowią kobiety, którym przysługuje już prawo do świadczeń emerytalnych. To blisko 3 tys. położnych (na 32 tys. pracujących) i ponad 23 tys. pielęgniarek, w tym 1,4 tys. powyżej 70. r.ż. (na 274 tys. wykonujących ten zawód).

- Dane są nieco zawyżone, ale istotnie kilkanaście tysięcy pielęgniarek mogłoby przejść na emeryturę. Prawda jest jednak taka, że z pielęgniarskiej emerytury trudno się utrzymać - komentuje prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Milczenie lekarzy

O ile środowisko pielęgniarek i położnych głośno wyraża zastrzeżenia do proponowanych zmian w systemie emerytalnym, o tyle lekarze i lekarze dentyści nie zabierają głosu w tej sprawie.

- Oficjalnego stanowiska Naczelna Rada Lekarska nie zajęła - informuje nas prezes NRL Maciej Hamankiewicz.

Dlaczego lekarze milczą? Odpowiedzi poszukajmy w strukturze demograficznej tej grupy zawodowej.

W przypadku kobiet wykonujących aktualnie zawód lekarza lub lekarza dentystry (95 023) 30 018 jest w wieku powyżej 60. lat, w tym 15 970 ma więcej, niż 71 lat.

Mężczyzn wykonujących zawód lekarza i lekarza dentystry jest w Polsce 61619. W wieku powyżej 65 lat jest 12 446, w tym 71 lat i powyżej ma 9 235 lekarzy.

Średni wiek pracującego obecnie mężczyzny lekarza i lekarza dentystry wynosi 49 lat i 8 miesięcy, natomiast kobiety - 48 lat i 5 miesięcy.

To średnia krajowa. Są województwa, w których jest ona jeszcze wyższa.

- Średnia wieku lekarzy w Łódzkiem wynosi 55 lat. W wielu dziedzinach pacjenci mogą liczyć na specjalistów tylko dlatego, że w zawodzie nadal pozostają lekarze-emeryci - stwierdził dr Grzegorz Krzyżanowski, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi podczas jednej z edycji "Regionalnych spotkań menedżerów ochrony zdrowia", organizowanych przez Grupę PTWP, wydawcę miesięcznika i portalu Rynek Zdrowia.

Odejście emerytów = katastrofa

Gdyby lekarze rozstawali się z zawodem w wieku emerytalnym (chodzi w sumie o 42 464 osoby), doszłoby do katastrofy w ochronie zdrowia, przy której zamieszanie wywołane protestem pieczętkowym byłoby jedynie drobną niedogodnością.

- Zawód lekarza wybiera się z powołania, dlatego chcemy pracować jak najdłużej - wyjaśnia Maciej Hamankiewicz, który podczas obradującego kilka dni temu II Kongresu Demograficznego prezentował charakterystykę demograficzną środowiska lekarskiego.

- Nie zdarzyło mi się spotkać lekarza będącego w pełni sił fizycznych i psychicznych, który osiągnął obecny wiek emerytalny, chciałby rozstać się z zawodem. Pracują nawet lekarze w wieku 90 lat - dodaje prezes NRL.

Zwraca także uwagę, że dane o starzeniu się lekarzy są jeszcze bardziej zatrważające, jeśli uwzględni się, że kształcimy najmniej na świecie pracowników medycznych, a lekarzy mamy tylu, ilu w Albanii.

Przedruk z Rynku Zdrowia:

<http://www.rynekdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/>



Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

Na podstawie ustawy a dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) tworzy się wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Siedzibą wojewódzkich komisji jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego.

Komisje rozpoczynają działalność 1 stycznia 2012r. i zajmują się zdarzeniami, które miały miejsce po 1 stycznia 2012r.

Przepisy przewidują desygnowanie przez wojewodę 14 członków Komisji, w tym:

- 4 spośród kandydatów przedstawionych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych
- 4 spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy adwokatów i radców prawnych
- 6 członków spośród kandydatów organizacji społecznych działających w województwie na rzecz praw pacjentów.

Ponadto, po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta.

Celem działania Komisji jest ustalenie, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne. Z wnioskiem o zbadanie sprawy może wystąpić pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel bądź- w przypadku śmierci- spadkobiercy pacjenta. Przepisy stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Wniosek należy złożyć w ciągu roku od dnia, w którym pacjent dowiedział się, że doszło do nieprawidłowości w leczeniu. Wniosek powinien zawierać m.in. uzasadnienie i ewentualne dowody dotyczące przebiegu zdarzenia medycznego. Przy składaniu wniosku należy uiścić opłatę w kwocie 200złoty.

Postępowanie przed komisją zawieszają się, gdy w sprawie toczy się postępowanie karne lub dotyczące odpowiedzialności zawodowej. Postępowania nie wszczyna się, gdy w postępowaniu cywilnym ustalono już odszkodowanie.

W skład Wojewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Lublinie wchodzi:

1. dr n. med. Andrzej Chrościcki – Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie,
2. prof. zw. n. med. Andrzej Dąbrowski – Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie,
3. **mgr pielęgniarstwa Janina Dziedzic-Płanda – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej,**
4. mgr biologii Barbara Pęksa – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych w Warszawie,
5. radca prawny Alicja Lemieszek – Okręgowa Izba Radców Prawnych w Lublinie,
6. radca prawny Zofia Filipek-Kraczek – Okręgowa Izba Radców Prawnych w Lublinie,
7. adwokat Piotr Sendeci – Okręgowa Rada Adwokacka w Lublinie – Przewodniczący I posiedzenia Komisji,
8. adwokat Ewa Szwarz-Malczewska – Okręgowa Rada Adwokacka w Lublinie,
9. lek. med. Marek Pakulski Vel Modrzejewski - Lubelski Związek Inwalidów Narządu Ruchu,
10. lek. med. Barbara Kopacz - Fundacja Alpha,
11. mgr fizjoterapii Dariusz Kierepka - Polski Związek Niewidomych Okręg Lubelski,
12. mgr prawa Dorota Ulikowska - Lubelskie Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych,
13. mgr prawa Wiesław Olechowski - Fundacja Fuga Mundi,
14. mgr prawa Sebastian Ignaszuk - Fundacja Fuga Mundi,
15. radca prawny Marcin Antoniak – Ministerstwo Zdrowia,
16. dr n. med. Piotr Niedziela - Rzecznik Praw Pacjenta.

Szczegółowe informacje można uzyskać na stronie internetowej Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie.

<http://zdrowie.lublin.uw.gov.pl/>

Podstawa prawna

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 17 listopada 1974 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów składanego przez członka wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. Nr 274, poz. 1625)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie zryczałtowanej wysokości kosztów w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych (Dz. U. Nr 294, poz. 1740)



INFORMACJA PRASOWA

w sprawie hasła obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w dniu 12 maja 2012 r.

Szanowni Państwo,

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w imieniu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ogłasza hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w 2012 r.

„Niwelowanie różnic: od nauki do praktyki”

Tło:

Nurt medycyny koncentrujący się na poprawności podejmowania decyzji opartej na wynikach badań naukowych (EBP) rozwija się od początku lat dziewięćdziesiątych. Ideę tę zapoczątkowała grupa badaczy z Uniwersytetu McMaster w Ontario, którzy tak przededefiniowali praktykę medyczną, aby łatwiej było gromadzić i wykorzystywać informacje.

Starania o tanią i wysokiej jakości opiekę zdrowotną zwróciły uwagę na badania naukowe w pielęgniarstwie oraz wykorzystanie ich wyników w pracy zawodowej. Badania polegają na systematycznym poszukiwaniu nowej wiedzy, dla dobra pacjentów, ich rodzin i społeczności. Dotyczą różnych aspektów zdrowia będących w obszarze zainteresowania pielęgniarstwa, w tym promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, opieki nad ludźmi w każdym wieku, w czasie choroby i rekonwalescencji lub towarzyszenia w godnej i spokojnej śmierci.

Badania naukowe w pielęgniarstwie wykorzystują podejście naukowe do zdobywania wiedzy, odpowiadania na pytania, rozwiązywania problemów.

Jeśli pielęgniarki zastosują to podejście w swojej praktyce, będą umiały zadawać właściwe pytania – o to, jak i kiedy zmienić swoją pracę, będą mogły wykazać, że korzystają z wiarygodnych informacji w procesach decyzyjnych, oceniają swoje usługi i wiedzą, że wskaźniki dla wyników, według których są oceniane, są właściwe i zostały wcześniej zbadane i ustalone.

Wiedza w ten sposób uzyskana jest wykorzystywana w praktyce, w celu podnoszenia jakości opieki, optymalizowania wyników zdrowotnych, obniżania kosztów interwencji pielęgniarstkich. Podstawowe terminy dotyczące EBP, które mają znaczenie w pielęgniarstwie to m.in.:

Praktyka oparta na faktach/ wynikach /badaniach naukowych (EBN)

Sposób rozwiązywania problemów stosowany w podejmowaniu decyzji klinicznych, zawierający poszukiwanie najlepszych i najnowszych wyników badań, doświadczeń i ocen klinicznych, a także wartości ważnych dla pacjentów - w kontekście opieki.

Badania naukowe w pielęgniarstwie (EBN)

Obejmują systematyczne poszukiwanie wiedzy, zaprojektowane specjalnie w celu rozwijania, doskonalenia i poszerzania wiedzy pielęgniarstkiej. Celem tych badań jest odpowiadanie na pytania i rozwijanie wiedzy w oparciu o metody naukowe - ilościowe, jakościowe lub mieszane.

Podnoszenie jakości (QI)

Jakość, poprawa w aspekcie klinicznym lub czynnościowym, dotyczy systemów, procesów, wyników funkcjonalnych lub klinicznych, satysfakcji oraz kosztów. Podnoszenie jakości pomaga znajdować najlepsze praktyki lub procesy opieki, w której uczestniczą pielęgniarki. Nie jest natomiast jej celem formułowanie standardów praktyki pielęgniarstkiej czy rozwijanie wiedzy dziedzinowej. *Mazurek Melnyk et al (2005)*.

Praktyka oparta na wynikach badań naukowych jest cechą charakterystyczną profesjonalnego pielęgniarstwa. Badania naukowe w pielęgniarstwie, tak jakościowe jak i ilościowe, decydują o jakości i efektywności opieki zdrowotnej i są konieczne dla rozwoju wiedzy specjalistycznej, oceny aktualnych praktyk i usług pielęgniarstkich, rozwoju edukacji, praktyki zawodowej, kolejnych badań a także zarządzania.

Celem badań naukowych jest poznanie i zrozumienie podstawowych mechanizmów wpływających na zdolność do utrzymania lub rozwoju optymalnego poziomu funkcjonowania człowieka, rodziny lub społeczności oraz do zminimalizowania negatywnych skutków choroby.

Badania naukowe w pielęgniarstwie powinny także dotyczyć wyników interwencji pielęgniarstkich, mając na względzie jakość, efektywność i koszty sprawowanej opieki. Pozwalają poznać politykę zdrowotną i systemy skutecznej i efektywnej realizacji opieki pielęgniarstkiej, promować świadomość zawodową, historyczny rozwój profesji, rozumieć zasady etyczne rządzące usługami, jak również zdobywać wiedzę o systemach skutecznie przygotowujących pielęgniarki do realizacji ich bieżących i przyszłych zadań społecznych.

Cała społeczność pielęgniarstka, choć pełni w procesie terapeutycznym różne role. Pielęgniarki muszą rozumieć swoją rolę, jaką odgrywają w *continuum* od badań do praktyki. Dostęp do wiedzy, na której możemy wspierać się by zadawać właściwe pytania, rozwijać umiejętności, współpracować z kolegami lekarzami - tak aby jak najlepiej wykorzystywać w praktyce



badania. Pielęgniarki korzystające z wyników badań także uczestniczą w rozwijaniu wiedzy - często dostarczają ważnych informacji o okolicznościach, kontekście, różnych systemach, populacjach, grupach, oddziaływaniu polityki lokalnej czy czynnikach społecznych. Świadomość tego wkładu jest kluczowa dla podniesienia innowacyjności usług lokalnych oraz szukania nowych metod pracy.

W praktyce, w osiąganiu celów, najczęściej trzymamy się utartych zwyczajów i praktyk, zamiast podejmować działania na podstawie najlepszych osiągnięć naukowych.

Decyzje podejmowane na podstawie niepełnych i niewiarygodnych danych to jedna z głównych przyczyn braku usług lub ich niskiej jakości. Mogą one także powodować zmiany w praktyce pielęgniarskiej skutkujące niższą wydajnością, brakiem efektywności, nierównościami w dostępie do usług.

Praktyka kliniczna jest faktycznie realizacją procesu, na który składają się: identyfikacja problemu, sformułowanie hipotezy, testowanie oraz rozwiązanie problemu. Ten sam proces pielęgniarki mogą zaadaptować do pracy z informacją.

Browne (1997) opisuje jej następujące etapy: formułowanie idei, stawianie pytania, analiza, interpretacja, ewaluacja, organizacja, synteza, przeformułowanie, rozpowszechnianie i wyszukiwanie.

W praktyce klinicznej, wymienione etapy, nie pojawiają się jako oddzielne wydarzenia, lecz składają się na stale ewoluujący proces - jako że pielęgniarki w nim uczestniczące nieustannie się uczą.

Po zapoznaniu się z wybranymi wynikami badań pielęgniarka musi ocenić, czy istnieją wystarczające podstawy dla zmiany dotychczasowej praktyki. Być może nie znaleziono właściwej odpowiedzi na postawione pytanie albo dane nie są wystarczająco mocne, aby im zaufać.

Proces ten często nazywany jest „**oceną krytyczną**”; w odniesieniu do praktyki opartej na wynikach badań wymaga sprawdzenia wiarygodności akademickiej danych oraz analizy konkretnej sytuacji, w jakiej nowe informacje mają być wykorzystane.

Ocenianie jest ważnym momentem wprowadzenia badań do praktyki. Na tym etapie konieczna jest ocena, czy dane wyniki mogą być zastosowane w konkretnej jednostce. Wymaga to od pielęgniarki przeanalizowania wielu spraw. Jest wysoce mało prawdopodobne, aby jednostka opisana w badaniach była identyczna z jakąkolwiek inną, jako że kontekst - z definicji - zawsze jest unikatowy. Pielęgniarka musi więc wziąć pod uwagę następujące czynniki:

- Czy uczestnicy badania zostali podobnie scharakteryzowani?
- Czy możliwe jest wdrożenie opisanej procedury?
- Jakie są możliwe konsekwencje finansowe?
- Czy wzięto pod uwagę zgodę pacjenta?

Ocenianie konsekwencji dla personelu i pacjentów może stać się kluczowym elementem procesu decyzyjnego. Zrozumienie, co konkretne dane mogą oznaczać dla poszczególnych pacjentów, może być trudne, jako że wnioski z badań formułowane są często na zasadzie prawdopodobieństwa albo opisują działania wykonane „przypadkowo”. Zawsze trzeba sprawdzić, czy wyniki mają znaczenie kliniczne.

O „znaczeniu klinicznym” decyduje odpowiedź na pytanie, **na ile skuteczne było działanie** lub leczenie, **albo jak dużą zmianę spowodowało** leczenie. Przy testach klinicznych, w idealnym układzie o praktycznej zastosowalności i znaczeniu wyników można mówić, używając szczegółowych danych ilościowych oraz korzystając z obliczeń (wielkość efektu, liczba badanych). Znaczenie praktyczne może być także ujawnione w sposób połowicznie ilościowy, porównawczy lub przez ocenę wykonalności.

Praktyka oparta na wynikach badań często - ze swojej istoty - opiera się na obserwacji rzeczywistości i dostosowaniu do niej metod działania. Oznacza to, że można ją szybko wdrożyć w podmiotach leczniczych.

Wdrożenie często wymaga raczej zebrania informacji, zmiany zachowań czy wprowadzenia wytycznych niż zastosowania nowego leczenia czy użycia nowego sprzętu. Tym niemniej jakiegokolwiek zmiany w systemie opieki wymagają ostrożności i planowania; decyzja pojedynczej pielęgniarki dotycząca zmiany jednego elementu praktyki może mieć poważne konsekwencje dla współpracowników i pacjentów.

Przykładem zastosowania EBN w praktyce klinicznej jest m.in. opis badania przeprowadzonego przez pielęgniarkę Joyce Maygers, która skoncentrowała się na infekcjach dróg moczowych (UTI) u pacjentów po udarach. Wyniki dotychczasowych badań pokazywały, że ci pacjenci często chorują na UTI, ale brakowało informacji, jak tym infekcjom zapobiegać. Okazało się, że „winnym” zakażeń były cewniki (zakładane rutynowo tej grupie pacjentów).

Maygers zakładała, że istnieje prosty sposób na rozwiązanie tego problemu: może nie ma konieczności cewnikowania każdego pacjenta z udarem albo pozostawiania cewników na tak długo? Kiedy zaczęła szukać przyczyn medycznych uzasadniających cewnikowanie - **stwierdziła brak wskazań klinicznych dla takiej procedury**. Przez rok pracowała z lekarzami, pielęgniarkami i innymi pracownikami Centrum Medycznego im. Johna Hopkinsa w Bayview, aby sprawdzić, czy cewnikowanie jest rzeczywiście konieczne.

Wprowadziła zmiany w leczeniu pacjentów po udarach oraz w zapobieganiu zakażeniom dróg moczowych. Założyła, że doprowadzi do 10% zmniejszenia liczby założonych cewników, wynik który uzyskała był prawie dwukrotnie wyższy. U pacjentów, którzy byli leczeni w Bayview o ponad 20% obniżono dni cewnikowania, co doprowadziło do zmniejszenia liczby zakażeń i tym samym ponownego przyjmowania pacjentów z tego powodu. Skrócił się także pobyt pacjentów w Centrum. Poprawa była tak znacząca, że rozważa się zmiany procedur w całym Bayview. Źródło: John Hopkins Nursing



Magazine, Spring 2010, Vol. VIII, nr 1 http://web.ihu.edu/ihnmagazine/spring2010/features/making_research_relevant (ICN2011)

Na szczeblu organizacyjnym czy szerzej - resortowym - przed wdrożeniem nowych rozwiązań trzeba szczególnie uważnie przemyśleć ich konsekwencje, zwłaszcza pod względem dostępnych zasobów.

Istnieje wiele przykładów zmarnowania środków na nieudane inicjatywy, zdarza się też, że przestano realizować dotychczasowe usługi, co doprowadziło do rozchwiania i niespójności oferowanej opieki.

Zmiany zazwyczaj wymagają wysiłku, zwłaszcza że często wiążą się ze zmianami w zachowaniach ludzi czy sposobach działania systemu. Mogą powodować bałagan, wiązać się z marnotrawstwem czasu, mieć nieprzewidziane konsekwencje. Tym niemniej - są też ekscytujące i motywujące. Konieczne jest zrozumienie wyników badań i planowanie ich wdrożenia do praktyki. Ze względu na swoją kluczową rolę, ten aspekt działań sam w sobie jest przedmiotem coraz to nowych badań. Proces znajdowania pomysłów i ich rozpowszechniania często nazywany jest **mobilizacją wiedzy** lub **transferem wiedzy**. Istnieje pogląd, że „innowacyjność” to proste rozwiązanie trudnych problemów, ale trzeba mieć do niego ograniczone zaufanie, w tym przypadku również stosując umiejętności z zakresu praktyki opartej na wynikach badań naukowych.

Przykładem EBN, który świadczyć może o innowacyjności podejścia do praktyki klinicznej z korzyścią dla pacjentów oraz efektami w zakresie kosztów jest projekt, który realizowano w szpitalu dziecięcym w USA. Wprowadzono tam weryfikację umieszczania sondy żołądkowej u pacjentów pediatrycznych i neonatologicznych. Od lat osiemdziesiątych XX w. w wielu placówkach nadal stosuje się osłuchiwanie w kierunku przepływu powietrza powyżej jamy brzusznej w przypadku umieszczania sondy do karmienia. Jedynym pewnym sposobem weryfikacji umieszczenia sondy jest prześwietlenie rentgenowskie. Prześwietlanie pacjenta przed każdym karmieniem byłoby kosztowne i niepraktyczne. Zaczęto rozważać konieczność innych rozwiązań, które byłyby możliwe do wprowadzenia przy łóżku pacjenta. Pielęgniarki zastosowały procedury oparte na wynikach badań, która służy planowaniu interwencji pielęgniarskiej i minimalizacji ryzyka niewłaściwego umieszczenia sondy. W wyniku tego projektu zmniejszono częstotliwość osłuchiwania z 93,3% do 46,2% i zwiększono wykorzystanie innych, bardziej wiarygodnych metod służących sprawdzeniu umiejscowienia sondy (Farrington et al. 2009).

Zagadnieniem koniecznym w EBN jest **Transfer Wiedzy (TW)**, który rzadko ma charakter linearny i jest raczej skomplikowanym procesem społecznym. Składają się na niego serie interakcji i powiązań między producentami i użytkownikami wyników badań (McWilliam et al. 2009; Kitson et al. 2008). Planowanie, realizacja i ocena TW wymaga jednak odpowiedniego porządku logicznego. Badania w LIHS doprowadziły do opracowania harmonogramu tego procesu, w oparciu o analizę tematyczną 28 modeli TW (Ward et al. 2009) oraz towarzyszących im danych badawczych. Harmonogram zawiera 5 kluczowych elementów, które wydają się podstawowe dla planowania i realizacji TW, oraz wymienia czynności im towarzyszące. Model pokazuje także, że każdy z tych elementów współdziała z innymi, może być realizowany pojedynczo lub równolegle, a ich intensywność zmienia się w trakcie transferu wiedzy. (IND, ICN 2011)

Podmioty lecznicze sprzyjają rozwojowi praktyki, **o ile funkcjonuje w nich kultura ceniąca nowe pomysły, innowacje, dowody naukowe**. Rzeczywistość jest jednak często inna, że same podmioty lecznicze mogą stanowić jedną z większych barier we wprowadzaniu zmian. Proces ten wymaga bowiem wiarygodnych, korzystających z szerokiego wsparcia pracowników, ponieważ to oni ostatecznie odpowiadają za wykonywane działania. Trzeba ich wspierać we wprowadzaniu zmian, wyposażać w umiejętności z zakresu negocjacji, sprzedaży, budowania porozumienia i oczywiście podejmowania ryzyka. Ponadto, jako że każda zmiana wymaga czasu, ta pomoc również może okazać się długotrwała. Zespoły terapeutyczne zaangażowane w EBP chętnie dzielą się swoją wiedzą i uczą innych - co może się okazać dodatkową motywacją.

Istnieje wiele praktycznych sposobów wdrażania EBP, które mogą się ukrywać pod różnymi nazwami, na przykład:

- **budowanie partnerstwa** - łączenie osób, grup i zespołów, tworzenie wspólnej wizji i poczucia celu,
- **korzystanie z liderów/ agentów zmian** - identyfikacja i nabór osób kluczowych dla zmiany; powinni być wiarygodni i szanowani przez osoby, na które mają oddziaływać;
- **dzielenie się informacją, rozpowszechnianie informacji** - może być realizowane w różnych różne nośniki jak ulotki, gdy czy media społecznościowe;
- **działalność edukacyjna i szkoleniowa** - moduły kształcenia ustawicznego, systemy ekspertowe, coaching indywidualny, e-learning, symulacje;
- **standaryzacja praktyki** - korzystanie ze ścieżek klinicznych, audytu klinicznego, raportu rozbieżności, list kontrolnych i wytycznych.

Nie jest prawdopodobne, aby trzeba było korzystać z wszystkich tych form, choć zapewne kilka z nich będzie potrzebne do osiągnięcia sukcesu. Z każdą z nich wiążą się koszty, które trzeba uwzględnić w fazie projektowej.

Ponieważ pielęgniarki funkcjonują aktywnie w zespołach multidyscyplinarnych, coraz ważniejsze jest, aby stawiały czoła wyzwaniom codziennej praktyki. Korzystanie z wyników badań naukowych nam to umożliwia. Pozwala nam wciąż analizować naszą pracę, szukać nowych, skuteczniejszych metod działania. W czasach trudności finansowych pomaga w jak najefektywniejszym wykorzystywaniu dostępnych zasobów. Wszyscy często mamy okazję dzielić się z innymi naszymi pomysłami i doświadczeniami. Pomaga w tym sieć kontaktów, dzięki której szybciej możemy znajdować nowe rozwiązania i wdrażać nowe pomysły.

Udane wdrożenie pielęgniarskiej praktyki opartej o wyniki badań wymaga skoordynowanych działań ministerstwa zdrowia, edukacji, pracowników służby zdrowia i prywatnej opieki medycznej. Dobre partnerstwo zachęca do współpracy, zmniejsza



ryzyko dublowania działań, ogranicza współzawodnictwo o środki, sprzyja lepszym wdrożeniom EBP i uczeniu się od siebie nawzajem.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie zachęca do prowadzenia badań naukowych na poziomie klinicznym w następujących priorytetach badawczych zidentyfikowanych przez Międzynarodową radę Pielęgniarek. Te obszary to - zdrowie, choroba i sprawowana opieka- które są kluczowe z punktu widzenia jakości opieki, jej kosztów, dla opieki lokalnej (środowiskowej), dla rozwoju kadr oraz reform ochrony zdrowia.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Warszawa, 11 stycznia 2012r.



**POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH I
INTENSYWNEJ OPIEKI** ul. Jeleniogórska 16/6 60-179 Poznań e-mail: ptpa@amp.edu.pl
**GRUPA ROBOCZA DO SPRAW PRAKTYKI W PIEŁĘGNIARSTWIE
ANESTEZJOLOGICZNYM I INTENSYWNEJ OPIEKI.**
Koordynator grupy: mgr Małgorzata Jadczyk tel. 606 853 765
e-mail: gruparobocza@o2.pl, mjadczak1@o2.pl

Poznań, 26 luty 2012r

**ZALECENIE GRUPY ROBOCZEJ DO SPRAW PRAKTYKI W PIEŁĘGNIARSTWIE
ANESTEZJOLOGICZNYM I INTENSYWNEJ OPIEKI PTPAiO
dotyczące dokumentacji pielęgniarki anestezjologicznej.**

Bezpieczeństwo pacjenta oraz bezpieczne środowisko pracy powinno być działaniem priorytetowym w każdym obszarze pracy pielęgniarki.

W ostatnim okresie ukazało się wiele nowych aktów prawnych określających obszar działań i zakres odpowiedzialności pielęgniarek. Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych ma obowiązek prowadzenie dokumentacji medycznej w formie zbiorczej (Księga Raportów Pielęgniarskich) oraz indywidualnej dokumentacji dla każdego pacjenta jako dokumentacji dodatkowej. Stworzyło to potrzebę wypracowania dokumentacji dla pielęgniarek anestezjologicznych pracujących na stanowisku znieczulenia.

Grupa Robocza wypracowała „KARTĘ CZYNNOŚCI PIEŁĘGNIARKI ANESTEZJOLOGICZNEJ NA STANOWISKU ZNIECZULENIA” i zaleca jej stosowanie w ramach prowadzenia indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Wprowadzenie karty pozwoli na:

- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów
- zachowanie bezpiecznego środowiska pracy
- zwiększenie odpowiedzialności za zachowanie bezpiecznych warunków pracy
- wzrost świadomości odpowiedzialności pielęgniarek anestezjologicznych
- otrzymanie informacji na temat przyczyn zdarzeń niepożądanych w pielęgniarstwie anestezjologicznym oraz ich rejestru i modyfikacji zachowań

„Karta czynności” powinna znaleźć się w dokumentacji chorego.

Podstawy prawne:

1. USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej1), 2)
 2. USTAWA z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej1), 2)
 3. USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
 4. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA1) z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
 5. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA1) z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego
 6. ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA DLA DOBREJ PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ Bezpieczny Szpital – Bezpieczny Pacjent z dnia 4 lipca 2011r.
- ZARZĄDZANIE RYZYKIEM ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH PROJEKT BEZPIECZNEJ PRAKTYKI MEDYCZNEJ



Warsztaty edukacyjne
„Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości”

W dniach 15 grudnia 2011r. w SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim, 16 lutego 2012r., 7 marca 2012r. oraz 14 marca 2012r. w WSzS w Białej Podlaskiej odbyły się warsztaty edukacyjne dla pielęgniarek i położnych pt. „Edukacja diabetologiczna – terażniejszość a wyzwania przyszłości”.

Warsztaty prowadzone Panie: Agnieszkę Boruch i Annę Dąbrowską przygotowane zostały na wysokim poziomie merytorycznym i mają wielkie znaczenie w uzupełnieniu wiedzy pielęgniarek i położnych z zakresu diabetologii.

Przedstawicielki firmy Roche Diagnostics Polska bardzo rzeczowo przybliżyły obsługę techniczną sprzętu, zastosowanie oraz możliwości pozyskania go przez pacjentów.

Kolejne edycje warsztatów diabetologicznych odbędą się w najbliższych miesiącach w SPZOZ w Parczewie i SPZOZ w Radzynie Podlaskim.



W dniu 9 marca 2012r. w Sali Konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej odbyły warsztaty edukacyjne dla położnych środowiskowych/rodzinnych, położnych, pielęgniarek neonatologicznych, pediatrycznych i rodzinnych organizowane przez firmę PELARGOS we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Tematami spotkania były „**Noworodek i niemowlę w domu – jakich rad udzielisz matce**” oraz „**Rehabilitacja niemowlęcia**”. Warsztaty prowadziła Pani lek. med. Ewa Szubiczuk oraz Pani mgr Dorota Drabarek. Wykłady odbyły się pod patronatem firmy Reckitt Benckiser (Poland) S.A. Uczestniczki wykładów otrzymały skrypty tematyczne, certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu oraz interesujące materiały promocyjne.

Poniżej prezentujemy zdjęcia ze spotkania.





AKTUALIZACJA DANYCH

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej uprzejmie informuje, iż zgodnie z art. 19 ust. 2 i art. 101 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (Dz.U. Nr 174 poz. 1039) pielęgniarka i położna wykonująca w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy zawód w formach:

- umowy o pracę;

- w ramach stosunku służbowego;

- na podstawie umowy cywilnoprawnej

jest obowiązana w terminie 14 od dnia nawiązania stosunku służbowego, zawarcia umowy lub rozwiązania czy wygaśnięcia umowy **poinformować o tym fakcie** okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu.

- zgodnie z art. 46 w/w ustawy pielęgniarka i położna wpisana do rejestru **jest obowiązana do niezwłocznego zawiadomienia** właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich **zmianach danych w zakresie:**

- ukończenia specjalizacji celem wpisania do dokumentu – należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu i dyplom specjalizacji
- zmiany nazwiska celem wpisania do dokumentu – należy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu i odpis skrócony aktu małżeństwa
- kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doształcających – należy dostarczyć zaświadczenie o ich ukończeniu
- studiów licencjackich i magisterskich na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo – należy dostarczyć dyplom ich ukończenia
- uzyskania stopni i tytułów naukowych - należy dostarczyć dyplom ich nadania
- zmiany adresu zamieszkania
- zmiany miejsca pracy
- przejścia na emeryturę, rentę,
- zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej

Przedłożone oryginały ww. dokumentów kserujemy na miejscu.

Aktualizacji danych można dokonać poprzez wypełnienie Arkusza aktualizacyjnego danych osobowych (dostępny w biurze OIPiP oraz na stronie internetowej www.oipip-bp.pl/czlonkostwo) i przesłaniu go na adres:

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
ul. Okopowa 3/218;
21-500 Biała Podlaska.

W razie wątpliwości prosimy o kontakt z działem rejestru pod numerami telefonu:
83 343 60 83 lub 343 86 28.



MINISTERSTWO ZDROWIA
DEPARTAMENT PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 10 stycznia 2012 r.

Komunikat dotyczący powołania Konsultantów Krajowych w dziedzinach pielęgniarstwa

Uprzejmie informuję, iż na podstawie art. 4 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz. 419 z późn. zm.), z dniem 20 grudnia 2011 r., Minister Zdrowia powołał do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego:

- w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego – Panią dr hab. n. med. Marię Teresę Szewczyk;
- w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej - Panią mgr Izabelę Kaptacz.

(-) Beata Cholewka
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Standard opieki okołoporodowej

Standard okołoporodowy to rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. (Dz. U. Nr 187 poz. 1259), określające procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem. Jest to pierwszy tego typu dokument w Polsce, a celem jego wprowadzenia jest poprawa jakości opieki okołoporodowej przez uporządkowanie i ujednolicenie dotychczasowych praktyk, a także wdrożenie nowych procedur, znacznie zmieniających dotychczasowe sposoby działania. Standard obowiązuje od 8 kwietnia 2011 r.

Poniżej zamieszczamy fragment standardu dotyczący opieki prenatalnej oraz postępowania w trakcie porodu (rozdział IV-XI). W kolejnym numerze – opieka nad noworodkiem (rozdział XII), podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków (rozdział XIII).

I. Plan opieki prenatalnej i plan porodu

1. Podczas opieki prenatalnej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki prenatalnej oraz plan porodu. Plan opieki prenatalnej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką prenatalną wraz z określeniem czasu ich wykonania. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.
2. Zarówno plan opieki prenatalnej, jak i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki.
3. Plan opieki prenatalnej i plan porodu jest częścią dokumentacji medycznej. Osoba sprawująca opiekę prenatalną przekazuje ciężarnej kopię planu opieki prenatalnej.
4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne). Każda ciężarna powinna otrzymać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.
5. Ciężarną należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdzie w sytuacji wystąpienia jakichkolwiek powikłań zarówno u matki, jak i u płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych, adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej lub stanu noworodka.

II. Postępowanie w trakcie porodu

1. Rodząca powinna być traktowana z szacunkiem oraz brać udział w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Osoby z personelu medycznego powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do rodzącej. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a informacja w tym zakresie powinna zostać wykorzystana do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą personel medyczny w szczególności:
 - 1) wita ją osobiście, przedstawia się i wyjaśnia swoją rolę w opiece nad nią;
 - 2) prezentuje spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
 - 3) szanuje jej prywatność i poczucie intymności;
 - 4) wspólnie czyta i omawia plan porodu;
 - 5) omawia z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem;
 - 6) każdorazowo uzyskuje zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
 - 7) udziela informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
 - 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informuje ją o tym fakcie.
3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
 - 1) zapewnić ciągłość opieki



- 2) dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
 - 3) zachęcać rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
 - 4) zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
 - 5) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.
4. Podczas porodu personel medyczny jest obowiązany przestrzegać zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki; wybór środków ochrony osobistej powinien być oparty na ocenie ryzyka zakażenia.

III. Strategie uśmierzania bólu podczas porodu

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu powinna przedstawić rodzącej pełną informację o nefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych, wspierać rodzącą w jej własnym wyborze tych metod oraz szanować jej decyzje w tym zakresie. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest obowiązana:

- 1) proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu;
- 2) wspierać rodzącą w wyborze technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu;
- 3) wspierać rodzącą, która podczas porodu wybiera technikę masażu;
- 4) zalecać wykorzystywanie imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu;
- 5) zachęcić rodzącą, aby podczas porodu nieustannie towarzyszyła jej osoba bliska.

IV. Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie ciężarnej do porodu następuje na podstawie skierowania lub w konsekwencji osobistego zgłoszenia się do wybranego przez nią zakładu opieki zdrowotnej realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa.
2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem porodu oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.
3. Rozpoznanie porodu:
 - 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych. W razie wątpliwości, czy występujące skurcze są skurczami porodowymi, niezbędna jest obserwacja trwająca 1-2 godziny;
 - 2) przebieg postępu porodu powinien być monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych wewnętrznych.

V. Postępowanie w I okresie porodu

1. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż ½ cm na godzinę, oceniane w odstępach 4-godzinnych.
2. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:
 - 1) ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
 - 2) przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:
 - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia płodu (wykonanie chwytów Leopolda),
 - g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu,
 - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,
 - i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
 - j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
 - k) dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
 - l) założenie dokumentacji medycznej, określonej w odrębnych przepisach,
 - m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego — jedynie na życzenie rodzącej,
 - n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej — tylko w sytuacji tego wymagającej,
 - o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
 - p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).
3. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:
 - 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:



- a) dokonywanie oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego (w czasie każdego badania powinna zostać oceniona długość, pozycja, konsystencja szyjki macicy i drożność jej kanału lub stopień rozwarcia, zaawansowanie części przodującej w kanale rodnym, położenie szwu strzałkowego i punktu prowadzącego, wydzielina z dróg rodnych — ewentualne krwawienie, odpływanie i zabarwienie płynu owodniowego) — nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
- b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
- 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej;
- 3) dokonywania oceny stanu rodzącej poprzez:
 - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju wsparcia,
 - b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych), stanu śluzówek oraz kontrolę mikcji co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - c) ocenę wydzieliny pochwowej,
 - d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
- 4) dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15-30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach;
- 5) prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;
- 6) aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie poprzez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - d) współpracę z osobą bliską;
- 7) dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenia partogramu;
- 8) przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.

VI. Postępowanie w II okresie porodu

1. Brak postępu II okresu porodu w przypadku:
 - 1) pierworódki — stwierdza się, gdy przez 2 godziny nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie, lub gdy silne, niedające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu;
 - 2) wieloródki — stwierdza się, gdy okres ten trwa dłużej niż 1 godzinę i nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie, lub gdy silne, niedające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu.
2. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu dalszą opiekę nad rodzącą obejmuje lekarz specjalista położnictwa i ginekologii.
3. W II okresie porodu należy:
 - 1) zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą;
 - 2) poinformować rodzącą, że w II okresie porodu powinna kierować się własną potrzebą parcia.
4. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej;
 - 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę);
 - 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
 - 4) pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
 - 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
 - 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
 - 7) ochrony krocza — nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach;
 - 8) kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
 - 9) położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki pozwalają na to, oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła.

VII. Postępowanie w III okresie porodu

1. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć 1 godziny. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w III okresie porodu nie powinna przekraczać 400 mililitrów krwi.
2. Poród w III okresie może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący.



3. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:
- 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
 - 2) oznakowania noworodka, przed jego odpepnieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka;
 - 3) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia;
 - 4) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
 - 5) oceny stanu noworodka — w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem resuscytacji;
 - 6) przystawienia noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
 - 7) w uzasadnionych sytuacjach podania leków naskurczowych¹⁾;
 - 8) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza jego rozległości;
 - 9) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
 - 10) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
 - 11) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska²⁾;
 - 12) oceny kompletności popłodu;
 - 13) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

VIII. Prowadzenie IV okresu porodu

1. W czasie IV okresu porodu zadania podejmowane są adekwatnie do potrzeb rodzącej oraz noworodka.
2. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
 - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
 - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkość krwawienia z dróg rodnych;
 - 3) kontrolę stanu kanału rodnego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
 - 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza;
 - 5) demonstrację karmienia piersią oraz przekazanie informacji na temat sposobu utrzymania laktacji;
 - 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.

¹⁾ Po odpepnieniu noworodka zalecane jest profilaktyczne podanie matce leków naskurczowych. Lekiem z wyboru jest oksytocyna podawana w dawce od 3 do 5 IU dożylnie w bolusie lub domięśniowo.

²⁾ Aktywne wydalenie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy (poza przypadkami krwotoku) oraz pociąganie za pępowinę.





Warszawa, dn. 31.01.2012r.

OPINIA PRAWNA

w sprawie ochrony przed wypowiedzeniem, rozwiązaniem umowy o pracę lub wypowiedzeniem warunków pracy pracownika będącego członkiem organu izby pielęgniarek i położnych lub wykonującego czynności na rzecz izby

Zgodnie z unormowaniami zawartymi w art. 17 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. „o samorządzie pielęgniarek i położnych”, (Dz.U. Nr.174 poz.1038) pracodawca nie może, bez zgody właściwej rady, wypowiedzieć lub rozwiązać umowy o pracę ani wypowiedzieć warunków pracy lub płacy pielęgniarce lub położnej:

- 1) będącej członkiem organu izby o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2-5 i art. 7 ust. 1 pkt 2-5 ww ustawy (tj. Naczelnej Rady, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu, Naczelnego Rzecznika, okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu, okręgowego rzecznika).
- 2) pełniącej funkcję zastępcy rzecznika odpowiedzialności zawodowej
- w czasie jej pełnienia oraz w okresie jednego roku po ustaniu kadencji.

Pracodawca może wypowiedzieć warunki pracy lub płacy bez zgody właściwej rady, jeżeli zachodzą przesłanki określone w art. 43 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy, tj. jeżeli wypowiedzenie stało się konieczne ze względu na:

- 1) wprowadzenie nowych zasad wynagradzania dotyczących ogółu pracowników zatrudnionych u danego pracodawcy lub tej ich grupy, do której pracownik należy,
- 2) stwierdzoną orzeczeniem lekarskim utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy albo niezawinioną przez pracownika utratę uprawnień koniecznych do jej wykonywania.

radca prawny Agnieszka Ambroziak

http://izbapiel.org.pl/index.php?id=125&n_id=3301

W związku z zapytaniami kierowanymi do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej informujemy:

Refundacja kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, otrzymywana przez członka samorządu zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej w oparciu o Regulamin refundacji kosztów kształcenia, podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (publ. Dz. U. nr 51, poz. 307 z 2010r z późn. zm.), **kwota otrzymana tytułem refundacji jest źródłem przychodu jako „inne źródła”**. Art. 20 ust. 1 powołanej ustawy określa za **przychody z innych źródeł m.in. dopłaty, stypendia, dotacje** inne niż wymienione w art. 14 ustawy.

Ten rodzaj przychodu nie jest wymieniony w art. 21 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, zawierającym wszystkie przychody zwolnione od podatku dochodowego. **Oznacza to, że ów przychód podlega opodatkowaniu na zasadach określonych ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych, który uwzględnia się w rozliczeniu rocznym podatku dochodowego podatnika.**

Grażyna Papińska
skarbnik OIPiP



www.fhnpol.wsei.lublin.pl

2.07.2012
Lublin
PolandInternational Conference
Family Health Nursing - European Perspective
Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
Pielęgowanie Zdrowia Rodziny - Perspektywa Europejska

Lublin, dn. 22.02.2012 roku

Szanowni Państwo

W związku z organizowaną **2 lipca 2012 roku** międzynarodową konferencją naukowo-szkoleniową pt.: „*Pielęgowanie Zdrowia Rodziny - Perspektywa Europejska*” chcielibyśmy uprzejmie zaprosić do udziału w tym prestiżowym przedsięwzięciu.

Celem Konferencji jest stworzenie międzynarodowego i interdyscyplinarnego forum dla prezentacji dotychczasowych działań na rzecz pielęgowania zdrowia rodziny oraz wytyczenie nowych kierunków działań.

Wśród zagranicznych gości w konferencji wezmą udział między innymi przedstawiciele Partnerów realizowanego projektu: University of the West of Scotland, Research Institute of the Red Cross w Austrii, Escola Superior de Enfermagem do Porto w Portugalii, Lucian Blaga University w Rumunii, University of Medicine and Pharmacy w Rumunii, College of Nursing Jesenice w Słowenii, University of Witten w Niemczech oraz goście z innych krajów.

Wśród zaproszonych gości ze strony polskiej oczekujemy obecności przedstawicieli Sejmu RP, Ministerstwa Zdrowia, władz administracyjnych i samorządowych Województwa Lubelskiego i Miasta Lublina oraz Kurii Lubelskiej. Ze strony Polskiej jako prelegenci wystąpią przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych, Krajowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Porozumienia Zielonogórskiego oraz Lubelskiego Związku Pracodawców Lekarzy Rodzinnych.

W imieniu głównego organizatora - Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie zapraszamy do udziału w organizowanym przedsięwzięciu. Informacje dotyczące udziału w konferencji znajdują Państwo na stronie www.fhnpol.wsei.lublin.pl.

Z szacunkiem,

Przewodniczący Komitetu
Naukowego Konferencji Dziekan
Wydziału Pedagogiki i
Psychologii

Dr hab. n. med. Mirosław Jarosz

Partners / Partnerzy



Conference Office / Sekretariat Konferencji

www.fhnpol.wsei.lublin.pl
e-mail: fhnp@wsei.lublin.pl
Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie
Wydział Pedagogiki i Psychologii
ul. Melgiewska 7-9, 20-209 Lublin, Poland
tel: + 48 81 749 32 12



Ministerstwo Zdrowia



UDINE Careers Project

Understanding Developmental
Issues for Nurse Educator Careers

**Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa,
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, UM w Lublinie
Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia**

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

UDINE Careers Project

zapraszają na

MIĘDZYNARODOWĄ KONFERENCJĘ NAUKOWĄ

**KSZTAŁCENIE KLINICZNE PIELEŃNIAREK W EUROPIE
- ORGANIZACJA, INNOWACJE I WYZWANIA**

która odbędzie się

12-14 września 2012 roku

Collegium Maius Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polska

ul. Dr K. Jaczewskiego 4

- opłata konferencyjna - 350 PLN (dla studentów 100 PLN)
- usługi hotelowe - uczestnicy pokrywają indywidualnie, wg stawek ustalonych przez hotele

*Opłata konferencyjna obejmuje uczestnictwo w konferencji, materiały zjazdowe, certyfikat, catering.
Opłaty należy przesyłać na konto nr 94 1020 3147 0000 8002 0084 6238 PKO BP SA Oddział
w Lublinie. Koniecznie z dopiskiem „KONFERENCJA - EDUKACJA KLINICZNA
PIELEŃNIAREK”*

**Honorowy Patronat Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Prof. dr hab., dr h. c. mult. Andrzeja Książka**



**VII Międzynarodową Konferencję Naukowo-Szkoleniową Życiodajna Śmierć
– Pamięci Elizabeth Kübler-Ross (23-26 maj 2012)**

oraz

**VI Podlaską Międzynarodową Konferencję Naukowo-Szkoleniową
WYZWANIA WSPÓLCZENEJ MEDYCZYNY (24-26 maj 2012)**

W RAMACH JEDNEJ OPŁATY REJESTRACYJNEJ każdy z uczestników będzie miał możliwość udziału w wybranych sesjach obu Konferencji oraz we wszystkich imprezach towarzyszących.

KAŻDY UCZESTNIK OTRZYMA DWA ODREBNE CERTYFIKATY za udział w jednej i drugiej Konferencji

MIEJSCE OBRAD

**Centrum Dydaktyczno-Naukowe Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok**

WPISOWE

Uczestnictwo pełne 450zł do 15.04.2012, 550zł po 15.04.2012

Student (czynny udział - prezentacja pracy) 50zł do 15.04.2012, 100zł po 15.04.2012

Osoba towarzysząca 350zł do 15.04.2012, 450zł po 15.04.2012

Opłata jednodniowa 250zł do 15.04.2012, 350zł po 15.04.2012

WAŻNE TERMINY

do 15.04.2012 zgłoszenie uczestnictwa, nadesłanie streszczenia pracy i pełnej wersji pracy do 15.04.2012 niższa opłata za uczestnictwo.

Szanowni Państwo

Wiodącą tematyką tegorocznych Konferencji będzie dotyczyć pacjenta. Pragniemy przedyskutować liczne problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem i w podnoszeniu jego jakości życia. Przybliżyć zadania pracowników ochrony zdrowia w zwalczaniu agresji i uzależnień. Przeanalizować istotę zagrożeń zawodowych personelu medycznego oraz jego rolę w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Zastanowić się nad problemami etycznymi, społecznymi i wielokulturowymi w medycynie.

Jesteśmy głęboko przekonani, iż Konferencje będą wspaniałą okazją do wymiany poglądów i opinii na temat zadań współczesnej medycyny, a poruszane w trakcie Konferencji tematy pozwolą w sposób jednoznaczny wykazać, że poszanowanie godności pacjenta, dbałość o zapewnienie mu komfortu bio-psycho-społecznego, bez względu na jego wiek, są obok procesu leczenia, naczelnym celem działań wszystkich członków zespołu terapeutycznego.

Wierzmy, że wszyscy uczestnicy Konferencji wyjadą z niej z przekonaniem, wyrażonym słowami Gordona Thomasa: „Aby zrozumieć drugiego człowieka, należy go zrozumieć tak, jak gdyby być w jego wnętrzu. Należy patrzeć jego oczyma, tak by widzieć, jak wygląda jego świat i jak on ocenia siebie. Zamiast przyglądać mu się z zewnątrz, jak gdyby był jakimś okazem naukowym, należy umieć przebywać w jego świecie, wnikać w niego po to, by odczuć od wewnątrz, jak dla niego wygląda życie”. Tak bowiem powinniśmy traktować naszego pacjenta. Żywimy także głęboką nadzieję, iż to majowe spotkanie, w najpiękniejszej porze roku, będzie nie tylko wspaniałą okazją do nawiązania nowych kontaktów naukowych i osobistych, ale także zapewni Państwu możliwość poznania pięknego Podlasia, z jego stolicą Białymstokiem. Miasta i regionu, gdzie od wieków żyją wspólnie ludzie różnych kultur, wyznań i narodowości, gdzie panuje otwartość, życzliwość i gościnność. Regionu, który dzięki unikalnym walorom środowiska naturalnego zyskał miano „Zielonych Płuc Polski”.

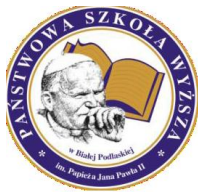
Serdecznie zapraszamy

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Wiceprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego

dr n. med. Cecylia Łukaszuk, dr n. med. Jolanta Lewko, prof. dr hab. n. med. Wojciech Kulak



KOMUNIKAT KONFERENCJI NAUKOWEJ ORAZ WARSZTATÓW SZKOLENIOWYCH
SPECYFIKA DZIAŁAŃ RATOWNICZYCH W ZWALCZANIU ZAGROŻEŃ
CYWILIZACYJNYCH
 organizowanej przez
Zakład Ratownictwa Medycznego Instytutu Zdrowia
Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
w dniu 17 maja 2012 roku

Patronat honorowy
 JM Rektor Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej
 prof. dr hab. Mieczysław Adamowicz

Celem konferencji jest wymiana doświadczeń i wzbogacenie wiedzy na temat postępowania ratunkowego w przypadku zwalczania skutków katastrof i klęsk żywiołowych niezależnie od ich przyczyny i miejsca wystąpienia.

TEMATYKA KONFERENCJI

1. Złota godzina - prof. dr hab. Krzysztof Przesmycki
2. Urazy wielonarządowe – dr n. med. Agnieszka Mikula - Mazurkiewicz
3. Bioterroryzm - lek. med. Adam Macech
4. Specyfika działań ratowniczych w zwalczaniu skutków trzęsienia ziemi - bryg. mgr inż. Leszek Tanaś
5. Współdziałanie służb ratunkowych w katastrofach - st. bryg. mgr inż. Stanisław Sulenta

WARSZTATY SZKOLENIOWE

- I. Wykonywanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu.
- II. Wykonywanie kaniulacji żył obwodowych górnych i dolnych oraz żyły szyjnej zewnętrznej.
- III. Ocena stanu osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- IV. Prowadzenie zaawansowanej resuscytacji krążeniowo- oddechowej u dorosłych z wykorzystaniem fantomu SKILLMAN 3 G

WAŻNE INFORMACJE

Konferencja skierowana jest do ratowników medycznych, pielęgniarek oraz lekarzy.

Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne (6 punktów) na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz. U nr 112, poz. 775).

Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne (8 punktów) na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U nr 231, poz. 2326).

Miejsce konferencji: *Aula 159R budynek Rektoratu PSW, ul. Sidorska 95/97.*

Oplata konferencyjna wynosi:

- studenci 50 PLN
- pozostali uczestnicy 100 PLN

Oplata obejmuje uczestnictwo w konferencji, materiały konferencyjne, certyfikat, catering.

Termin zgłoszeń i dokonywania wpłat - **do 22 kwietnia 2012 roku.**

Karta zgłoszenia dostępna na stronie internetowej uczelni: www.pswbp.pl

Nr konta: Kredyt Bank S.A. O/Biała Podlaska 45 1500 1331 1213 3001 7949 0000 z dopiskiem: Instytut Zdrowia – konferencja ratownictwa



OPIEKA NAD POŁOŻNICĄ Z ZAKAŻONĄ RANĄ POPORODOWĄ

Zakażenia uznawane są za najczęstsze i najpoważniejsze powikłania pooperacyjne po zabiegach położniczych. Łączy się to z nasileniem częstości występowania zakażeń szpitalnych oraz ze zmienionymi mechanizmami w układzie odpornościowym ciężarnej [5, 6, 19, 21].

Zakażenia ran poporodowych oraz sam uraz operacyjny są przyczyną odpowiedzi immunologicznej nazwanej reakcją „ostrej fazy”, którą klinicznie określamy jako zapalenie. Od intensywności zakażenia i sił obronnych organizmu zależy zdolność zlokalizowania i zlikwidowania choroby. Proces ten rozpoczyna się od lokalnej aktywacji układów krzepnięcia i fibrynolizy. W procesie tym wydalone białka zasadowe i lizozym stwarzają środowisko zewnątrzkomórkowe niszczące bakterie [21].

Infekcje te stanowią powikłania znane od XVI wieku, skąd pochodzą pierwsze dokładne opisy w literaturze fachowej. Wprawdzie wprowadzenie antybiotyków, udoskonalenie techniki szycia, opracowanie standardów pielęgnacyjnych wpłynęło na częstość występowania, rokowanie i patogenezę zakażeń ran. Obecnie obniżenie tego powikłania jest ciągłą troską położniczo - pielęgnarską. Zakażenia ran po cięciu cesarskim i po porodzie drogami natury w istotny sposób wydłużają czas i koszty hospitalizacji, przedłużają okres pielęgnacji i zwiększają ogólny odsetek chorobowości pacjentek [5, 6, 9, 15, 23].

Częstość tego powikłania jest większa po cięciu cesarskim wykonanym ze wskazań nagłych niż po planowym zabiegu. Dane dotyczące porównania cięcia cesarskiego z porodem drogami natury są zróżnicowane [7, 8].

Wykazano w sposób jednoznaczny, że profilaktyczne stosowanie antybiotyków w czasie cięcia cesarskiego zmniejsza częstość zakażeń operacyjnych. Celem zabezpieczenia przed powstaniem szczepów opornych wskazane są zmiany antybiotyków stosowanych w profilaktyce mniej więcej co dwa lata. Antybiotyków tych nie powinno się podawać w leczeniu zakażeń [4, 5, 8].

Klinika zainfekowanych ran jest bardzo dobrze opisana, ale w dostępnej literaturze na przełomie ostatnich lat doniesień związanych z problematyką pielęgnacji rany zakażonej jest nieco mniej. Możliwe, że osiągnięcia w leczeniu są dobrze opanowane. Występowanie zakażeń wiąże się nie tylko ze sposobem leczenia, ale i opieką pielęgnacyjną, jak również wpływ mają czynniki ryzyka związane z pacjentem, rodzajem zabiegu, techniką chirurgiczną, opieką przedoperacyjną, personelem, wyposażeniem sali operacyjnej i sali porodowej oraz planowaniem działań położniczych [2, 6, 9].

Opieka pielęgnarsko - położnicza to bardzo szeroki obszar świadczeń zdrowotnych realizowanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentką, stąd jakość opieki zdrowotnej znacznie zależy od tych usług. Położna, jako pierwsza rozpoznaje objawy kliniczne sugerujące zakażenie ran poporodowych, ponieważ wnikliwie obserwuje stan ogólny, położniczy

i psychiczny pacjentki z uwzględnieniem stanu rany po cięciu cesarskim lub po porodzie siłami natury.

Dane naukowe wykazują, że duża liczba bakterii w ranie operacyjnej i spadek odporności sprzyjają powstaniu zakażeń, a środowisko szpitalne zwiększa kolonizację skóry i pochwy drobnoustrojami chorobotwórczymi. Dlatego należy zmniejszyć ryzyko i powikłania stosując środki zapobiegawcze, na przykład osoby z zakażeniem skóry, zwłaszcza wywołanym przez gronkowce nie powinny brać udziału w zabiegach operacyjnych. Stwierdzenie zakażenia gronkowcowego wśród pacjentów z czystymi ranami wymaga dalszych badań w celu wykrycia bezobjawowego nosicielstwa (zwykle w nosie) [5, 11, 15, 19].

Właściwa opieka położniczo - ginekologiczna przyczynia się do uzyskania oczekiwanych zmian w stanie zdrowia pacjentek, zwiększa ich zdolność do samoopieki, wzmacnia świadomość zdrowotną. Oparcie się na standardach pozwala świadczyć opieką ciągłą i profesjonalną. Położne, świadome swoich profesjonalnych zadań, powinny odgrywać większą rolę w systemie opieki położniczo - ginekologicznej [2, 9, 19, 22].

W pracy przedstawiono problemy pielęgnacyjne związane z zakażoną raną po cięciu cesarskim. Z wywiadu ogólnego i położniczego wynika, że pacjentka nie była przygotowana do prokreacji. Nowa sytuacja życiowa była dla niej wielkim obciążeniem psychicznym i fizycznym, nie mogła kontynuować nauki w szkole, organizm nie był przygotowany do pełnienia nowej roli, nie była prawidłowo odżywiona, nie znała zasad higieny. Po przyjęciu w oddział objęto ją specjalistyczną opieką pielęgnarsko - położniczą.

Organizm pacjentki nie zlikwidował siłami obronnymi infekcję, stan odporności był zbyt słaby. Dołączyły się czynniki egzo i endogenne sprzyjające rozwojowi zakażenia, długi okres hospitalizacji i wielokrotne badanie przez pochwę. Cięcie cesarskie wykonane było w trybie nagłym, a to i wymienione czynniki sprzyjają zakażeniom. Badania naukowe wykazały skuteczność profilaktycznego stosowania antybiotyków w zmniejszeniu częstości poporodowego zakażenia rany po cięciu cesarskim. Głównie po zabiegu wykonanym w trybie nagłym, kiedy przygotowanie pola operacyjnego mogło być niewystarczające. Antybiotyki stosowane w profilaktyce powinny być skuteczne w konkretnym środowisku szpitalnym, dobrane na podstawie wyników badań bakteriologicznych.

Konkretne działania składające się na przygotowanie pacjentki do operacji dają szansę zminimalizowania ryzyka infekcji. W położnictwie pierwotnym endogennym źródłem drobnoustrojów są powłoki jamy brzusznej i pochwy, dlatego wskazane jest właściwe przygotowanie pola operacyjnego przez:

- wyeliminowanie wszelkich innych zakażeń bakteryjnych przed zabiegiem,



- usuwanie włosów tylko wtedy, gdy w sposób bezpośredni utrudniają one wykonywanie zabiegu,

- oczyszczenie i przemycie roztworem antyseptycznym obszar większy od pola operacyjnego (pochwę przygotowuje się tak samo, jeżeli zabieg będzie w tej okolicy).

W profilaktyce zakażenia rany po cięciu cesarskim skuteczna jest właściwa pielęgnacja pooperacyjna, czyli stosowanie sterylnej opatrunku na ranę przez 24 – 48 godz. po zabiegu z zachowaniem zasad aseptyki.

Dla zapewnienia położnicy odpowiedniej opieki należy postępować zgodnie z określonymi procedurami i standardami. Standardy w postępowaniu z zakażoną raną po cięciu cesarskim ułatwiają profesjonalne pielęgnowanie. W pielęgnacji rany zakażonej obowiązuje taki sam reżim jak przy ranach aseptycznych:

- mycie i dezynfekcja rąk,
- używanie rękawiczek i odzieży ochronnej,
- niedotykanie rany lub opatrunku gołymi rękami,
- opatrunki wchodzące w kontakt z raną muszą być sterylne,
- materiały i narzędzia stosowane podczas zmiany opatrunku muszą być jałowe,
- stolik lub taca opatrunkowa musi być tak przygotowana, by wszystko, co potrzebne, było pod ręką.

Tylko właściwa opieka pielęgniarsko – położnicza przyczynia się do szybkiego powrotu do zdrowia i skraca czas hospitalizacji pacjentki. Powrót do zdrowia jest dłuższy po cięciu cesarskim z zakażoną raną niż po nie powikłanym zabiegu lub porodzie siłami natury. Powoduje to ograniczoną ruchomość i zdolność pacjentki do opieki i pielęgnacji nad noworodkiem. Położnica wymaga pomocy przy karmieniu naturalnym z uwzględnieniem najwygodniejszej pozycji i prawidłowej techniki karmienia. Musi być bezwzględnie nauczona przestrzegania reżimu sanitarnego pielęgnując lub dotykając noworodka. W zakresie opieki nad noworodkiem położnica otrzymuje wiadomości o kąpieli i higienie noworodka, a ze względu na jej ogólne osłabienie przyswojenie tej wiedzy i zdobycie potrzebnych umiejętności do sprawowania opieki i pielęgnacji wydłuża się. Wymaga wsparcia w uzmysłowieniu macierzyństwa i wytworzeniu więzi z dzieckiem oraz integracji w nowej rodzinie.

Powikłania wynikające z zakażeń w położnictwie mogą wpływać na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz na jej funkcjonowanie w społeczeństwie zarówno bezpośrednio po porodzie jak i w przeszłości. Opieka położnej jest potrzebna kobietom w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży, porodu, porożu. Prawidłowo sprawowana kształtuje postawę kobiety i jej otoczenia do uzyskania najwyższej jakości życia i przyczynia się do:

- poprawienia komfortu pobytu pacjentek w oddziale szpitalnym,
- skrócenia czasu pobytu pacjentek w szpitalu,
- umożliwienia uczestniczenia w pielęgnowaniu noworodka,
- zmniejszenia liczby powikłań poporodowych,
- zmniejszenia kosztów pobytu pacjentek w szpitalu (kosztują antybiotyki, materiały opatrunkowe, dodatkowe zabiegi i dłuższa pielęgnacja).

Jakość opieki pielęgniarsko – położniczej powinna być ciągle udoskonalana wraz z aktualną, profesjonalną wiedzą. Procedury postępowania zapewniają bezpieczeństwo i dostosowanie świadczeń do zapotrzebowania odbiorców i ich stanu zdrowia i wiedzy [6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 23].

Zakażenia szpitalne stanowią olbrzymi i złożony problem nękający współczesną medycynę i będący paradoksalnym zjawiskiem towarzyszącym postępowi w dziedzinie nauk biomedycznych. Wprowadzenie do leczenia antybiotyków, tylko częściowo przyczyniło się do poprawy sytuacji [6, 23].

Według współczesnej definicji zakażeniem szpitalnym jest każde zakażenie związane z pobytem w szpitalu czyli takie, które nie było stwierdzone przy przyjęciu, a wystąpiło w okresie pobytu pacjenta w szpitalu lub po wypisaniu do domu, z uwzględnieniem okresu wylegania. Najczęściej za szpitalne zakażenie przyjmuje się takie, które wystąpiło po 48 godzinach po przyjęciu lub wypisie ze szpitala. Okres ten jest dłuższy dla zakażeń o długim okresie wylegania, np. HBV, HCV, HIV czy gruźlica. Zakażenia szpitalne dzieli się na endogenne i egzogenne. Zakażenie endogenne wywołane są przez drobnoustroje bytujące w organizmie chorego, które w niesprzyjających warunkach choroby, osłabienia, farmakoterapii czy leczenia operacyjnego mogą wywołać zakażenia. Zakażenia egzogenne wywołane są przez florę szpitalną nabytą bezpośrednio od innego pacjenta lub ze środowiska szpitalnego albo za pośrednictwem personelu szpitala [15, 21].

Rany pooperacyjne na oddziałach położniczych, czyli głównie po cięciu cesarskim i nacięciu krocza częściej ulegają zakażeniu w trakcie hospitalizacji niż rany pooperacyjne na oddziałach typowo chirurgicznych ponieważ ważnym źródłem zakażeń jest flora pochwy [5, 10, 19, 24].

Niezależnie od profilu oddziału, najgroźniejsze, bo trudne do wyleczenia są zakażenia wywołane przez szczepy szpitalne ze względu na ich oporność na wiele antybiotyków. Celem zmniejszenia ryzyka występowania tych

infekcji powołano komisję kontroli zakażeń, która wraz z personelem oddziałów wypracowuje wspólne zasady postępowania umożliwiając prowadzenie kontroli nad zakażeniami wewnątrz szpitalnymi pochodzenia endogennego lub egzogennego [6, 9, 10, 11, 12, 19].

Profilaktyka zakażeń ran w porożu

Poroż jest okresem, w którym cofają się ciążowe i poporodowe zmiany ogólnie – ustrojowe oraz w obrębie narządów płciowych i rozpoczyna się laktacja. W tym okresie organizm kobiety jest szczególnie obciążony fizycznie i psychicznie, dlatego tak ważna jest prawidłowo ukierunkowana obserwacja i pielęgnacja. Poroż fizjologiczny rozpoczyna się z chwilą porodu kompletnego popłodu i trwa 6 – 8 tygodni. Charakteryzuje się czterema jednocześnie przebiegającymi procesami:

1. cofanie się zmian ciążowych i poporodowych,
2. gojenie się ran poporodowych,
3. rozpoczęcie i utrzymanie laktacji,



4. ponowne podjęcie czynności przez jajniki [1, 2, 3, 4, 9, 18].

Profilaktyka zakażeń ran to:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki (częste mycie rąk personelu medycznego, pomocniczego i położnic, dobra organizacja pracy na oddziale położniczo – noworodkowym to znaczy wspólne sale dla matek i dzieci *rooming – in*, ściśle przestrzeganie techniki wykonywanych badań i zabiegów),
- właściwe przygotowanie pola operacyjnego do zabiegu (usuwanie włosów na skórze powinno być tuż przed zabiegiem operacyjnym przy użyciu atraumatycznej maszynki do strzyżenia, przemyty obszar roztworem antyseptycznym musi być większy od pola operacyjnego, jeśli zabieg dotyczyć będzie pochwy należy przygotować ją w podobny sposób jak pole operacyjne),
- prawidłowe szycie brzegów rany (zbliżając do siebie odpowiednie warstwy tkanek, nadmiernie ich nie ścisnąć, zachować dobre ukrwienie, zadbać o prawidłową i drobiazgową hemostazę, maksymalnie ograniczyć ilość pozostawianych w ranie ciał obcych, tzn. szwów, delikatnie

obchodzić się z tkankami, nie dopuszczać do gromadzenia się w ranie surowiczo – krwistej wydzieliny stosując drenaż),

- ocena stanu ogólnego pacjentki, w razie potrzeby wyrównanie niedoboru białka, elektrolitów i płynów,
- właściwa pielęgnacja rany po zabiegu (toaleta rany środkiem dezynfekującym, założenie w sposób aseptyczny jałowego, przewiewnego opatrunku),
- skuteczny program nadzoru nad zakażeniami ran poporodowych przez wprowadzenie jednolitych i zrozumiałych metod codziennej kontroli rany – jej bezpośrednią obserwację w połączeniu z przeglądem dokumentacji medycznej. Częste badanie flory bakteryjnej oddziału,
- prowadzenie ustawicznego kształcenia personelu z zakresu postępowania aseptycznego i antyseptycznego oraz zapobiegania zakażeniom wewnątrzodziałowym [1, 2, 4, 9, 19, 23].

Piśmiennictwo

1. Bręborowicz G.: Położnictwo. Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2002.
2. Cekański A.: Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych. Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999.
3. Chazan B. (red.): Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego. Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 1997.
4. Chazan B., Leischang J.: Postępowanie w nagłych stanach w położnictwie i ginekologii. Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 2001.
5. Eschenbach D.: Zapobieganie i leczenie zakażeń ran operacyjnych. Ginekologia po dyplomie. 1999.07. tom 1: 77 – 84.
6. Gruca Z.: Zakażenia miejsca operowanego. Zakażenia 2004.06: 18 – 12.
7. Hema R. K., Johanson R.: Techniki wykonywania cięcia cesarskiego. Medycyna praktyczna Ginekologia i Położnictwo 2002.03: 40 – 45.
8. Jackson N., Brown – Paterson S.: Powikłania związane z cięciem cesarskim. Medycyna praktyczna. Ginekologia i Położnictwo 2002.03: 40 – 45.
9. Klusek – Łepecka C. (red.): Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Wyd. Czelej Lublin 2003.
10. Kruk – Kupiec G. Bochenek K.: Zakażenia szpitalne dziś i jutro. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1998.05: 24 – 25.
11. Kuryłło M.: Wpływ profilaktycznego stosowania antybiotyków na częstość występowania gorączki i zakażeń przyrannych po operacjach ginekologicznych u pacjentek o zwiększonym ryzyku infekcji. Ginekologia Polska 2001 V symposium.
12. Kwiatkowski T., Drożdżewicz M., Łotocki W.: Stosowanie antybiotyków w zapobieganiu i leczeniu zakażeń w położnictwie i ginekologii. Suwalskie Towarzystwo Ginekologiczne Biuletyn 1995. 4 (14): 6 – 25.
13. Łabęcka M., Kordek K.: Zakażenie wewnątrzszpitalne laseczką zgorzeli gazowej – opis przypadku. Blok operacyjny. 2002: 5 (2): 58 – 59.
14. Maciejczyk – Pencuła M., Szymczuk G., Kotarski J.: Ocena kliniczna przebiegu pooperacyjnego po wycięciu macicy z przydadkami bez zszywania otrzewnej. Wiadomości Lekarskie. 2003. 53. (3/4): 136 – 139.
15. Markwitz W., Bręborowicz G. (red.): Profilaktyczne stosowanie augmentyny (amoksycylina z kwasem klawulanowym) w cięciach cesarskich i operacjach ginekologicznych. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. 1999: 28 supl. 17: III Poznańskie Dni Medycyny Perinatalnej, wrzesień 1999: 84 – 87.
16. Paciorek J.: Profilaktyczne stosowanie antybiotyków w czasie porodu. Medycyna praktyczna. Ginekologia i Położnictwo. 3 (31) 5/6 2004: 41 – 49.
17. Pilch T., Bauman T.: Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe. Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
18. Pisarski T. (red.): Położnictwo i Ginekologia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
19. Piskorz K.: Monitorowanie jakości opieki zdrowotnej, doświadczenia własne. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1998 (5): 24 – 25.
20. Południewski G., Bielecki M., Kluz – Kowal A.: Profilaktyka zakażeń pógogowych przez zastosowanie preparatu Gyno – Pevaryl 150. Ginekologia Polska 1995: 66 (2): 117 – 120.
21. Słomko Z. (red.): Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Wyd. Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej. Poznań 2002.
22. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Wyd. Czelej Lublin 2004.
23. Urbanek B.: Sto lat antyseptyki w położnictwie. Pielęgniarka i Położna 1995: 37 (10): 18.
24. Weiss J., Malone F.: Ciąża u otyłych kobiet. Ginekologia po dyplomie, marzec 2002 (18): 12 – 19.

lic. poł Barbara Rejek
położna WSzS w Białej Podlaskiej

Funkcje zawodowe i treść zadań zawodowych pielęgniarki onkologicznej.



Funkcję zawodową określamy jako zespół złożonych zadań zawodowych i szczegółowych czynności, które podejmowane są na rzecz jednoznacznie określonego celu. Czynności zawodowe są elementem zadania, ponieważ wykonywane są po to, żeby zrealizować zadanie i osiągnąć cel. Funkcje zawodowe pielęgniarki formułowane są przede wszystkim w odniesieniu do celów i zadań stawianych przed pielęgniarstwem oraz do sformułowanej roli zawodowej pielęgniarki. Funkcje pielęgniarki wywodzą się bezpośrednio z istoty i misji pielęgniarstwa w społeczeństwie: w każdym kraju powinny znajdować odzwierciedlenie w prawnej regulacji spraw związanych z pielęgniarstwem.

Analizując zakres funkcji współczesnego pielęgniarstwa zadań wynikających z roli zawodowej polskiej pielęgniarki, można wyodrębnić zadania, które pielęgniarka w Polsce wykonuje na rzecz podopiecznego i takie, które dotyczą działań na rzecz własnego rozwoju i rozwoju własnych profesji.

Uwzględniając treść roli zawodowej, określamy, że celem zadań zawodowych realizowanych przez pielęgniarkę na rzecz podopiecznego jest:

- wzmacnianie i potęgowanie zdrowia;
- zapobieganie chorobom;
- motywowanie podopiecznych do podejmowania świadomej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- udzielanie pomocy w rozwiązywaniu indywidualnych problemów podopiecznych związanych ze stanem zdrowia;
- współdziałanie w procesie diagnozowania, terapii i usprawniania podopiecznych.

Zadania te możemy pogrupować, przyjmując jako kryterium cel podejmowania działań pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki, i określamy jako funkcje:

- promowanie zdrowia,
- profilaktyczną
- wychowawczą,
- opiekuńczą,
- terapeutyczną,
- rehabilitacyjną

Wymienione funkcje bezpośrednio odnoszą się do roli zawodowej pielęgniarki, tzn. działań podejmowanych na rzecz podmiotu opieki.

Tabela 2. Cel działań pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki a funkcje zawodowe pielęgniarki.

Cel działań pielęgniarki na rzecz podmiotu	Funkcja zawodowa pielęgniarki
Pomaganie podopiecznemu w rozwiązywaniu jego indywidualnych problemów wynikających z życia z chorobą lub niepełnosprawnością	Opiekuńcza
Pomaganie podopiecznemu w rozwiązywaniu jego indywidualnych problemów wynikających z indywidualnej reakcji na stosowane metody diagnozowania, leczenia, rehabilitacji	
Udzielanie wsparcia w cierpieniu i umieraniu	
Motywowanie podopiecznego do podejmowania świadomej odpowiedzialności za swoje zdrowie i zdrowie swoich najbliższych. Przygotowanie podopiecznego do samoopieki i świadczenia opieki nieprofesjonalnej	Wychowawcza
Wzmacnianie i potęgowanie zdrowia	Promowanie zdrowia
Zapobieganie chorobom, niepełnosprawności, urazom, wypadkom	Profilaktyczna
Stosowanie zabiegów ustalonych w planie terapii	Terapeutyczna
Usprawnianie fizyczne, psychiczne, społeczne	Rehabilitacyjna

Choroba nowotworowa jest schorzeniem długotrwałym, bolesnym i uciążliwym. W jej trakcie występuje m. in. lęk przed cierpieniem psychofizycznym, a to może stać się przyczyną zmian struktury osobowości. Pielęgniarstwo onkologiczne jest bardzo szczególną dziedziną wiedzy. Od pielęgniarki onkologicznej oprócz wysokich kwalifikacji, niezbędnych w procesie leczenia, wymaga się również dużych umiejętności w zakresie pielęgnacji ciała, jak i ducha osoby leczonej oraz udzielania pomocy i wsparcia w rozwiązywaniu indywidualnych problemów pacjentki związanych



ze stanem zdrowia. Prawidłowe rozpoznanie potrzeb chorej, ich zaspokojenie, rozwiązywanie trudnych problemów oraz prowadzenie działań edukacyjnych umożliwia zapewnienie profesjonalnej i bezpiecznej opieki.

Pielęgniarka onkologiczna jest odpowiedzialna za bezpośrednie zaangażowanie się w opiekę nad pacjentką i jej rodziną. Aby zapewnić wysoką jakość opieki musi współpracować z innymi członkami zespołu medycznego. Bardzo ważną rolę pielęgniarki onkologicznej jest pomoc pacjentce i jej rodzinie w wyjaśnieniu istoty choroby, łagodzenie przykrych emocji i dolegliwości, jaki wywołuje choroba i jej leczenie.[1]

Nastawienie pacjenta do choroby zależy od stylu komunikacji z lekarzem i pielęgniarką. Właściwa komunikacja buduje zdrowe relacje, a także poprawia samopoczucie pacjenta i jego postrzeganie choroby i własnego życia. Samo obiektywne przekazywanie surowych informacji nie wystarcza, musi być w pewnym stopniu zrównoważone przez współczucie i uczucia. W podręcznikach psychologii i medycyny dużo uwagi poświęca się zagadnieniom komunikacji interpersonalnej. Zwraca się uwagę na cechy dobrej komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, ich elementy składowe, techniki ułatwiające dobrą współpracę z pacjentem oraz bariery komunikacyjne. Wylicza się korzyści płynące z dobrej, efektywnej komunikacji - zarówno dla pacjenta, jak i personelu medycznego.

Aspekty procesu komunikacyjnego odgrywające szczególną rolę w kontakcie z pacjentem z chorobą nowotworową:

Poszanowanie godności i autonomii

Opieka nad chorym i czynności pielęgniacyjne powinny przebiegać w sposób szanujący godność i podmiotowość pacjenta. Także w wykonywaniu zabiegów jest możliwe pozostawienie pola dla decyzji lub samodzielnego wykonywania przez pacjenta, unikanie postawy wyniosłej i niepotrzebnie dystansującej oraz podkreślenie osiągnięć, jeśli takie udaje się dostrzec u pacjenta.

Umiejętność rozpoznawania stanu emocjonalnego osoby chorej

Pielęgniarkom często lepiej niż lekarzom udaje się uzyskać wgląd w świat emocjonalny chorego, rozpoznać ewentualne mechanizmy obronne oraz zrozumieć przyczyny zachowania pacjenta. Dzieje się tak z uwagi na intensywniejszy i długotrwały kontakt z chorym, więcej okazji do rozmów oraz możliwość obserwacji zachowań pacjentów w różnorodnych sytuacjach, także w kontaktach z rodziną oraz innymi pacjentami. Empatia emocjonalna, czyli zdolność odczytywania uczuć i stanów drugiej osoby, może przybrać formę przenikliwej świadomości potrzeb tej osoby. Może oznaczać umiejętność spojrzenia na rzeczywistość oczami tej osoby. Czasami jest to wyczucie nadziei i lęków drugiego człowieka, nawet jeśli nie potrafi on wyrazić ich słowami. Empatia jest szczególnie ważna wtedy, gdy ludzie skrywają prawdziwe uczucia.

Możliwość oddziaływania na stan emocjonalny pacjenta

Trafne rozpoznanie stanu psychicznego pozwala na pogłębiony kontakt z chorym oraz umożliwia mu lepsze znoszenie dyskomfortu i obniżenie stresu. Oczywiście, zadaniem personelu pielęgniarskiego nie jest prowadzenie terapii, jednakże otwarta postawa i rozmowa zawierająca element akceptacji i zrozumienia mają w sobie czynnik terapeutyczny. Pacjent zyskuje możliwość podzielenia się swoimi uczuciami, przemyśleniami i wątpliwościami, przez co może zwiększyć dystans do nich. Czuje się mniej osamotniony i bezradny. Zyskuje informacje pozwalające spojrzeć na chorobę z innej perspektywy; niekiedy uświadamia sobie pozytywne aspekty swojego położenia, których wcześniej nie dostrzegał. Stwarzając atmosferę zaufania i otwartości na świat chorego, pielęgniarka przyczynia się do postępu w leczeniu poprzez oddziaływanie na kondycję psychofizyczną pacjenta.

Rozpoznawanie własnych możliwości w kontakcie z chorym

Przydatna w kontakcie pielęgniarki z pacjentem i jego rodziną jest znajomość cech swojej osobowości oraz mocnych i słabych stron w komunikacji interpersonalnej. Istotną rolę odgrywa świadomość własnych zasobów i ograniczeń rzutujących na wykonywane zadania oraz umiejętność przewidywania swojego zachowania. Przydatna jest wiedza o zdrowiu, chorobie i człowieku- pozwalająca na zindywidualizowane podejście i lepsze zrozumienie sytuacji chorego. Duże znaczenie ma też pozbycie się lęku przed odsłonięciem się oraz przed nacechowanym autentycznością wyrażaniem własnych emocji. Nie chodzi tu o zatarcie granic w kontakcie z chorym- chodzi o prawdę, której istotą jest wyrażenie wspólnoty- umiejętność okazywania zaangażowania w sytuację podopiecznych.

Świadomość czynników zakłócających dobrą relację z pacjentem

Elementami zakłócającymi dobry kontakt z chorym mogą być między innymi: deficyty w zakresie umiejętności komunikacyjnych, brak wiedzy dotyczącej funkcjonowania psychiki (zwłaszcza sytuacji trudnych), czy też brak wglądu we własne problemy mogące rzutować na kontakty z pacjentem. W kontakcie pielęgniarki z pacjentem onkologicznym występuje ryzyko popełniania następujących błędów:

- błąd sędziego-postawa krytyczna i nadmiernie oceniająca;
- błąd naukowej obiektywności- lekceważenie świata doznań pacjenta i opieranie ocen wyłącznie na wynikach badań fizykalnych
- błąd maski- skrywanie uczuć i zwykłych, ludzkich reakcji za maską zawodowej rutyny i obojętności



Błędem jest także niepotrzebne stosowanie naukowego słownictwa, przekazywanie nadmiernej liczby informacji w jednej rozmowie, a także przyjmowanie roli zwierzchniej i kierowniczej, zamiast wspierającej i doradczej. Błąd stanowi też czynienie ukrytych założeń- np. zaniechanie lub też rezygnacja z prób nawiązania kontaktu z chorym na podstawie stereotypowego podejścia do jego reakcji i zachowań. Błędy może ponadto generować zapominanie o fazowym przebiegu reagowania na chorobę i, co za tym idzie, nieuwzględnienie specyfiki etapu, na jakim aktualnie znajduje się pacjent.

Pielęgniarstwo onkologiczne jest uznaną i intensywnie rozwijającą się w świecie dziedziną wiedzy w swej nowoczesnej formie posługuje się systemem działań zorganizowanych. Pielęgniarka przed przystąpieniem do pracy zbiera i gromadzi dane pozwalające na ustalenie rozpoznania pielęgniarstwa, co pozwala dopasować metody opiekuńczo - pielęgnacyjne do indywidualnej sytuacji człowieka chorego. W kontakcie z chorym na nowotwór na każdym etapie liczy się właściwa interpretacja faktów - tak w odniesieniu do wiedzy klinicznej, jak również w perspektywie fenomenologicznej, behawioralnej i społecznej.[2]

Współczesne pielęgniarstwo onkologiczne dąży do:

- zapewnienia możliwie najlepszej opieki człowiekowi zdrowemu i choremu
- wzbogacania, a także kształcenia kadry pielęgniarstwa
- poszerzania i tworzenia bazy naukowej oraz prowadzenia prac badawczo-naukowych
- humanizmu w pielęgniarstwie
- holizmu w opiece - traktowania pacjenta jako całości biopsychospołeczno-duchowej

Zadania pielęgniarki onkologicznej odnoszące się do profesjonalnego współczesnego pielęgniarstwa to:

- pielęgnowanie w zdrowiu i chorobie
- holizm w opiece
- współdziałanie z chorym
- samodzielność w sprawach pielęgnowania
- odpowiedzialność w stosunku do pacjenta.[4]

Piśmiennictwo

1. Ciechaniewicz W., Dawca i biorca pielęgnowania., W: Podstawy pielęgniarstwa., red. Ślusarska B, Zarzycka D., Zahradniczek K. Wyd. Czelej, Lublin 2004
2. Tubielewicz E., Pielęgnowanie pacjentki po mastektomii w czasie leczenia uzupełniającego., Nowoczesne pielęgniarstwo i położnictwo vol.1 nr.1 2007
3. Słowińska J., Ossowski R. , Rola pielęgniarki w opiece psychoonkologicznej. W: Pielęgniarstwo onkologiczne red. Nowicki A. Wyd. TerMedia, Poznań 2009
4. Koper A. (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne. Wyd. PZWL, Warszawa 2011

mgr Elżbieta Macech
pielęgniarka
WSzS Biała Podlaska

Profilaktyka krzywdzenia małych dzieci

Dziecko w każdym wieku powinno doznawać miłości i wsparcia ze strony dorosłych. Krzywdzenie dziecka zawsze negatywnie wpływa na jego rozwój, jednak przemoc i zaniedbywanie doznane w pierwszych trzech latach życia jest szczególnie niszczące dla rozwoju dziecka. Równocześnie, jak pokazują badania, to właśnie dzieci do 3. roku życia są najbardziej narażone na krzywdzenie i zaniedbywanie (WHO 2006). Dzieci te są najbardziej bezbronne i mają najmniejszy kontakt z osobami spoza rodziny, które byłyby w stanie zauważyć krzywdę dziecka i podjąć interwencję. Jeśli rodzice nie chronią ich i nie wspomagają ich rozwoju, może dojść do tragedii. Statystyki pokazują, że sprawcami przemocy wobec najmłodszych dzieci najczęściej są rodzice i opiekunowie.

Małe dzieci są niezwykle kruche, dlatego łatwo jest je skrzywdzić. Czasami sprawcami tragedii są kochający rodzice, troszczący się o swoje dziecko, ale nie wiedzący, że pewne zachowania (np. potrząsanie dzieckiem) mogą być dla dziecka niebezpieczne. Inni nie potrafią odnaleźć się w roli rodzica, nie radzą sobie bowiem z własnymi problemami. Jeszcze inni nie wynieśli pozytywnych wzorców z własnego dzieciństwa i nie wiedzą, że ich zachowanie może być dla dziecka krzywdzące. Wiemy, że wielu z tragedii można uniknąć!

Rola położnych, pielęgniarek pracujących z dziećmi i rodzicami jest wyjątkowa: w wielu przypadkach to pracownicy ochrony zdrowia są jedynymi, którzy poza rodzicami mają kontakt z dzieckiem, a więc mogą zaobserwować trudności i problemy rodziny.

Zadanie to nie jest łatwe. Brak pewności czy wiedzy co zrobić sprawia, że czasami nie podejmujemy działania. Dlatego tak ważne jest, aby wiedzieć jak rozpoznawać czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci oraz jak skutecznie wspierać rodziców małych



dzieci, tak aby potrafili odpowiednio opiekować się swoimi dziećmi, jakie działania podejmować, gdy pojawi się potrzeba wsparcia rodziców, którzy nie radzą sobie z opieką i wychowaniem dziecka.

Przemoc wobec dzieci

4-letni Oskar został pobity na śmierć przez swoich opiekunów. Jak pokazały późniejsze ustalenia, rodzina Oskara była pod opieką pomocy społecznej, a dziecko dwukrotnie przed śmiercią znajdowało się pod opieką pracowników pogotowia ratunkowego i szpitala dziecięcego. W czasie przesłuchań matka Oskara i jej konkubent otwarcie mówili o swojej niechęci do dziecka. Sprawa Oskara, niestety, nie była wyjątkiem. Media co pewien czas donoszą o kolejnej tragedii dziecka – pobitego, zaniechanego. O wielu media nie piszą. **Wnioski, jakie wynikają z tych przypadków są następujące:**

1) brak komunikacji pomiędzy profesjonalistami pracującymi z rodzinami – instytucjami ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także instytucjami opiekuńczymi (tj. żłobkami) sprawia, że pomoc nie dociera do rodziny lub pojawia się w niej zbyt późno (np. po hospitalizacji dziecka);

2) profesjonalści pracujący z rodzicami mają zbyt małą wiedzę o czynnikach ryzyka krzywdzenia dzieci oraz sposobach ich identyfikacji, nie mają także wystarczającej wiedzy co zrobić, gdy rodzina pod ich opieką wymaga pomocy i wsparcia.

W Polsce położne i pielęgniarki zajmują szczególne miejsce – mogą jako pierwsze rozpoznać ryzyko krzywdzenia dziecka i udzielić wsparcia rodzicom, tak by do przemocy nie doszło.

Możliwość skorzystania z pomocy, a przede wszystkim z wiedzy położnej środowiskowej w pierwszych tygodniach po porodzie, a potem wsparcia przez kolejne miesiące ze strony pielęgniarki – to dla wielu rodziców jedyny sposób otrzymania wskazówek co do pielęgnacji i wychowania małego dziecka, a także informacji, gdzie rodzic może uzyskać pomoc w trudnej dla siebie sytuacji.

Jak pomagać?

Pamiętaj o tym, że instytucje powołane do wspierania rodzin nie mogą działać, dopóki nie otrzymają informacji, która rodzina potrzebuje pomocy. Dlatego tak niezwykle ważne jest, aby położne i pielęgniarki wykonały pierwszy krok ku temu, aby chronić dziecko – wspomagając rodziców, ale także informując odpowiednie instytucje (OPS) o tym, że dana rodzina potrzebuje wsparcia i pomocy.

Rozpoznawanie czynników ryzyka

Gdy dojdzie do tragedii, jest już zazwyczaj za późno, by chronić dziecko. Wszystkie podjęte działania skupiają się na tym, by jak najlepiej przywrócić dziecku równowagę, pomóc mu przeżyć traumę. Jeśli chcemy skutecznie chronić dzieci przed przemocą musimy zrobić wszystko, żeby do krzywdy nie doszło. Musimy reagować tam, gdzie przemocy jeszcze nie ma. Najłatwiejszą i najskuteczniejszą drogą ku temu jest identyfikacja rodzin, w których występuje ryzyko krzywdzenia dzieci i ich wsparcie. Twoja rola to przede wszystkim identyfikacja rodzin wymagających wsparcia i zmotywowanie ich do szukania dla siebie pomocy.

Niezwykle ważne jest uświadomienie sobie, że oznacza to wspieranie rodzin, które nie stosują przemocy.

Ważne jest, aby na tego typu działania patrzeć jako na działania mające na celu wsparcie rodziny. Oznacza to, że czynniki ryzyka będziemy identyfikować nie tylko w rodzinach, o których myślimy jako o „rodzinach problemowych”, ale przede wszystkim w takich, w których uzależnienie czy przemoc nie występują.

Powszechnie uważa się, że rodzicielstwo to najpiękniejszy okres w życiu każdej rodziny. W rzeczywistości jednak wielu rodziców nowo narodzonych dzieci doświadcza silnego stresu związanego z nową dla siebie rolą. Początki macierzyństwa/ojcostwa to okres wielu radości, ale również czas trudności, zmagania się z wieloma problemami i zmęczeniem. Płacz niemowlęcia, nieumiejętność odczytywania potrzeb małego dziecka, zburzony dotychczasowy rytm życia, brak snu sprawiają, że rodzice często czują się źle w nowej roli, są rozdrażnieni, czasem nie potrafią kontrolować swoich emocji – gniewu, agresji.

Czynniki ryzyka krzywdzenia małych dzieci to wszelkie czynniki zwiększające prawdopodobieństwo, iż dziecko doświadczy intencjonalnego lub nieintencjonalnego krzywdzenia, nieodpowiednich dla niego oddziaływań, które mogą spowodować zaburzenia w przebiegu jego rozwoju. Są to wszelkie czynniki, których identyfikacja wskazuje na szczególną potrzebę wspierania danej rodziny z małym dzieckiem. Czynniki ryzyka mogą być związane ze środowiskiem społecznym, systemem rodzinnym, mogą leżeć po stronie rodziców, dziecka lub innych dzieci w rodzinie. Listę czynników ryzyka można znaleźć na stronie www.dobryrodzic.fdn.pl

Dobry Rodzic – Dobry Start!

Fundacja Dzieci Niczyje prowadzi działania zmierzające do ochrony najmłodszych dzieci przed przemocą poprzez wspieranie pozytywnego rodzicielstwa. Dla rodziców przygotowaliśmy szereg materiałów edukacyjnych: ulotki i broszury edukacyjne tj. „Zamiast klapsa”, „Stres – poradnik dla rodziców małych dzieci”, „Bezpieczny maluch” etc., jak i możliwość skorzystania z bezpośredniej pomocy. Wszystkie działania skierowane do rodziców są bezpłatne.

Dla pielęgniarek i położnych przygotowaliśmy szereg publikacji dotyczących profilaktyki krzywdzenia małych dzieci – są one dostępne w formie online na stronie www.dobryrodzic.fdn.pl w sekcji „Dla profesjonalistów”. Co roku Fundacja Dzieci Niczyje, wspólnie z miastem stołecznym Warszawa, oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym przygotowuje ogólnopolską konferencję „Profilaktyka krzywdzenia małych dzieci”.



Dobry Rodzic – Dobry Start. Wspieranie dobrego rodzicielstwa.

Ciąża to przede wszystkim okres oczekiwania, marzeń, wyobrażeń o dziecku i o sobie w roli rodzica. Potem poród. Płacz, krzyk, radość, łzy - po prostu narodziny nowego człowieka.

Gdy rodzi się mały człowiek, rodzice, tuląc go do siebie, obiecują jemu i sobie, że będą najlepszymi rodzicami na świecie. Wierzą, że zapewnią mu szczęście, radość i wszystko, co konieczne dla jego dobrego rozwoju.

Rzeczywistość nie zawsze wygląda jednak wyłącznie radośnie. Realny obraz rodzicielstwa często odbiega od tego, który na co dzień prezentują nam media, kultura. Zawsze uśmiechnięte, zadowolone dzieci, zadbane i zrelaksowane mamy oraz troskliwi, dumni tatusiowie to niestety niepełny obraz rodzicielstwa. Podjęcie roli rodzica bez wątplenia nie jest zadaniem łatwym. Rodzicielstwu - poza niewątpliwymi związanymi z tym radościami - towarzyszy równie często szeroko pojęty stres, związany z wejściem w nową rolę, ze zmęczeniem, trudnością w odczytywaniu potrzeb dziecka. Podjęcie roli rodzica wiąże się także nierzadko z istotną zmianą życia zawodowego. Pojawiać się mogą w związku z tym obawy o przyszłość: kobiety - czy zdoła bez problemów wrócić do pracy po okresie urlopu, mężczyzny - czy zdoła finansowo zabezpieczyć powiększającą się rodzinę. Trudności te, są naturalne, ale brak wiedzy na ich temat, brak umiejętności rodzicielskich, mogą powodować narastanie problemu, bezradność rodziców, ich złość i frustrację. Złość zarówno na siebie samych, na siebie nawzajem jak i na dziecko. W sytuacjach takiego utrzymującego się stresu łatwiej może dojść do tego, że rodzice - nawet nie mając takich zamiarów - skrzywdzą swoje dziecko. Zaczną nim potrząsać, gdy nie chce przestać płakać, uderzą gdy "puszczą im nerwy".

Z myślą o takich problemach powstał program "Dobry Rodzic - Dobry Start". Program skierowany jest zarówno do rodziców oczekujących na dziecko i rodziców małych dzieci jak i do profesjonalistów zajmujących się w swojej pracy zawodowej dziećmi oraz rodzicami małych dzieci. Jego celem jest zapobieganie sytuacjom krzywdzenia małych dzieci, poprzez przekazywanie wiedzy rodzicom oraz udzielanie im wsparcia, gdy tego potrzebują. Pragniemy by działania przygotowane w ramach ofert programu, pomagały Rodzicom stać się Dobrymi Rodzicami i budować bliską, pozytywną więź z dzieckiem.

W ramach programu przygotowana została zatem bogata oferta skierowana zarówno do profesjonalistów jak i do rodziców małych dzieci.

Z myślą o potrzebach rodziców małych dzieci swoją działalność rozpoczęło **Centrum Dziecka i Rodziny**. Centrum mieści się w Warszawie na ul. Walecznych 59 i funkcjonuje jako specjalistyczna placówka oferująca wsparcie dla rodziców dzieci w wieku od 0 do 3 lat. W Centrum Dziecka i Rodziny, rodzice małych dzieci mogą korzystać z:

- konsultacji indywidualnych z psychologiem, położną, psychiatrą;
- spotkań edukacyjnych (cyklicznie, 1-2 razy w miesiącu) - tematyka spotkań obejmuje częste i zarazem naturalne trudności, które wiążą się z rodzicielstwem, np. krzyk partnerstwa po narodzeniu dziecka
- warsztatów umiejętności rodzicielskich

W ramach Centrum uruchomiona została dla rodziców również linia telefoniczna, z której korzystać można w każdy poniedziałek w godzinach 10.00-13.00 (nr tel. 0-22 616 16 69) w celu skorzystania z konsultacji z psychologiem a także z położną.

Zapraszamy także gorąco do odwiedzania **strony internetowej www.dobryrodzic.pl**. Odwiedzając ją ma się możliwość wyboru jednej z spośród dwóch jej wersji – dla Rodziców (rodzice dzieci w wieku 0-3 lata) lub dla Profesjonalistów (osoby pracujące z małymi dziećmi oraz ich rodzicami).

Część portalu dedykowana rodzicom zawiera m.in.:

- informacje na temat aktualnej oferty bezpłatnych konsultacji, szkoleń i warsztatów z zakresu dobrego rodzicielstwa,
- porady dotyczące problemów, z jakimi stykają się opiekunowie małego dziecka (np. płacz niemowlęcia), udzielane przez specjalistów z Centrum Dziecka i Rodziny,
- informacje na temat zagrożeń dla zdrowia dziecka, związanych z brakiem odpowiedniej opieki ze strony rodziców (Zespół Dziecka Potrząsanego, FAS i in.),
- dostęp do materiałów edukacyjnych (ulotek, broszur).

Część skierowana do profesjonalistów zawiera m.in.:

- aktualności dotyczące szkoleń, konferencji, publikacji związanych z profilaktyką krzywdzenia małych dzieci,
- charakterystykę problemu w aspekcie współpracy interdyscyplinarnej oraz pracy z rodzicami,
- bogaty zestaw artykułów i materiałów dotyczących profilaktyki krzywdzenia dzieci i pracy z rodzicami,

Zarówno rodzice, jak i profesjonalisci, mają dostęp do bazy placówek, w których udzielana jest pomoc małym dzieciom i ich rodzicom na terenie całej Polski.

Z żałobnej karty

„Bliscy naszemu sercu zawsze
pozostają w naszej pamięci”



Pielęgniarce Oddziałowej
Annie Klajda

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

BRATA

Składają pielęgniarki
z Wojewódzkiego Szpitala dla
Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Suchowoli

„Ludzie, których kochamy,
zostają na zawsze bo zostawili ślady
w naszych sercach”



Pielęgniarce **Alinie Łastowskiej**

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci **BRATA**

składają współpracownicy
z Oddziału Neurologii
WSzS w Białej Podlaskiej

„Ludzie, których kochamy,
zostają na zawsze bo zostawili
ślady w naszych sercach”



Pielęgniarce **Barbarze Kuc**

Szczere wyrazy współczucia
z powodu śmierci **TATY**

składają współpracownicy
z Oddziału Neurologii
WSzS w Białej Podlaskiej.

„W miłości wciąż to samo – radość i
cierpienie to tutaj na ziemi jest
jeszcze milczenie, bo się idzie do
Niego odchodząc od Siebie:

/ks. Jan Twardowski/



doc. dr **Stanisławie Spisackiej**
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ

składają koleżanki i koledzy
z Medycznego Studium Zawodowego
w Białej Podlaskiej i Państwowej
Szkoły Wyższej im. Papieża Jana
Pawła II w Białej Podlaskiej

„Nie czas jest nam dany, ale chwila.
Naszym zadaniem jest uczynić
z tej chwili czas”



Pielęgniarce

Celinie Moczulskiej

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MEŻA

składają współpracownicy
NZOZ „T-Med.”
Przychodnia Rejonowa Nr 3
Biała Podlaska

„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje
w sercach bliskich”



Pielęgniarce

Reginie Stańczuk

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

TATY

składają koleżanki z oddziału
Chorób Wewnętrznych
WSzS w Białej Podlaskiej

„Bliscy naszemu sercu zawsze
pozostają w naszej pamięci”



Pielęgniarce

Renacie Konarskiej

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

TATY

Składają pielęgniarki
z Wojewódzkiego Szpitala dla
Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Suchowoli

Bliscy naszemu sercu zawsze
pozostają w naszej pamięci”



Pielęgniarce

Lidii Plebanowicz

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

TATY

Składają pielęgniarki
z Wojewódzkiego Szpitala dla
Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Suchowoli

„Umarłych wieczność trwa,
Dokąd pamięcią im się płaci
Chwiejna waluta nie ma dnia
By ktoś wieczności swej nie stracił”
W. Szymborska

W siódmą rocznicę śmierci Papieża Jana Pawła II

PRZESŁANIE JANA PAWŁA II DO PIELEŃNIAREK



Nie ulega wątpliwości, iż Jan Paweł II był największym autorytetem moralnym przełomu tysiącleci.

Beatyfikacja stała się okazją do tego, aby zatrzymać się nad nauczaniem Jana Pawła II, skierowanym do środowiska pielęgniarskiego. Pojawiające się źródła i opracowania pochodzące z kręgu pielęgniarstwa służą unaocznieniu faktu, iż wiele treści podejmowanych przez środowisko pielęgniarskie jest obecnych w nauczaniu Jana Pawła II, co z jednej strony pokazuje, iż słowa papieża nie są zawieszane w próżni i faktycznie są bliskie problemom, z którymi stykają się pielęgniarki, z drugiej zaś strony - zgodność w wielu miejscach treści prezentowanych przez środowisko pielęgniarskie z myślą papieską umacnia i podnosi autorytet pielęgniarek, czyniąc z nich wyraźniejszy i bardziej donośny głos.

Gdzie i w jaki sposób Jan Paweł II przekazywał myśli istotne dla posługi pielęgniarskiej?

Podstawowymi dokumentami, w których można odnaleźć cenne światło dla misji pielęgniarek w społeczeństwie, jest wydana dnia 25 marca 1995 roku encyklika *Evangelium vitae*, poświęcona wartości i nienaruszalności życia ludzkiego oraz wydany 11 lutego 1984 roku list apostolski *Salvifici doloris*, dotyczący tajemnicy ludzkiego cierpienia.

Ważnym źródłem myśli papieskiej, godnym odczytywania i analizowania przez pielęgniarki, są także orędzia na Światowy Dzień Chorego, który papież ustanowił na dzień 11 lutego oraz przemówienia skierowane do chorych i im posługujących, wygłaszane podczas pielgrzymek do wielu krajów.

Godność zawodu pielęgniarki

Jan Paweł II często podkreślał szczególną rolę, jaką w społeczeństwie pełnią pracownicy służby zdrowia. W przemówieniu wygłoszonym w Szpitalu Położniczym Miłosierdzia Bożego w Melbourne, podczas pielgrzymki do Australii, papież powiedział: „drodzy przedstawiciele personelu medycznego wasza praca jest uprzywilejowaną formą ludzkiej solidarności i chrześcijańskiego świadectwa”. W wypowiedzi tej papież wskazał na dwa aspekty posługi pracownika służby zdrowia:

- na wymiar czysto ludzki, zrozumiały dla wszystkich ludzi dobrej woli
- oraz na wymiar chrześcijański, istotny dla osób wierzących.

Patrząc na zadania lekarza oraz pielęgniarki, Jan Paweł II nie zawahał się odnieść do ich posługi pojęcia „powołania”. W liście apostolskim *Salvifici doloris* napisał: „jakże bardzo samarytański jest zawód lekarza czy pielęgniarki [...]”.

Ze względu na *ewangeliczną* treść, jaka się w nim zawiera, skłonni jesteśmy myśleć tutaj bardziej o powołaniu, nie tylko o zawodzie”. Mówiąc o „powołaniu”, papież przywołał postać Samarytanina z ewangelicznej przypowieści. Warto zauważyć, iż sama przypowieść o Samarytaninie nie zawiera bezpośrednio odniesień do kategorii nadprzyrodzonych: do „Boga”, czy do „wiary”, choć jest opowiadana przez Jezusa. Podobnie pojęcie „powołanie” funkcjonuje nie tylko w języku religijnym; potocznie mówi się przecież o konkretnej pielęgniarce, iż „ona jest z powołania”. Tego typu sformułowanie jest w pewnym sensie oceną jej pracy, w której otoczenie dostrzega szczególne oddanie i serdeczność.

W przemówieniu *Ojca Świętego Jana Pawła II wygłoszonego do chorych w Gdańsku 12.06.1987r.*: „Trzeba podtrzymywać za wszelką cenę piękną polską tradycję, działalność lekarza czy pielęgniarki traktować nie tylko jako zawód, ale także - a może przede wszystkim - jako powołanie”. Papież przez cały pontyfikat umacniał w swoim nauczaniu autorytet i godność posługi pracowników służby zdrowia i wzywał, by oni sami swoją postawą moralną podnosili rangę swoich zawodów. Podniosłe słowa na temat zawodu pracownika służby zdrowia w żadnym wypadku nie oznaczają, iż jedynie duchowy wymiar posługi jest istotny. Wręcz przeciwnie, uznanie przez Jana Pawła II szczególnej godności zawodu pielęgniarki, stawianie jej pracy blisko misji lekarza, stanowi czytelne wyzwanie do tego, by społeczeństwo jako całość, a także społeczności poszczególnych placówek medycznych, właściwie doceniały zawód pielęgniarski, także w wymiarze ekonomicznym. Równocześnie należy podkreślić, iż obiektywna wartość i godność zawodu pielęgniarki sprawia, iż posługa pielęgniarska powinna być zawsze realizowana z oddaniem i wielkodusznością.

Konieczność całościowego spojrzenia na chorego

Przestrzeń duchowa w człowieku obejmuje sobą odniesienia do prawdy, dobra, piękna; obejmuje system wartości, problem sensu życia, cierpienia i śmierci. W duchowym wymiarze człowieczeństwa realizują się ludzkie odniesienia do Boga. W przemówieniu do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego Jan Paweł II powiedział, iż cielesno-duchowa jedność człowieka wymaga, by nie izolować problemów technicznych, związanych z postępowaniem w określonym stanie chorobowym od całościowego widzenia osoby chorego, obejmującego, wszystkie jej wymiary [...]. Nie możecie ustawać w wysiłkach, ażeby uwzględnić dogłębną jedność istoty ludzkiej, jedność, która wyraża się w sposób widoczny we współdziałaniu wszystkich funkcji cielesnych, ale także w jedności zachodzącej pomiędzy sferą cielesną, uczuciową, intelektualną i duchową. Całościowe spojrzenie wymaga tego, by w osobie pacjenta widzieć nie samą jednostkę chorobową, ale człowieka, który cierpi. Taka świadomość winna towarzyszyć działaniom pielęgnacyjnym, a także wszelkim odniesieniom pielęgniarki względem pacjenta. Całościowe spojrzenie na chorego sprawia, iż szczególnej

wagi nabierają wszelkie zachowania względem pacjenta, a zatem także te urzeczywistniane w sferze komunikacji pozawerbalnej. W homilii wygłoszonej w Rzymie we wspomnienie Matki Bożej z Lourdes, w roku 1981, czyli jeszcze na wiele lat przed ustanowieniem Światowego Dnia Chorego, Jan Paweł II wypowiedział słowa, które nabierają szczególnego znaczenia dla posługi pielęgniarskiej: „ile razy mrok samotności, która gnębi duszę, może być przebity przez świetlany promień uśmiechu i uprzejmego słowa”.

Dobre słowo szybko się wymawia; a jednak niekiedy trudno nam przychodzi je wypowiedzieć. Nie powstrzymuje go zmęczenie, nie odwodzą od niego zmartwienia, hamuje je uczucie oziębłości. Zdarza się tak, że przechodzimy obok osób, które przecież znamy, bez popatrzenia im w twarz i bez zauważenia, jak często one cierpią z powodu tego subtelnego, wyniszczającego udręczenia, jakie pochodzi z poczucia, że są zapomniane. Wystarczyłoby jedno serdeczne słowo, miły gest, i już coś rozbudziłoby się w nich; znak zauważenia i grzeczności może być powiewem świeżego powietrza w zamknięciu życia udręczonego przez smutek i przygnębienie. Jan Paweł II wskazuje w sposób niezwykle sugestywny na istotną rolę zwykłego ludzkiego towarzyszenia. Słowa te dla pielęgniarek mają szczególne znaczenie. One bowiem, z racji swojej profesji, stoją szczególnie blisko pacjenta i nieraz są osobami, które najwięcej czasu spędzają przy chorym; w dużej mierze to właśnie pielęgniarki wytwarzają atmosferę wokół łóżka chorego. Zwykle ludzkie towarzyszenie stanowi pierwszy i podstawowy element całościowego podejścia od chorego.

W duchowym wymiarze człowieczeństwa rodzi się wiele pytań na temat sensu ludzkiego życia, cierpienia i śmierci. Pytania te nieraz przez wiele lat nie dochodzące do głosu w życiu poszczególnych osób, zaczynają wybrzmiewać wyraźnie w okresie choroby. Samo istnienie choroby wyzwala egzystencjalne pytania, zaś pacjenci często formułują je wyraźnie względem swojego otoczenia. Pielęgniarka w imię całościowego odniesienia do chorego nie powinna przed tego typu pytaniami uciekać.

W tym kontekście Jan Paweł II wzywa do tego, aby osoby będące blisko człowieka cierpiącego przyjmowały w swoim życiu *postawę kontemplacji*: „Kto zachowuje taką postawę, nie poddaje się zniechęceniu, gdy widzi człowieka chorego, cierpiącego, odepchniętego albo na progu śmierci; wszystkie te sytuacje przyjmuje jako wezwanie do poszukiwania sensu i właśnie w takich okolicznościach otwiera się, aby w twarzy każdej osoby dostrzec zaproszenie do spotkania, do dialogu, do solidarności”.

Postawa kontemplacji umożliwi pielęgniarce głębsze spojrzenie na osobę pacjenta i poprzez to, co zewnętrzne, dostrzegalne dla zmysłów, pozwala dotrzeć do duchowości chorego. Postawa kontemplacji może prowadzić do podejmowania przez pielęgniarkę pewnych działań w religijnym wymiarze opieki. Religijność stanowi najgłębszą i najbardziej wewnętrzną płaszczyznę duchowości człowieka, a zatem realizowanie odniesień do religijnego wymiaru pacjenta wpisuje się w całościowe spojrzenie na jego egzystencję. Należy tu podkreślić, iż każdy człowiek ma prawo do wolności religii, przekonań i światopoglądu (*Sobór Watykański II w Deklaracji o wolności religijnej Dignitatis humanae, wydanej w 1965 roku*).

Siła w cierpieniu

Chorzy to jedna z grup, do której Jan Paweł II najczęściej kierował swoje przesłanie. Podczas spotkań, na jego osobiste życzenie, chorzy znajdowali się blisko ołtarza, a po uroczystościach Ojciec Święty rozmawiał z nimi. Zaczęło się już następnego dnia po wyborze. Wtedy, ku zaskoczeniu wszystkich i wbrew obowiązującej etykietce, wybrał się do kliniki Gemelli. Chciał odwiedzić chorego przyjaciela, bp. Andrzeja Deskura.

Papież miał wyjątkowo osobisty stosunek do krzyża w chorobie. Przyjmowane z ufnością i pokorą cierpienie stanowi wartość samą w sobie, jednocześnie budując i uszlachetniając ludzką osobowość. Coraz częściej uwidaczniające się trendy, głoszące relatywizm w podejściu do wartości życia i cierpienia, od wielu lat spotykają się ze zdecydowanym sprzeciwem Kościoła, czemu w swoim nauczaniu i swą życiową postawą dobitnie dawał wyraz Jan Paweł II. Głosił on, że "nie istnieje cierpienie, choćby najbardziej dotkliwe, które usprawiedliwiałoby unicestwienie życia; /.../ istotna wartość i osobowa godność każdego człowieka nie ulegają zmianie nigdy, niezależnie od konkretnych okoliczności jego życia. Człowiek, nawet ciężko chory lub niezdolny do wykonywania bardziej złożonych czynności, jest i zawsze pozostanie człowiekiem, nigdy zaś nie stanie się "rośliną" czy "zwierzęciem".

Życie osób chorych i cierpiących stanowi także wyzwanie dla ludzi z ich najbliższego otoczenia. "W stosunku do tych osób - nauczał Ojciec Święty - Lekarze i personel medyczny, społeczeństwo i Kościół mają określone obowiązki moralne, od których nie mogą się uchylić, gdyż sprzeniewierzyliby się wymogom etyki zawodowej oraz ludzkiej i chrześcijańskiej solidarności".

Często w tych, którym udręki choroby są obce, cierpienie drugiego człowieka budzi pewne zakłopotanie, poczucie zażenowania. Warto jednak uświadomić sobie, że przynoszenie ulgi w cierpieniu - choćby w wymiarze emocjonalnym, poprzez samą obecność przy osobie chorej - dając jej ukojenie, rodzi jednocześnie w osobach "współuczestniczących" w czymś cierpieniu postawę dobrego Samarytanina i zasiewa wśród nich obfity plon miłości.

"Ludzie chorzy, starzy, niepełnosprawni i umierający uczą nas, że słabość jest twórczym okresem ludzkiego życia i że cierpienie może być przyjęte bez żadnego uszczerbku dla godności człowieka". Tylko w ten sposób zdołamy podążać drogą wiodącą ku cywilizacji miłości.

Opracowano na podstawie:
Ks. Antoni Bartoszek, Moralne przesłanie Jana Pawła II do pielęgniarek, „Studia Pastoralne” 2006, nr 2, s. 247–257