



ISSN 1898-9519

BIULETYN

INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej

Nr 3/75/2010



**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. : 083 342 86 28

te/fax.: 083 343 60 83

e-mail: oiqipbp@poczta.onet.pl

www.oiqip-bp.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 Dziejcz-Płanda

drugi piątek miesiąca

w godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

Przewodnicząca

Okręgowego Sądu

Pielęgniarek i Położnych

mgr Cecylia Kietczewska

pierwszy poniedziałek 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. Ewa Czeczewska

dr n. med. Aneta Stanisławek

mgr Dorota Fedoruk

mgr Małgorzata Smędra

Redakcja Biuletynu:

Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk

Elżbieta Celmer vel Domańska

Iwona Denicka, Ilona Bilko

Druk: Zakład Poligraficzny

tel. 83 342 03 53, 83 343 51 51

W NUMERZE:

- I. Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych1
- II. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych.....2
- III. Informacje z Ministerstwa
Zdrowia.....4
- IV. Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych.....6
- V. Okręgowa Izba Pielęgniarek i
Położnych informuje9
- VI. Warto przeczytać.....13
- VII. Dział prawny.....15
- VIII. PTP informuje20
- IX. Konferencje i szkolenia23
- X. Referaty.....25
- XI. Z żałobnej karty.....27

**ZACHĘCAMY CZŁONKÓW
SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA
Z BIULETYNU.**

*Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród
członków Samorządu*

*Koleżanki 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!!!*



Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Drogie koleżanki i koledzy

Z myślą o przedłużeniu letnich chwil, które każdy z nas przeżył w niepowtarzalny sposób, na okładce tego wydania Biuletynu Informacyjnego znajdują się zdjęcia z wakacji 2010r. naszych koleżanek. W tym celu z mojej inicjatywy został ogłoszony na stronie internetowej konkurs „Wakacyjne wspomnienia”. Najciekawszym zdjęciem wybranym przez jury jest zdjęcie koleżanki Joli Ladko i Joasi Głowackiej - serdeczne gratuluję. Nagrodami są książki rekomendowane przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych wydawnictwa ELSEVIER pt. „Przetaczanie krwi” i „Pielęgniarstwo operacyjne”.

Jednak świat w którym żyjemy wciąż stawia przed nami nowe wyzwania, nie pozwala na próżnowanie. Z dużą odpowiedzialnością kieruję do Was informację o projekcie ustawy o działalności leczniczej, który zmienia min. ustawę z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarek i położnych. Uregulowania zawarte w projekcie godzą w podstawy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. W tym miejscu pragnę podziękować wszystkim którzy złożyli podpisy a tym samym sprzeciwili się przyzwoleniu na odbieranie samorządowi zawodowemu prawa do prowadzenia rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, czuwania nad jego aktualizacją i przestrzegania przepisów prawa. Deklaruję, że będę na bieżąco Was informowała o przebiegu i efektach naszych działań.

Borykamy się także z kolejną trudną sprawą dla pielęgniarek i położnych, głównie udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Nie do przyjęcia jest zaproponowana przez Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia stawka za osobodzień w kwocie 26 zł. na 2011r., gdzie w bieżącym roku była to kwota 28 zł. W tej sprawie również podjęliśmy pewne działania: na piśmie do Pana Dyrektora LOW NFZ wyraziliśmy swój sprzeciw i poinformowaliśmy o tym wojewodę lubelskiego, prezesa NFZ, posłów z terenu działania naszej izby oraz przewodniczącego Komisji ds. opieki długoterminowej przy NRPiP. Oczekujemy również spotkania z Dyrektorem LOW NFZ w przedmiotowej sprawie.

Informuję również, że w dniu 24 września 2010r. na 74 plenarnym posiedzeniu Sejmu RP odbyło się pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Tegoroczna jesień to również czas wyborów do samorządów terytorialnych. W nadchodzących wyborach samorządowych chcemy wspierać nasze koleżanki i kolegów, którzy zechcą w nich wystartować. W czasach, gdy programy naprawcze w sektorze ochrony zdrowia opierają się w dużej mierze na likwidacji kosztów zakładu, a co za tym idzie zwolnieniach pracowników - liczy się każdy głos, który odezwie się w obronie stanowisk pielęgniarek i położnych.

Na czas wytężonej pracy zawodowej, podjętej nauki na studiach i zmaganie się z trudami dnia codziennego w imieniu zespołu redakcyjnego, rady programowej oraz własnym życzę dużo zdrowia, samozaparcia i solidarności.

Ewa Czeczewska

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej



Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
00-478 Warszawa, Al. Ujazdowskie 22
tel / fax 628-58-61 tel 628-34-93

Stanowisko Nr 51

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 15 września 2010 r.

w sprawie odrzucenia niekorzystnych dla samorządu pielęgniarek i położnych zmian w projekcie ustawy o działalności leczniczej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z treścią projektu ustawy o działalności leczniczej, zmieniającej m. in. ustawę z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej wyraża stanowczy protest przeciwko zawartym w niej uregulowaniom, godzącym w podstawy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie daje przyzwolenia na odbieranie samorządowi zawodowemu prawa do prowadzenia rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, czuwania nad jego aktualizacją i przestrzeganiem przepisów prawa.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że samorzady zawodowe w obecnym kształcie były jedną ze zdobyczy wolności, a dla jego członków są gwarantem ochrony zawodu w szeroko pojętym tego słowa znaczeniu

Uzasadnienie:

Art. 104 ust. 1 projektu ustawy o działalności leczniczej przewiduje, iż organem prowadzącym rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (m.in. pielęgniarek i położnych) jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W konsekwencji wykreślono zapisy art. 24a – 25b oraz art. 25d – 27, 27b – 30a obecnie obowiązującej ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 57 poz. 602 ze zm.). Tym samym okręgowe rady pielęgniarek i położnych zostały całkowicie pozbawione przysługującego im uprawnienia do prowadzenia rejestru indywidualnych, specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych oraz do kontroli prawidłowości prowadzenia powyższych praktyk przez pielęgniarki i położne, nadzoru nad działalnością regulowaną pielęgniarek i położnych.

W uzasadnieniu powyższego projektu ustawy projektodawca wskazuje jedynie, iż celem wprowadzenia powyższych zmian jest stworzenie publicznego, jawnego jednolitego rejestru, co przyczyni się do wzmocnienia praw pacjenta, przez zapewnienie szerszego i łatwiejszego dostępu do informacji o wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą. Powyższe lakoniczne uzasadnienie nie może w opinii NRPIP stanowić wyłącznej podstawy wprowadzenia tak daleko idącej centralistycznej, systemowej zmiany zasad rejestracji i prowadzenia działalności regulowanej pielęgniarek i położnych.

Należy wyraźnie wskazać, iż powyższe uprawnienia okręgowych rad pielęgniarek i położnych są zagwarantowane nie tylko w aktualnie obowiązującej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, lecz również w skierowanym do pierwszego czytania w Sejmie RP rządowym projekcie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Powyższe działania należy więc uznać za kuriozalne z uwagi na brak elementarnych zasad logiki i konsekwencji projektodawców.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP samorzady zawodowe reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawują pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. W opinii NRPIP powyższe regulacje zawarte w projekcie ustawy o działalności leczniczej pozbawiające samorząd

zawodowy pielęgniarek i położnych prawa do prowadzenia rejestrów działalności regulowanej i nadzoru nad działalnością regulowaną pielęgniarek i położnych są niezgodne z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, gdyż realnie wyłączają prawo samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarki i zawodu położnej.

W związku powyższym NRPIP stanowczo domaga się utrzymania dotychczas obowiązujących regulacji w powyższym zakresie i odrzucenia propozycji przedstawionych w projekcie ustawy o działalności leczniczej.

Sekretarz NRPIP

Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPIP

Elżbieta Buczkowska

NIPiP/NRPiP/DM/0055/161/10

Warszawa., 16 lipca 2010 r.

Pani/Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W załączeniu przesyłam informację prasową z Rzeczypospolitej dotyczącą wyroku NSA w sprawie zakazu zastępowania stanowisk wymienionych w art. 44a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Z poważaniem
(-) Elżbieta Garwacka – Czachor
Wiceprezes NRPiP

Z kraju; 2010-07-19; "Rzeczpospolita"

Pielęgniarka oddziałowa nie do zastąpienia

Można tworzyć nowe stanowiska w zakładach opieki zdrowotnej, ale nie zamiast stanowisk wymienionych w ustawie.

Takie orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego (sygn. OSK 119/10) w sprawie ze skargi Beskidzkiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej wyznacza prawne ramy przekształceń organizacyjnych w służbie zdrowia.

Zmiany w Zespole ZOZ w Żywcu miały polegać na zastąpieniu dotychczasowego, tzw. ordynatorskiego modelu funkcjonowania oddziałów szpitalnych systemem nieordynatorskim.

W 9 ust. 4 statutu Zespołu, zatwierdzonego uchwałą Rady Powiatu w Żywcu, pominięto stanowisko przełożonej pielęgniarek. Przewidziano natomiast, że oddziałami szpitala kierują kierownicy-koordynatorzy oddziału, a pracą pielęgniarek pielęgniarki koordynujące, tożsame z pielęgniarkami oddziałowymi. Miały one być powoływane w drodze swobodnego wyboru przez dyrektora Zakładu, po przeprowadzeniu wewnętrznego postępowania rekrutacyjnego przez komisję powołaną przez dyrektora. Tymczasem zgodnie z art. 44a ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej stanowiska naczelnej pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek zakładu i pielęgniarki oddziałowej w samodzielnych publicznych ZOZ wymagają obsadzenia w drodze konkursów, w których uczestniczą przedstawiciele samorządu zawodowego.

Beskidzka ORPiP zaskarżyła więc dwa paragrafy statutu do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Zarzuciła rażące naruszenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz dwóch rozporządzeń ministra zdrowia i opieki społecznej: w sprawie zasad konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników ZOZ. Zdaniem ORPiP miało to pozwolić na pominięcie procedury konkursowej, umożliwić dowolne obsadzanie stanowisk bez względu na posiadane kwalifikacje oraz wykluczyć z tego samorząd zawodowy. Przepis przewidujący, że "oddziałami kierują kierownicy-koordynatorzy oddziału, a pracą pielęgniarek kierują pielęgniarki koordynujące", nie określał bowiem trybu ich wyboru.

Rada Powiatu w Żywcu stwierdziła natomiast, że brak przepisów regulujących określone stanowiska nie może prowadzić do wniosku, że zakazane jest tworzenie takich stanowisk.

WSA w Gliwicach odrzucił skargę. Uznał, że Beskidzka ORPiP nie ma interesu prawnego wymaganego do zaskarżenia uchwały. Statut ZOZ, którego przedmiotem jest regulacja organizacyjna, nie narusza uprawnień samorządów zawodowych. Samorząd zawodowy nie może domagać się od podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny ZOZ, wprowadzenia do jego struktury określonych stanowisk, nawet jeżeli jego zdaniem są konieczne do właściwego wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych stwierdził sąd.

NSA uwzględnił skargę kasacyjną Beskidzkiej ORPiP. Uchylił wyrok WSA w Gliwicach i przekazał sprawę temu sądowi do ponownego rozpoznania. Organ samorządu zawodowego, który ma uprawnienia do uczestniczenia w konkursach na stanowiska, zarówno wymienione jak i niewymienione w ustawie o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, ma też interes prawny w zaskarżeniu statutu, który rezygnuje z takich stanowisk, zastępując je innymi. Można tworzyć nowe stanowiska w ZOZ, ale nie można nimi zastępować stanowisk wymienionych w przepisach ustawowych podkreślił NSA. ("Rzeczpospolita")

Informacje z Ministerstwa Zdrowia

MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, 2010-08-12

Departament

Pielęgniarek i Położnych

MZ-PP-079-5360-2/EMA/10

Pani

Elżbieta Buczkowska

Prezes

Naczelniej Rady Pielęgniarek i Położnych

Al. Ujazdowskie 22

00-478 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pisma, kierowane przez organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej Pana Donalda Tuska oraz Minister Zdrowia Pani Ewy Kopacz, w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Wobec uwag i protestów środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, dotyczących zapisów projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, skierowanego do konsultacji zewnętrznych w dniu 15 czerwca 2010 r., którego § 4 określał iż „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.), **z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany.**”, uprzejmie informuję, że inicjatywa umieszczenia przedmiotowego zapisu powstała w związku ze zgłaszanymi przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych, w tym przedstawiciele samorządu oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych, problemami sprawowania opieki przez jedną pielęgniarkę lub położną nad 30-40 i więcej pacjentami w trakcie dyżuru.

Ustalenie minimalnego poziomu zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych na poziomie jednej pielęgniarki/położnej na 20 pacjentów na jednej zmianie, wychodziło naprzeciw oczekiwaniom środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, dostrzegającego nadmierne obciążenie i wynikające stąd niedostatki opieki nad pacjentami, zwłaszcza na zmianach popołudniowych i nocnych. Ponadto zakładano, iż będzie to stanowić ważny element niezbędny przy zawieraniu przez świadczeniodawców kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego. Proponowana regulacja miała stanowić pierwszy krok w procesie określania zabezpieczenia poziomu opieki pielęgniarskiej/położniczej w kontekście **warunków realizacji świadczeń gwarantowanych** i stanowiła próbę rozwiązania problemu zgłaszanego do Ministra Zdrowia, dotyczącego obsad pielęgniarskich w szpitalach – sprawowanie opieki przez jedną pielęgniarkę nad 40 i więcej pacjentami w trakcie dyżuru. Należy zaznaczyć, iż projektowany przepis wskazywał maksymalną liczbę pacjentów pozostających pod opieką jednej pielęgniarki/położnej i jednocześnie nie stanowił przeszkody do ustalania przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej/położniczej w większej liczbie, w zależności od specyfiki zakładu opieki zdrowotnej i rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych. W żadnym wypadku treść przepisu nie miała jednocześnie stanowić norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a tym bardziej modelu opieki pielęgniarskiej/położniczej nad pacjentami. Należy z całą mocą podkreślić, że jedynie dyrektor szpitala, w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.), ma kompetencje do ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgniarskich, po zasięgnięciu opinii przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie zakładu.

W związku z tym, iż w ramach konsultacji społecznych zgłoszono szereg uwag do § 4 przedmiotowego projektu rozporządzenia, a także ze względu na brak akceptacji środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych dla proponowanej regulacji, w projekcie skierowanym do dalszych prac legislacyjnych zrezygnowano z umieszczenia kontrowersyjnego zapisu dotyczącego wskazania minimalnego poziomu zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych na poziomie jednej pielęgniarki/położnej na 20 pacjentów na jednej zmianie. Pozostał natomiast

zapis mówiący o tym iż „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz 89 t.j. z późn. zm.)”.

Z poważaniem
Z-ca DYREKTORA
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

WRĘCZENIE AKTÓW POWOŁANIA NOWO WYBRANYM KONSULTANTOM KRAJOWYM W DZIEDZINACH; PIELEŃNIARSTWO RODZINNE, PIELEŃNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE I PIELEŃNIARSTWO RATUNKOWE

MINISTERSTWO ZDROWIA
DEPARTAMENT
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Warszawa, 7 lipca 2010 r.

Departament Pielęgniarek i Położnych informuje, że 7 lipca 2010 r., odbyło się uroczyste wręczenie Aktów Powołania nowo wybranym Konsultantom Krajowym w dziedzinach; pielęgniarstwo rodzinne, pielęgniarstwo psychiatryczne i pielęgniarstwo ratunkowe.

Na podstawie art. 4 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r., nr 52, poz.419 z późn. zm.), z dniem 1 lipca 2010 r. do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego:

- w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego powołana została **Beata Ostrzycka**, w związku ze złożoną przez Ewę Obrzut, rezygnacją;
- w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – **dr Anna Hajduk**;
- w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego - **Marek Maślanka**.

Po uroczystości wręczenia powołań nastąpiła robocza dyskusja na temat „Zapisów rozporządzenia koszykowego, w szczególności projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego”.

W spotkaniu udział wzięli: Konsultanci Krajowi, Marek Haber – Podsekretarz Stanu, Beata Cholewka, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych i zaproszeni goście.

(-) *Beata Cholewka*
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych



Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	101/V/10	9 września 2010r.	delegowania na konferencję przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
2.	102/V/10		przyznania nagrody jubileuszowej
3.	103/V/10		wydania zaświadczenia o ukończonym przeszkoleniu po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki
4.	104/V/10		przyznania pomocy finansowej pielęgniarkom i położnym z terenu działania OIPiP w Jeleniej Górze – dotkniętym skutkami powodzi
5.	105/V/10		zakupu i montażu routera do Neostrady w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
6.	106/V/10		przyjęcia protokołu Komisji ds. likwidacji składników majątku ruchomego w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
7.	107/V/10		powołania komitetu organizacyjnego konferencji z okazji XX-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych organizowanej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
8.	108/V/10		zatwierdzenia Regulaminu przyznawania zapomogi losowej w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

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

Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

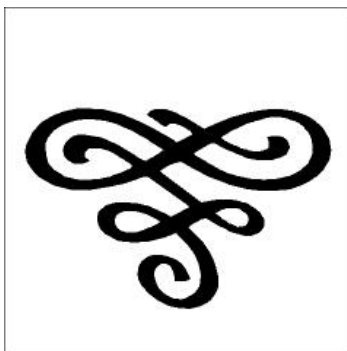
Lp.	Nr uchwały	Data posiedzenia	w sprawie:
1.	181/V/10	9 września 2010r.	wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego
2.	182/V/10		refundacji kosztów kształcenia
3.	183/V/10		wytypowania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do pracy w komisji konkursowej na stanowisko ordynatora
4.	184/V/10		wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do pracy w komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej
5.	185/V/10		wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do prac w komisjach konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SP ZOZ w Radzynie Podlaskim
6.	R/53/V/10, R/57/V/10		stwierdzenia prawa wykonywania zawodu
7.	R/49/10		powrotu do czynnego wykonywania zawodu
8.	R/55/V/10 - R/56/V/10		wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych
9.	R/51/V/10, R/52/V/10, R/54/V/10, R/58/V/10		skreślenia z rejestru pielęgniarek i położnych
10.	R/50/10		wymiany prawa wykonywania zawodu

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

Kalendarium OIPIP w Białej Podlaskiej

24.08.2010r.	Egzamin po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki Agaty Korczyk .
02.09.2010r.	VI Zjazd Szkoleniowo-Naukowy Położnych Regionu Siedleckiego. Uczestniczą Krystyna Bunia, Monika Paluszkiewicz, Małgorzata Kostecka.
03.09.2010r.	Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Ginekologii SP ZOZ w Międzyrzeczu Podlaskim – uczestniczy Krystyna Bunia.
06.09.2010r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego OIPiP w Białej Podlaskiej.
09.09.2010r.	Posiedzenie Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
11.09.2010r.	Spotkanie szkoleniowe zespołów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych z Chełma, Lublina, Zamościa i Białej Podlaskiej. Organizator szkolenia – Zespół ORZOZPiP w Białej Podlaskiej.
14-16.09.2010r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – uczestniczy Ewa Czeczewska Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.
20.09.2010r.	Spotkanie Komisji Informacji i Rady Programowej Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Białej Podlaskiej.
21.09.2010r.	Spotkanie przedstawicieli ORPiP, Pełnomocnych Przedstawicieli ORPiP, PTP, Związków Zawodowych Pielęgniarek i Położnych w sprawie podjęcia działań dotyczących projektu ustawy o działalności leczniczej.
23.09.2010r.	Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych OIPiP.
27.09.2010r.	Spotkanie komitetu organizacyjnego Konferencji Naukowo - Szkoleniowej „Terapia cukrzycy wyzwaniem w higienie życia” organizowanej przez OIPiP i PSW w Białej Podlaskiej, pod patronatem Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii w dniu 21 października 2010r.

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



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje



Ogólnopolska kampania na rzecz ochrony
dzieci przed wykorzystaniem seksualnym

CERTYFIKAT

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej
Podlaskiej

bierze udział w kampanii
„Zły dotyk” 2010

Kampania społeczna „Zły dotyk” poświęcona jest problemowi
wykorzystywania seksualnego dzieci.
Jej celem jest edukacja w zakresie możliwości ochrony najmłodszych i
pomocy dzieciom, które doświadczyły wykorzystywania.

Pełna lista organizacji biorących udział w kampanii dostępna jest na stronie
www.zlydotyk.pl

Organizatorzy kampanii „Zły dotyk”



RZECZNIK PRAW DZIECKA

Biuro kampanii „Zły dotyk”

Fundacja Dzieci Niczyje
ul. Katowicka 31, 03-932 Warszawa
tel./faks: 22 616 02 68, 22 616 03 14
zlydotyk@fdn.pl, www.zlydotyk.pl

Wszystkie materiały dotyczące kampanii dostępne są bezpłatnie na stronie internetowej www.zlydotyk.pl.
W przypadku chęci zamówienia dodatkowych nakładów materiałów drukowanych – zapraszamy na podstroję:
<http://zlydotyk.pl/zmow-materialy-kampanii.html>

Jak chronić dzieci przed wykorzystywaniem seksualnym?

Na podstawie wyników polskich badań można szacować, że co siódme dziecko jest ofiarą jakiejś formy wykorzystywania seksualnego przed ukończeniem 15. roku życia. Wbrew powszechnej opinii, w większości przypadków sprawcami wykorzystywania seksualnego dzieci są osoby dobrze im znane – np. członkowie i przyjaciele rodziny.

Aby zapewnić dzieciom bezpieczeństwo, musimy wiedzieć, jak informować je o zagrożeniach oraz jakie sytuacje i zachowania dzieci powinny nas niepokoić.

Dzieci nie potrafią same powstrzymać sprawców wykorzystywania seksualnego. To my, dorośli, musimy wiedzieć, jak należy postępować, gdy podejrzewamy, że dziecko jest wykorzystywane seksualnie.

Dowiedz się jak najwięcej o problemie wykorzystywania seksualnego dzieci – objawach, sposobach ochrony i pomocy dzieciom.

Materiały edukacyjne znajdziesz na www.zlydotyk.pl

- 25% kobiet i 8% mężczyzn doświadcza wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie (WHO 2001).
- Największe ryzyko wykorzystania seksualnego dotyczy dzieci w wieku poprzedzającym okres dojrzewania: 8 – 12 lat.
- Wykorzystywanie seksualne dziecka może trwać przez wiele lat, czasami aż do wieku dorosłego.
- Większość przypadków wykorzystywania seksualnego dzieci nigdy nie zostaje ujawniona.
- W 80% przypadków wykorzystywania seksualnego dziecko zna sprawcę.

Zapewnij dziecku bezpieczeństwo!

- Pomóż dziecku w uzyskaniu wiedzy dotyczącej seksualności, rozwoju oraz zdrowych zachowań seksualnych.
- Powiedz dziecku, że ma prawo odmówić zrobienia czegoś, co wydaje mu się niewłaściwe albo wzbudza w nim lęk.
- Wyjaśnij dziecku różnicę pomiędzy dobrymi a złymi sekretami.
- Rozmawiaj z dzieckiem o sprawach związanych z seksualnością.
- Buduj otwartą i opartą na zaufaniu relację z dzieckiem od pierwszych lat jego życia. Zawsze uważnie wysłuchuj jego obaw i lęków.
- Poinformuj dzieci o możliwości otrzymania wsparcia i rady
 - także w formie anonimowej: przekaż numer telefonu zaufania: 116 111 – Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży lub 0 800 12 12 12
 - Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka.

- **Najważniejsze!** Ucząc dziecko, jak ma chronić się przed zagrożeniami nigdy nie zapominaj, że to Ty jesteś odpowiedzialny za jego bezpieczeństwo.

www.zlydotyk.pl



Koleżanki z Oddziału Kardiologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
 w Białej Podlaskiej składają serdeczne
 gratulacje **Barbarze Jakoniuk**
 z racji obrony pracy magisterskiej i uzyskania
 tytułu **magistra pielęgniarstwa**

*Ci, których kochamy, nie umierają nigdy,
bo miłość to nieśmiertelność.*

Emily Dickinson

Szanowne koleżanki i koledzy

Już po raz kolejny Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z inicjatywy Komisji ds. emerytów pielęgniarek i położnych organizuje akcję, której celem jest pamięć o naszych zmarłych koleżankach pielęgniarkach i położnych. OIPiP zakupiła 80 lampionów, które będzie można odebrać w siedzibie biura izby i zapalić na grobach naszych koleżanek.

Do zniczy dołączone będzie logo izby - dowód jedności pielęgniarek i położnych.

Zapalmy znicz, symbol jasności i wieczności, symbol pamięci i zjednoczenia, symbol życia wiecznego.



Ewa Czezelewska
Przewodnicząca OIPiP

**Umarłych
wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią
im się płaci.**

W. Szymborska

Konkurs „Wakacyjne wspomnienia” rozstrzygnięty

Miło jest poinformować, że laureatami konkursu jest Joanna Głowacka i Jolanta Ladko – serdecznie gratuluję.



Ewa Czezelewska

Szkolenie Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej

W dniu 11 września 2010 roku w hotelu „Delfin” w Białej Podlaskiej odbyła się III edycja szkolenia dla Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych i ich zastępców z Chełma, Zamościa, Lublina i Białej Podlaskiej w celu realizacji Uchwały Nr 13 V Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 3 grudnia 2007 roku.

Szkolenie otworzyła i powitała uczestników Ewa Czezelewska Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej.

Wykładowcami byli zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – dr Grażyna Rogala-Pawelczyk oraz Małgorzata Kilarska Specjalista w Kancelarii Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Tematy szkolenia obejmowały podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej, odpowiedzialność zawodową członków zespołu terapeutycznego oraz czynności procesowe w sprawach przewinień zawodowych.

Szkolenie zakończyło się wręczeniem certyfikatów uczestnictwa, przez dr Grażynę Rogalę-Pawelczyk.

Iwona Denicka



Warto przeczytać

Małe pieniądze, duże ryzyko: czy pielęgniarki chcą pracować na kontraktach?

Zatrudnianie pracowników na zasadach umów cywilno-prawnych to dla szpitala same plusy: mniejsze koszty, więcej godzin pracy, mniejsza odpowiedzialność. Ale pielęgniarki nie ukrywają, że choć zarobki na kontrakcie są większe, to po podliczeniu wszystkich kosztów w portfelu zostaje nie tak wiele, jak mogłoby się wydawać. W dodatku umowa kontraktowa wiąże się z licznymi wyrzeczeniami.

Czy opłaca się zatem pracować na kontrakcie? Faktem jest, że pielęgniarki zatrudnione w tej formule mogą lepiej zarobić. Przynajmniej teoretycznie: stawki godzinowe są różne w różnych placówkach. W jednym szpitalu godzina pracy kosztuje 16 zł, w innym – 22 zł.

Po odliczeniu kosztów...

Jeśli pielęgniarka przepracuje 240 godzin w miesiącu, to przy średniej stawce 18 zł za godzinę zarobi brutto 4300 złotych. Od tej kwoty należy jednak odliczyć ZUS (średnio około 800 zł), koszty obsługi księgowej (120-150 zł), podatek (200-700 zł) oraz składkę na rzecz Izby.

Kolejny koszt to indywidualne ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej na terenie wykonywania praktyki zawodowej. Pielęgniarki wykupują również indywidualne ubezpieczenie na życie.

W sumie wynagrodzenie „na rękę” pozostaje na poziomie 2-3 tys. zł. Mówiąc krótko – żadna rewelacja, tym bardziej, że pielęgniarki przy okazji sporo tracą: urlop, chorobowe, czy choćby świąteczne talony, które otrzymują ich „etatowe” koleżanki. Nie wspominając o ochronie w przypadku popełnienia błędu, o który łatwo przy dużej liczbie godzin pracy i wynikającym z nich przemęczeniu.

Dorota Gardias, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, nie ukrywa niezadowolenia z sytuacji finansowej swojej grupy zawodowej.

– Pomędzy personelem pomocniczym a pielęgniarskim są nieduże różnice płacowe. Między pielęgniarką a lekarzem mamy przepaść. Nic dziwnego, że lekarze zarabiają więcej, tak być powinno, ale różnice w uposażeniach osiągnęły granice absurdu. Lekarz w trakcie świątecznego dyżuru potrafi zarobić tyle, ile pielęgniarka w ciągu miesiąca – zwraca uwagę przewodnicząca OZZPiP.

Utracone przywileje

– W podstawowej opiece zdrowotnej i domowej opiece długoterminowej kontrakty powinny być zawierane bezpośrednio z Funduszem. Wówczas pielęgniarki nie są uzależnione od pośredników. Najgorszą natomiast formą

jest samozatrudnienie w szpitalach. Tu potrzebne są zmiany prawa, ponieważ tylko one mogą zmienić system pozwalający na oszczędzanie kosztem pielęgniarek – przekonuje w rozmowie z portalem rynekzdrowia.pl Elżbieta Buczkowska, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. I dodaje, że do stażu pracy, od którego zależy prawo do dodatku za wysługę lat, nie wlicza się np. okresu prowadzonej przez pracownika działalności gospodarczej. Do okresów pracy uprawniających do dodatku za wieloletnią pracę wlicza się natomiast wszystkie poprzednie zakończone okresy zatrudnienia w ramach stosunku pracy.

Kontrakty nie dają ponadto poczucia życiowej stabilizacji: z reguły co roku zawierane są nowe, co oznacza konieczność ponownego negocjowania warunków. Kontrakt nie może być zresztą zawarty na okres dłuższy niż 3 lata.

Pacjent w niebezpieczeństwie

Dr Mirosława Felsmann, p.o. kierownika Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy, w rozmowie z portalem rynekzdrowia.pl podkreśla, że jednym z największych problemów jest dokładanie pielęgniarkom kolejnych obowiązków.

– Owszem, pielęgniarki mogą zarobić więcej na kontraktach, ale wówczas zdarza się, że pracują np. 300 godzin miesięcznie. Tu powinno zapalić się ostrzegawcze czerwone światło: przy takim przemęczeniu w tak odpowiedzialnej pracy musi pojawić się obawa o bezpieczeństwo pacjenta – podkreśla dr Felsmann.

I dodaje, że pielęgniarka ma często pod opieką 20. i więcej pacjentów i wystarcza jej jedynie czasu na wykonywanie zleceń lekarskich.

– To z kolei rysuje obraz pielęgniarki, jako osoby w pełni uzależnionej, pozbawionej jakiegokolwiek autonomii, trudno się zatem dziwić, że tak też postrzega nasz zawód większość społeczeństwa. Ten model pracy może pozbawić pielęgniarki możliwości ustawicznego kształcenia i awansu zawodowego – zaznacza dr Felsmann.

Potrzebne nowe prawo

Zmiany w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej mają doprecyzować warunki prowadzenia indywidualnej praktyki pielęgniarskiej lub położniczej, z uwzględnieniem zmniejszenia barier administracyjnych przy rejestracji tej działalności.

W Polsce jedynie znikomy procent pielęgniarek pracuje na zasadach umowy cywilno-prawnej. Tymczasem obecnie panuje trend zmierzający w kierunku kontraktów.

Dlatego zmiany prawne są potrzebne. Co nie zmienia faktu, że różne formy zatrudnienia mają swoich zwolenników i przeciwników.

Elżbieta Buczkowska podkreśla, że zatrudnienie na kontrakcie byłoby do przyjęcia, gdyby udało się „ucywilizować umowy i wyeliminować przedmiotową eksploatację pracownika”. Bo – jak argumentuje – obecne wynagrodzenia na kontraktach odpowiadają płacy za 1,5 etatu. Dorota Gardias przekonuje z kolei, że trudno sobie

wyobrazić, aby pielęgniarki w szpitalach pracowały na umowach cywilno-prawnych.

– Wydłuża się w ten sposób czas pracy: ze 160 godzin robi się 260. Ponadto specjaliści wypowiedzieli się jednoznacznie, że praca pod nadzorem nie może być wykonywana na zasadzie umowy cywilno-prawnej. Proponowane zapisy wydają się sprzeczne z logiką, a przede wszystkim zagrażają bezpieczeństwu pacjenta – mówi Dorota Gardias.

Piotr Przeniosło

Źródło: Rynek Zdrowia

<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Male-pieniadze-duze-ryzyko-czy-pielęgniarki-chca-pracowac-na-kontraktach,101162,1.html>

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Katowice, dnia 21 IX 2010 r.

STANOWISKO KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO W SPRAWIE UŻYWANIA RĘKAWIC OCHRONNYCH DO WYKONYWANIA INIEKCJI PODSKÓRNYCH, ŚRÓDSKÓRNYCH I DOMIĘŚNIOWYCH.

Zgodnie z art. 11.1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 234, poz. 1570) kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Zarówno pacjent, jak i personel medyczny wykonujący zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek są narażeni na potencjalne ryzyko nabycia zakażeń. Zapobieganie zakażeniom polega na redukcji ryzyka wszystkimi dostępnymi metodami, a postępowanie ograniczone wyłącznie do mycia i dezynfekcji rąk przed wykonaniem iniekcji nie stanowi dostatecznej ochrony ani dla personelu ani dla pacjentów.

Na powierzchni skóry rąk personelu wykonującego zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek mogą występować niewidoczne uszkodzenia, a każdy pacjent może być potencjalnym źródłem zakażenia w kontekście aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie znacznego odsetka populacji osób z przewlekłym bezobjawowym zapaleniem wątroby o etiologii wirusowej HBV i HCV.

Najskuteczniejszą metodą prewencji zakażeń jest używanie i prawidłowe stosowanie rękawic ochronnych. Stosowanie rękawic nie zwalnia personelu z obowiązku ich mycia i dezynfekcji. Przed nałożeniem rękawic ochronnych, a także po ich zdjęciu, pracownik ma obowiązek przeprowadzić skuteczną dekontaminację rąk.

Rękawice ochronne należy stosować wyłącznie do zabiegu u jednego pacjenta, po wykonaniu iniekcji należy je bezpiecznie zdjąć i przekazać do unieszkodliwienia.

Niedopuszczalne jest stosowanie tych samych rękawiczek do zabiegu u następnego pacjenta.

Reasumując:

Za zapewnienie prawidłowych warunków do zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz za zaopatrzenie w niezbędne środki ochrony, w tym rękawice ochronne odpowiadają i ponoszą z tego tytułu odpowiedzialność kierownik zakładu opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie zabiegi polegające na wykonywaniu iniekcji domięśniowych, śródskórnych i podskórnych, w tym szczepienia ochronne, powinny być bezwzględnie wykonywane przez personel medyczny w jednorazowych rękawicach ochronnych.

Podpisano
(-)
Beata Ochocka

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24, tel. 032 25-91-586, fax. 032 255-40-52,
e-mail: beata.ochocka@spskm.katowice.pl, <http://www.pspe.pl>

http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=47&n_id=2509



Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych
Zarząd Krajowy

Warszawa, dn. 05 październik 2010 r.

**UWAGI OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DO PROJEKTU USTAWY
O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
WERSJA PROJEKTU: 9.09.2010 R. G. 15.20**

1. Art. 2 - brak podstawowej definicji podmiotu leczniczego (ustawa operuje w dalszym ciągu dwoma pojęciami, opisującymi ten sam podmiot – „podmiot wykonujący działalność leczniczą” oraz „podmiot leczniczy” – konieczne zdefiniowanie i ujednoczenie terminologii)

2. Art. 4 ust. 1 pkt 2 – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są określane mianem „podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą” – równocześnie podkreśla się w uzasadnieniu, iż spzoz pozostają przedsiębiorcami, lecz nie podlegają rejestracji w rejestrze przedsiębiorców. Tym samym określenie kategorii, do których należą spzoz ma charakter wprowadzający w błąd i mogący powodować nieporozumienia, np. w zakresie stosowania regulacji dot. Rad Pracowników.

3. Art. 5 ust. 3 – brak definicji podmiotu leczniczego – nie wiem czy nie należy tego interpretować, jako wstępu do stwierdzenia, że nie jest wykonywaniem zawodu działalność na podstawie umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym

4. Art. 6 ust. 7 – brak obowiązku utrzymania większościowego udziału dla innych podmiotów publicznych, niż uczelnie medyczne (co w praktyce oznacza otwarcie drogi do szybkiej prywatyzacji) – postulujemy wprowadzenie obowiązku utrzymania przez Skarb Państwa i samorządy większościowego pakietu udziałów (lub akcji). Niezrozumiałe także tak daleko idące ograniczenie podmiotów, które mogą uczestniczyć w spółkach wykonujących działalność leczniczą o charakterze klinicznym. Ponownie brak analogicznych zapisów w przypadku innych spółek, tworzonych przez podmioty sektora finansów publicznych.

5. Art. 7 ust. 1 – uprzywilejowanie (zwłaszcza co do głosu i praw do powoływania członków organów spółki) winno być dopuszczalne, jednak wyłącznie w zakresie udziałów posiadanych przez uczelnie lub jednostki sektora finansów publicznych.

6. Art. 10 – niezrozumiałe nierówne traktowanie podmiotów – cel regulacji niewyjaśniony w uzasadnieniu projektu

7. Art. 15 – brak odpowiednika obecnego art. 1 ust. 5 ustawy o zoz, co wydaje się poważnym błędem; brak zakazu reklamy w podmiotach leczniczych

8. Art. 20 ust. 1 – konieczne uzupełnienie o dodatkowe warunki, analogiczne do warunków zastrzeżonych w art. 21 ust. 1 pkt. 2 i 4 projektu – lub zmianę wymogów dotyczących pielęgniarek w art. 21.

9. Art. 21: proponujemy po ust. 3 dodać ust. 4 w brzmieniu: „Miejscem wezwania nie może być podmiot leczniczy, z wyjątkiem sytuacji wskazanej w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.” – dotychczasowy ust. 4 otrzymałby numerację ust. 5

10. Art. 25 ust. 1 pkt. 12) – jakie znaczenie zamierzono nadać w tym miejscu słowu „inne” – czy chodzi o świadczenia rodzajowo odmienne wobec finansowanych ze środków publicznych, czy też o świadczenia nieobjęte kontraktem, np. wykonane ponad limit kontraktu z NFZ?

11. Art. 25 – brak w numeracji ustępu 2 – jest 1 i 3

12. Art. 39 – umieszczony w rozdziale 2: „Podmioty lecznicze o szczególnej regulacji” – czy dotyczy tylko tych podmiotów, czy też wszystkich podmiotów leczniczych? Jeżeli wszystkich, jego lokalizacja jest błędna.

13. Art. 42 – czy oznacza on utrzymanie zakazu udzielania świadczeń odpłatnych w zakresie rzeczowym objętym kontraktem z NFZ

14. Art. 47 ust. 4 – zdanie drugie winno otrzymać brzmienie „W posiedzeniach rady społecznej

uczestniczy kierownik oraz przedstawiciele reprezentatywnych organizacji związkowych.”

15. Art. 48 ust. 1 pkt. 1) – niedopuszczalne wyłączenie kierownika spod reżimu konkursowego – oznaczać będzie dowolność obsadzania tego stanowiska.

16. Art. 48 ust. 3 i 4 – dają szerokie pole do nadużyć, w zakresie obsadzania stanowisk, wobec których konkurs winien być obligatoryjny.

17. Art. 48 ust. 7 – niedopuszczalny – ponownie pole do nadużyć, zwłaszcza, iż do tej pory orzecznictwo sądowe stało na stanowisku, iż zmiana nazwy stanowiska nie wyłącza go spod procedury konkursowej (np. spotykana zmiana ordynatora na koordynatora).

18. Art. 49 ust. 1 – Obowiązek przestrzegania norm powinien dotyczyć każdego podmiotu leczniczego, nie zaś tylko podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami; ponadto propozycja projektu stanowi powielenie obecnego zapisu rozporządzenia, który de facto prowadzi do ustalania norm na poziomie niezapewniającym bezpieczeństwa pacjenta. Wyłączenie spółek spod regulacji obligatoryjnych norm jest niedopuszczalne i zagraża pacjentom.

19. Art. 53 ust. 5 – ze względu na możliwe wątpliwości, warto wskazać wprost, iż obejmuje to także poręczenie,

20. Art. 54 ust. 1 pkt. 1) – czy ma to oznaczać także np. umowy z gabinetami lekarskimi, płacącymi za kierowanych pacjentów, na badania np. radiologiczne, KT itp.? Otwiera to możliwość prowadzenia działalności przez spzoz po wyczerpaniu limitów z umowy z NFZ.

21. Art. 58 ust. 2 i 3 – w praktyce wymuszają przekształcenie w spółki, w przypadku podmiotów poważnie zadłużonych; można także domyślić się, że organ założycielski (podmiot tworzący) będzie w przypadku tych jednostek zainteresowany szybkim zbyciem w nich udziałów, ze względu na konieczność pokrycia ich zobowiązań, co stanowi „szybką ścieżkę prywatyzacji” takich zakładów;

22. art. 61-64 – niezgodne z systematyką aktu – znajdują się pomiędzy regulacją likwidacji i połączenia spzoz.

23. Art. 65 ust. 3 pkt. 1 – posługuje się pojęciem firmy – a to pojęcie jest zastrzeżone dla przedsiębiorcy – ponownie więc powstaje semantyczny rozdźwięk z przynależnością spzoz do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Podobnie zresztą w dalszych odwołaniach do pojęcia firmy w odniesieniu do spzoz.

24. Art. 71 ust. 1 – wydaje się, iż ma on na celu umożliwienie podmiotom tworzącym pozostawienie części zadłużenia w spółkach, co jest niedopuszczalne. Może to prowadzi to do powstania spółek zadłużonych, które mogą bardzo szybko zostać postawione w stan upadłości – co grozi likwidacją zakładu opieki zdrowotnej.

25. Art. 71 ust. 2 – całkowicie niezrozumiały – jaka była intencja tego zapisu? Pojęcie „najdawniejszych zobowiązań” nie jest znane w języku prawniczym, czy ma to dotyczyć np. zobowiązań przedawnionych? Konieczne wyjaśnienie i doprecyzowanie.

26. Art. 80 ust 2 – bardziej celowe wydaje się wskazanie, iż wygasają umowy osób na określonych stanowiskach, albowiem powołanie jest jedną z możliwych metod zawarcia umowy o pracę np. z pracownikiem wyłonionym w wyniku konkursu – dochodziłoby zatem do sytuacji, w której umowa jednego z pracowników (powołanego) wygasłaby, a innego (zatrudnionego na podstawie „zwykłej umowy u pracę) trwałaby dalej;

27. Art. 93 ust. 2 – konieczne jest doprecyzowanie pojęcia „szczególnie uzasadnionych przypadków” – zapis taki jest nadużywany i wprowadza się wydłużony okres rozliczeniowy bez żadnego dodatkowego uzasadnienia.

28. Art. 97 ust. 1 i 2 – konieczne doprecyzowanie, na czym ma polegać pozostawanie w gotowości, gdzie ma się odbywać – dyżur medyczny też w zasadzie polega na pozostawaniu w gotowości. Zapis ten powinien zostać rozszerzony na wszystkich pracowników wykonujących zawód medyczny, dla uniknięcia nierównego traktowania pracowników wykonujących tą samą pracę, a różniących się tylko poziomem wykształcenia (np. pielęgniarki z wykształceniem średnim i wyższym). Do osób z wykształceniem średnim stosuje się dziś przepisy kodeksu pracy, nieprzewidujące żadnego wynagrodzenia za sam dyżur „telefoniczny”.

29. Art. 106 ust. 2 pkt. 3 – powinna zostać wyłączona spod tego rozwiązania upadłość układowa;

30. Art. 140 pkt. 3 – dlaczego takie ograniczenie dotyczy tylko praktyki grupowej? Zakaz ten powinien dotyczyć także praktyk indywidualnych. Powinien on zarazem obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych

31. art. 151 – w zakresie art. 23 ust. 3 ustawy o publicznej służbie krwi – działanie RCKiK w formie spółek kapitałowych, przekreśla „publiczny” charakter tej służby, tworzyć podmioty działające według reguł w pełni gospodarczych, nakierowanych na zysk;

32. Art. 185-192 – dotacja celowa – jako sposób na długi wobec dostawców – wprowadzenie planu B do ustawy.

33. Art. 192 – czy kwota to kwota roczna, czy też łączna na czas obowiązywania tego rozwiązania (do końca 2013)??

DZIAŁ PRAWNY §

ODPOWIEDZIALNOŚĆ MORALNO – ZAWODOWA PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Odpowiedzialność zawodowa jest charakterystyczna dla tych zawodów, które są zawodami samodzielnymi. Obok pielęgniarek i położnych wśród takich zawodów znajduje się zawód lekarza, prawnika czy pracownika socjalnego. To właśnie samodzielność zawodowa niesie za sobą konieczność ponoszenia odpowiedzialności zawodowej.

Odpowiedzialność zawodową ponosimy za:

- zawinione naruszenie zasad wykonywania zawodu (Rozdział 4 ustawy z 1996r o zawodach pielęgniarki i położnej)
- naruszenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej (w tym praw pacjenta)
- postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej (Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej)

Poniższe rozważania dotyczyć będą dylematów związanych z etyką zawodową.

Już w minionej epoce ukształtowane zostały standardy etycznego postępowania pielęgniarek i położnych oraz ich społeczny wizerunek. Przez pewien czas zachowywanie standardów etycznych oznaczało dla pielęgniarek posłuszeństwo lekarzowi i lojalność wobec szpitala. Z biegiem lat nastąpiły zmiany i obecnie jest to wierność normom etycznym podawanym przez zawodowe kodeksy etyczne.

Kodeks dla pielęgniarek jest swoistym przewodnikiem w podejmowaniu działań. U jego podstaw leżą wartości i potrzeby społeczeństwa. W Polsce zastosowanie mają dwa Kodeksy etyczne: Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kodeks Etyki dla pielęgniarek ICN.

Kodeks – z uwagi na szybko zmieniającą się rzeczywistość – wymaga regularnej rewizji i nowelizacji. Najnowszy został zatwierdzony na IV Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w 2003 roku. Międzynarodowy kodeks etyki dla pielęgniarek został przyjęty po raz pierwszy przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) w roku 1953. Od tego czasu wielokrotnie był aktualizowany. Ostatnia rewizja została ukończona w roku 2005. Oba Kodeksy są szeroko rozpowszechnione, chociażby na stronach internetowych, nie ma zatem konieczności ich cytowania. Najogólniej ujmując określają:

- postawę pielęgniarki/położnej wobec praktyki zawodowej i nauki
- relacje pielęgniarki/położnej z pacjentem, współpracownikami, samorządem zawodowym, społeczeństwem
- zadania etyczne pielęgniarki/położnej (promowanie zdrowia, zapobieganie chorobie, przywracanie zdrowia i zmniejszanie cierpienia)

Kodeks etyczny – podobnie jak każda regulacja – zachowuje pewien stopień ogólności i nie odpowiada jednoznacznie jak zachować się w konkretnych sytuacjach. Jest jedynie punktem wyjścia do podejmowania właściwych decyzji. Podstawowym celem etyki zawodowej jest sprzyjanie dobremu wykonywaniu zawodu, wzbudzanie zaufania społecznego, wzmacnianie poczucia obowiązku.

Podejmowanie decyzji etycznych wobec chorego i członków zespołu terapeutycznego oraz konieczność rozwiązywania **dylematów moralnych** zobowiązuje nas do znajomości zasad zawartych w etyce ogólnej i kodeksie etyki pielęgniarskiej. Najczęściej wymieniane **zasady etyczne** mające zastosowanie w pielęgniarstwie to: zasada odpowiedzialności, prawdomówności (zobowiązuje do mówienia pacjentowi prawdy), poufności (nierozpowszechnianie danych o pacjencie osobom trzecim), szacunku dla osoby, czynienia dobra, autonomii (przestrzeganie praw pacjenta, niepodejmowanie decyzji za pacjenta, uzyskiwanie zgody na zabiegi), wierności, sprawiedliwości (nakaz moralny równego traktowania wszystkich podopiecznych, bez względu na rasę, płeć, wyznanie, status społeczny czy ekonomiczny).

Dylemat etyczny to z definicji sytuacja sprzecznych moralnych żądań, wymagających ustosunkowania się do nich i wyboru. Podejmując działania zgodnie z jedną zasadą naruszamy drugą. Decyzja jest tym trudniejsza, im bardziej godzi w prawa pacjenta, czy też nie spełnia powinności zawodowych pielęgniarki. Podejmowanie decyzji etycznych zależne jest od poziomu etycznej wrażliwości oraz umiejętności moralnego rozumowania. Stopień rozwoju w/w czynników zależy od odpowiedniej wiedzy i doświadczenia, a kształtowany jest przez czynniki kulturowe, religijne, edukacyjne oraz doświadczenie życiowe.

W praktyce pielęgniarstwa pojawiają się najczęściej problemy i dylematy natury poznawczej, praktycznej lub etycznej.

Problemy natury poznawczej dotyczą zazwyczaj braku wiedzy, braku umiejętności wykonania jakiejś czynności, nawiązania kontaktu z pacjentem, rodziną. Problemy te mogą być rozwiązywane poprzez odwołanie się do rady koleżanek, bądź poprzez wzbogacanie wiedzy w drodze samokształcenia lub zorganizowanego procesu doskonalenia zawodowego.

Problemy natury praktycznej mogą wynikać ze zbyt dużej pewności siebie, niedbalstwa, rutyny, braku umiejętności technicznych lub sytuacji utrudniających postępowanie zgodnie z zasadami etycznymi. Ich częstą przyczyną jest pośpiech, zagęszczenie sal chorych, dostawki na korytarzach, brak sprzętu, niezdrowa atmosfera w pracy.

Najczęściej spotykane **problemy natury etycznej** to podważanie autorytetu, błędy jatrogenne, niedochowanie tajemnicy, nieposzanowanie godności osobistej pacjenta, brak poczucia odpowiedzialności, uczciwości, rzetelności (np. podawanie leków przez pielęgniarkę nie wpisanych do karty zleceń, tylko zleconych przez lekarza na tzw. „telefon”, wyręczanie lekarzy z podłączenia krwi i preparatów krwiopochodnych pacjentom, „krycie” w pewien sposób koleżanek, które pomyliły dawki, leki lub pacjenta, „lepsze” traktowanie pacjentów protegowanych, głośne komentowanie przypadków chorobowych i zachowań pacjentów i koleżanek z pracy). Do sytuacji utrudniających postępowanie etyczne zalicza się: niedobory kadrowe, wielość zadań, brak odpowiedzialności, rytuał szpitalny, wypalenie zawodowe, złą organizację pracy, słabo przygotowaną dokumentację, brak selekcji kadry, brak samooceny, brak szkoleń.

Wiele wskazówek dla moralnego postępowania możemy czerpać z Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (przytaczanej wcześniej na łamach Biuletynu Informacyjnego w artykule „Prawa pacjenta – kolejna odsłona”), będącej swoistym drogowskazem etycznym dla wszystkich pracowników medycznych. Okazuje się jednak, że w praktyce właśnie te najbardziej oczywiste, naturalne i proste prawa, jak choćby „prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta”, „do informacji”, „do tajemnicy”, są najczęściej łamane. A wystarczy przecież odrobina wrażliwości, wczucia się w osobę badaną, a pomyśli się o zamknięciu drzwi, ustawieniu parawanu, poproszeniu o wyjście osób postronnych, udzieleniu rzetelnej informacji.

Pielęgniarka wykonując pracę zawodową musi znać zarówno zasady etyczne, jak i **normy prawne**, bowiem nie zawsze to co etyczne jest legalne, a to co nieetyczne jest nielegalne. Pielęgniarka może znaleźć się w trudnej dla siebie sytuacji etyczno-prawnej (np. eutanazja – rozdzwitek pomiędzy prawem państwowym a prawem pacjenta do decydowania o sobie, czy aborcja – dylemat pomiędzy przekonaniem moralnym a prawem państwowym).

W czasach rozwoju techniki i kadr, gdy nasze szpitale nowocześnieją, są coraz lepiej zarządzane, pracują w nich coraz lepsi specjaliści, niepokoi to, że konieczność wywiązywania się z kontraktów, przestrzegania limitów, realizowania biznesplanów jest powodem pośpiechu i tworzy klimat pracy „na taśmie”. Pacjent jako jednostka słabsza, często niesamodzielna i zagubiona powinien zostać otoczony w szpitalu troską i uwagą. Nie może „generować zbyt wysokich kosztów” ani „spowalniać działania”. Między innymi to od naszej etyki zawodowej i stosowania zasad moralnych zależy dziś, czy chory znajdzie w szpitalu należną mu opiekę.

Pragnę zwrócić uwagę nie tylko na relację pielęgniarka – pacjent, ale też pielęgniarka – współpracownicy, a szczególnie na sytuację młodych pielęgniarek – naszych koleżanek. Świeża adeptka zawodu nierzadko już na samym początku drogi zawodowej staje przed dylematami wynikającymi ze zderzenia ideałów i wiedzy wyniesionej w drodze edukacji z rzeczywistością, zarówno tą, z której możemy być dumni, jak i tą niechlubną, pełną pośpiechu, rutyny, czy przedmiotowego traktowania pacjentów. To od wzorców panujących na oddziałach, prezentowanych przez starsze koleżanki oraz od siły jej własnych zasad moralnych zależy, jak ukształtuje się jej szkielet etyczny. Czy ulegnie złym nawykom lub presji środowiskowej każącej wytlumić zbyt nadgorliwość nowicjuszek, czy też będzie czerpać z dobrych wzorów, pracować zgodnie ze swoim sumieniem, a z czasem sama dawać dobry przykład młodszym. Dla wszystkich bolesnym i często skrywanym problemem etycznym jest skazanie na współpracę z osobami, które lekceważą pacjentów, zaniedbują swoje obowiązki, oczekują dodatkowej „motywacji” lub narażają chorych na błędy jatrogenne. Jak postąpić w takiej sytuacji, czy pokornie robić swoje, czy sprzeciwić się nieprawidłowościom? Takie dylematy każdy musi rozstrzygnąć we własnym sumieniu, a przykład w głównej mierze powinien iść z góry, od kierowników i przełożonych.

Pamiętajmy o tym, że kodeksy etyki zawodowej nie są „pustymi deklaracjami”. Postępowanie wbrew zapisom wiąże się z określonymi sankcjami. Jeżeli chodzi o pielęgniarki to nieprzestrzeganie zasad moralnego postępowania, rozpatrywane jest przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a także przez sąd pielęgniarek i położnych.

Opracowała:

mgr Cecylia Kielczewska

Przewodnicząca OSPiP w Białej Podlaskiej

Piśmiennictwo u autorki

**USTAWA Z DNIA 20 MAJA 2010 r. O ZMIANIE USTAWY
- KODEKS PRACY ORAZ USTAWY O PODATKU DOCHODOWYM OD OSÓB FIZYCZNYCH
(Dz. U. Nr 105 poz.655 z dnia 15 czerwca 2010 r.)**

Art. 1. W ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.¹⁾) po art. 103 dodaje się art. 103¹-103⁶ w brzmieniu:

"Art. 103¹. § 1. Przez podnoszenie kwalifikacji zawodowych rozumie się zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności przez pracownika, z inicjatywy pracodawcy albo za jego zgodą.

§ 2. Pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe przysługują:

- 1) urlop szkoleniowy,
- 2) zwolnienie z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania.

§ 3. Za czas urlopu szkoleniowego oraz za czas zwolnienia z całości lub części dnia pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Art. 103². § 1. Urlop szkoleniowy, o którym mowa w art. 103¹ § 2 pkt 1, przysługuje w wymiarze:

- 1) 6 dni - dla pracownika przystępującego do egzaminów eksternistycznych,
- 2) 6 dni - dla pracownika przystępującego do egzaminu maturalnego,
- 3) 6 dni - dla pracownika przystępującego do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe,
- 4) 21 dni w ostatnim roku studiów - na przygotowanie pracy dyplomowej oraz przygotowanie się i przystąpienie do egzaminu dyplomowego.

§ 2. Urlopu szkoleniowego udziela się w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy.

Art. 103³. Pracodawca może przyznać pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe dodatkowe świadczenia, w szczególności pokryć opłaty za kształcenie, przejazd, podręczniki i zakwaterowanie.

Art. 103⁴. § 1. Pracodawca zawiera z pracownikiem podnoszącym kwalifikacje zawodowe umowę określającą wzajemne prawa i obowiązki stron. Umowę zawiera się na piśmie.

§ 2. Umowa, o której mowa w § 1, nie może zawierać postanowień mniej korzystnych dla pracownika niż przepisy niniejszego rozdziału.

§ 3. Nie ma obowiązku zawarcia umowy, o której mowa w § 1, jeżeli pracodawca nie zamierza zobowiązać pracownika do pozostawania w zatrudnieniu po ukończeniu podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Art. 103⁵. Pracownik podnoszący kwalifikacje zawodowe:

- 1) który bez uzasadnionych przyczyn nie podejmie podnoszenia kwalifikacji zawodowych albo przerwie podnoszenie tych kwalifikacji,
- 2) z którym pracodawca rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia z jego winy, w trakcie podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub po jego ukończeniu, w terminie określonym w umowie, o której mowa w art. 103⁴, nie dłuższym niż 3 lata,
- 3) który w okresie wskazanym w pkt 2 rozwiąże stosunek pracy za wypowiedzeniem, z wyjątkiem wypowiedzenia umowy o pracę z przyczyn określonych w art. 94³,
- 4) który w okresie wskazanym w pkt 2 rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia na podstawie art. 55 lub art. 94³, mimo braku przyczyn określonych w tych przepisach

- jest obowiązany do zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę na ten cel z tytułu dodatkowych świadczeń, w wysokości proporcjonalnej do okresu zatrudnienia po ukończeniu podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub okresu zatrudnienia w czasie ich podnoszenia.

Art. 103⁶. Pracownikowi zdobywającemu lub uzupełniającemu wiedzę i umiejętności na zasadach innych, niż określone w art. 103¹-103⁵, mogą być przyznane:

- 1) zwolnienie z całości lub części dnia pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia,
- 2) urlop bezpłatny

- w wymiarze ustalonym w porozumieniu zawieranym między pracodawcą i pracownikiem."

Art. 2. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307, Nr 57, poz. 352 i Nr 75, poz. 473) w art. 21 w ust. 1 pkt 90 otrzymuje brzmienie:

"90) wartość świadczeń przyznanych zgodnie z odrębnymi przepisami przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych, z wyjątkiem wynagrodzeń otrzymywanych za czas zwolnienia z całości lub części dnia pracy oraz za czas urlopu szkoleniowego,".

Art. 3. Do pracowników, którzy rozpoczęli podnoszenie kwalifikacji zawodowych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy regulujące zasady i warunki podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników, obowiązujące przed dniem 11 kwietnia 2010 r.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Źródło: <http://lex.pl/serwis/du/2010/0655.htm>

Praktyka zawodowa położnych.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA
z dnia 23 września 2010 r.**

w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem

Na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Określa się standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem stanowiące **załącznik** do rozporządzenia.

§ 2.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Zachęcamy do zapoznania się z załącznikiem do rozporządzenia

Źródło: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=16069>



**POLSKIE TOWARZYSTWO PIELEŃNIARSKIE
INFORMUJE**

INFORMACJA PRASOWA

w sprawie VI Ogólnopolskiego Konkursu Pielęgniarka Roku 2010

**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Koło Liderów Pielęgniarstwa
przy Mazowieckim Oddziale PTP**

zapraszają do udziału

w VI Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2010”

Cel Konkursu: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów o wysokim przygotowaniu zawodowym, etycznym i aktywnym zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

ZAPRASZAMY

Zwracamy się z prośbą o rozpropagowanie informacji we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej na terenie działania Oddziałów PTP.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu;

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach **do dn. 31.01.2011r.**
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 4.03.2011r godz.12.00**
- III etap – prezentacja własna (**szczególony Komunikat nr 2, który zostanie zamieszczony na stronie www.ptp.na1.pl** w marcu 2011 r.)

Dodatkowe informacje:

Jadwiga Zielińska

tel. 22 326 55 21

kom. 511 451 292

e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

Warszawa 22 września 2010 r.

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA KONKURSU

„PIEŁĘGNIARKA ROKU 2010”

1 Imię i nazwisko

2 Data urodzenia

3 Adres zamieszkania

1. Miejsce pracy

5. Stanowisko

6. Staż pracy w zawodzie

7. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Tak * od kiedy

Nie*

8. Działalność na rzecz pielęgniarstwa {przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.} z wyłączeniem obowiązkowej przynależności do samorządu pielęgniarskiego.

Tak* jaka

.....

.....

.....

.....

Nie*

*odpowiedź zaznacz krzyżykiem

.....
podpis i pieczęć przełożonego

.....
podpis kandydata

Data



**STANOWISKO
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELEŃNIARSKIEGO
w sprawie zachowania symboliki zawodowej pielęgniarstwa w procesie edukacji
zawodowej pielęgniarek**

Symbolika zawodowa w pielęgniarstwie ma długą tradycję i stanowi bardzo istotny element naszej zawodowej kultury. Podstawowe symbole zawodowe w pielęgniarstwie, takie jak: pielęgniarzski czepek, mundur, lampka oliwna, tekst przyrzeczenia/ślubowania (np. przyrzeczenie im. Florencji Nightingale) i hymn pielęgniarzski, jak również nasz zawodowy ceremoniał spełniają wiele funkcji ważnych zarówno dla naszej grupy zawodowej, jak też dla współpracowników i samych pacjentów.

Poprzez symbole zawodowe komunikujemy pacjentom, ich rodzinom, współpracownikom i całemu społeczeństwu, kim jest pielęgniarzka i pielęgniarstwo, jakie wartości są istotne w zawodzie pielęgniarzki i czego możemy od pielęgniarzki oczekiwać (Catanzaro A., 2002; Mason D.J. & Buhler-Wilkerson K., 2004). Posługiwanie się symbolami pozwala na umocnienie zaufania, jakim społeczeństwo obdarowuje pielęgniarzki. Symbole pielęgniarstwa wprowadzone do procesu edukacji zawodowej kształtują identyfikację z zawodem, nawiązują do historii zawodu, podkreślają humanistyczny i społeczny charakter naszej profesji. Poznawanie symboli zawodowych i kojarzenie ich z centralnymi wartościami pielęgniarstwa wpływa na kształtowanie właściwej postawy zawodowej w kontakcie z drugim człowiekiem.

W trosce o budowanie tożsamości i dumy zawodowej oraz uznając znaczenie pokazywania bogatej historii pielęgniarstwa PTP stoi na stanowisku, że każda uczelnia kształcąca pielęgniarzki powinna prezentować symbolikę zawodową pielęgniarstwa podczas głównych ceremonii zawodowych znanych jako czepkowanie czy wręczenie dyplomów.

Tło

Wykorzystywanie symboliki i organizowanie ceremonii zawodowych w trakcie procesu kształcenia pielęgniarek służy socjalizacji zawodowej studentów. Przekazujemy im w ten sposób określony zestaw wartości i norm zawodowych. Przyswojenie tych norm przekłada się na chęć ich urzeczywistnienia w praktyce. Ma to szczególne znaczenie po okresie zmian w systemie kształcenia pielęgniarek. Przeniesienie edukacji pielęgniarek do uniwersytetów czy wyższych szkół zawodowych wymusiło zmiany nie tylko w programach kształcenia, ale również w metodach ich realizacji (Du Toit D., 1995).

Współcześnie obserwujemy powrót do ceremoniału zawodowego w pielęgniarstwie i kultywowania symboliki zawodowej pielęgniarstwa na całym świecie. Ceremonie zawodowe mają wymiar psychologiczno-socjologiczny i są pomocne w przejściu z etapu bycia uczniem do etapu bycia adeptem sztuki pielęgniarzkiej (Hawkins P., Redding S.R., 2004).

Uczestnictwo w ukształtowanych historycznie ceremoniach pielęgniarzskich jednoczy nasze środowisko zawodowe na całym świecie. Najważniejsze z nich to:

- ceremonia czepkowania;
- ceremonia wręczenia dyplomów;
- obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki;

Symbole i ceremonie zawodowe, choć wydają się być przestarzałe, mają swój głęboki sens. Informują społeczeństwo, że pielęgniarstwo nie jest tylko prostym rzemiosłem, czy wyłącznie formą zarobkowania, ale że jest w działalności pielęgniarek obecny głębszy, symboliczny wymiar (Watson J., 1999). Dzięki symbolom, możliwe jest stworzenie wspólnej przestrzeni łączącej młodsze i starsze pokolenia pielęgniarek.

Podkreśla się, że powinno się pozostawić symbole i ceremonie zawodowe w procesie edukacji pielęgniarek, choć można zmienić ich organizację, dając wyraz temu, że rozwijają się razem z nami. Zachowanie pielęgniarzkiej symboliki nie jest propozycją opozycji względem nauki i rozwoju naukowego, ale propozycją ich uzupełnienia (Catanzaro A., 2002).

Celebrowanie uroczystości zawodowych z wykorzystaniem symboliki pielęgniarstwa pozwala na tworzenie swoistej więzi z wielowiekową tradycją pielęgniarstwa oraz uczy szacunku do tej tradycji.

Konferencje i szkolenia

Zarząd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego
serdecznie zaprasza do wzięcia udziału w

IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej
pod przewodnim tytułem

Stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych

Mamy nadzieję, iż skupi ona wybitnych specjalistów z Polski i zagranicy, a także profesjonalistów, będąc doskonałym polem interdyscyplinarnej dyskusji, również w kontekście **WYTYCZNYCH 2010 RESUSCYTACJI KRAŻENIOWO-ODDECHOWEJ**

W trakcie Konferencji przewidziane jest przeprowadzenie warsztatów szkoleniowych związanych z tematem Konferencji.

Konferencja odbędzie się w dniach 4-6 kwietnia 2011 r. w malowniczo położonym Mazurskim Centrum Konferencyjnym „Zamek Ryn” w Rynie ul. Plac Wolności 2 (województwo warmińsko-mazurskie)

Za udział w Konferencji przyznawane będą punkty edukacyjne. Każdy uczestnik otrzyma również Certyfikat.

Wszelkie niezbędne informacje oraz formularz zgłoszeniowy znajdują się na stronie internetowej <http://www.ptpr.org.pl>

Z poważaniem.

Marek Maślanka

Prezes Zarządu

Komitet organizacyjny Konferencji

Anna Polonek

GSM: 508608175

Katarzyna Piegza

GSM: 696304485

II Ogólnopolski Zjazd PFPC **Łódź, 3-4. grudnia 2010 r.**

Tegoroczna edycja Zjazdu odbędzie się pod hasłem **„PROFILAKTYKA POTRZEBNA ZAWSZE, NAJSKUTECZNIEJSZA U DZIECI”** I OBEJMIE NASTĘPUJĄCĄ TEMATYKĘ:

- Choroby cywilizacyjne (zespół metaboliczny, cukrzyca, otyłość, choroby nowotworowe, wady postawy – aktualne możliwości prewencji pierwotnej);
- Zalecenia żywieniowe dla dzieci zdrowych i chorych;
- Europejskie programy profilaktyczne a wytyczne żywieniowe;
- Suplementy diety – witaminy, mikroelementy, probiotyki, prebiotyki;
- Alergia – aktualne spojrzenie na profilaktykę;
- Zakażenia sezonowe i podróżne (grypa, kleszczowe zapalenie mózgu, WZW A, choroby tropikalne) – profilaktyka poprzez szczepienia;
- Antybiotyki – jak osiągnąć i zachować skuteczność terapeutyczną;
- Bezpieczny sport dla dzieci zdrowych i ze schorzeniami przewlekłymi;
- Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych.

Zaproszeniem do przedstawienia własnych badań i doświadczeń związanych z profilaktyką chorób cywilizacyjnych. Zachęcamy do skorzystania z możliwości zaprezentowania swoich prac podczas tegorocznej edycji Zjazdu.

Termin nadsyłania streszczeń mija 10.10.2010 r.

Dla autorów najciekawszych prac zaprezentowanych w sesjach ustnych i plakatowych przewidziano nagrody!

Zachęcamy do udziału w tym medycznym wydarzeniu. **Paniom Pielęgniarkom i Położnym gwarantujemy obniżoną wysokość opłat!**

W imieniu Komitetu Naukowego i Organizacyjnego gorąco zachęcam do wzięcia udziału w II Zjeździe Forum Profilaktyki Chorób Cywilizacyjnych. Proszę o przekazanie wszystkim współpracownikom informacji o tym wydarzeniu. Wyrażam jednocześnie nadzieję, że zaplanowany program naukowy, szkoleniowy i towarzyski spełni Państwa oczekiwania, a łódzkie spotkanie stanie się miłym, oczekiwanym, cyklicznym przedsięwzięciem.

Z serdecznymi pozdrowieniami,

Prof. dr hab. Krystyna Wąsowska – Królikowska

Organizator II Zjazdu PFPC (www.pfpcc.pl)

Klinika Alergologii, Gastroenterologii i Żywienia Dzieci UM w Łodzi

Oraz grupa medica

ul. Strumykowa 40 A/71

03-138 Warszawa www.grupamedica.pl

e-mail: biuro@grupamedica.pl

tel.: +48 42 630 01 88 faks: + 48 42 630 07 74



Szanowni Państwo,

Mam zaszczyt przedstawić ideę planowanego wydarzenia edukacyjnego środowiska diabetologicznego - z prawdziwą przyjemnością zapraszamy Państwa do udziału w V Konferencji Naukowo-Szkoleniowej PFED pt.:

„INSULINOTERAPIA W PRAKTYCE PIEŁĘGNIARKI – NOWOŚCI”

TEMATYKA KONFERENCJI:

I sesja: Insulinoterapia przy pomocy wstrzykiwaczy insulinowych typu pen

1/ Wyniki badań

2/ Nowe światowe rekomendacje dotyczące technik wstrzykiwania insuliny

3/ Zalecenia PFED i Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa – aktualności

II sesja: Insulinoterapia przy pomocy ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CPWI)

1/ Programy komputerowe wspierające insulinoterapię

2/ Aktualne zalecenia PFED i Krajowego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa - aktualności

III sesja plakatowa.

**Termin konferencji: 17.12.2010 r. rozpoczęcie konferencji - godzina 9.30,
zakończenie około godziny 16.00**

Miejsce konferencji: Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Al. Dzieci Polskich 20

04-730 Warszawa, sala konferencyjna nr 119/blok E, wysoki parter, wejście główne Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”

Informacje ogólne

1. Biuro konferencji czynne: 17.12.2010 r. od godziny 7.00

2. Opłaty konferencyjne:

członkowie PFED 50 zł

pozostali uczestnicy 100 zł

W ramach opłaty organizatorzy zapewniają: materiały konferencyjne i posiłki w czasie konferencji.

Opłatę konferencyjną należy wносить na konto PFED: nr 98105010251000002302941964 Bank Śląski Oddział Warszawa 169 ul. Zamoyskiego 51A 03-801 Warszawa do 31.11.2008 r. **z dopiskiem „V Konferencja PFED”.**

Formularze wpłat i Karta zgłoszeniowa dostępne są na stronie internetowej www.pfed.org.pl

3. Osoby, które zadeklarowały **czynny udział** w konferencji proszone są o przesłanie streszczenia pracy w języku polskim drogą elektroniczną na adres: dorota.herbut@pfed.org.pl **do dn. 30.10.2010r.**

Streszczenie powinno zawierać następujące elementy: imię i nazwisko oraz ośrodek autora, tytuł, wstęp, materiał i metody, wyniki, wnioski.

Format streszczenia: dokument Microsoft Word 2000, 250 słów (nie wliczając danych autorów i tytułu), Czcionka: Times New Roman 12 pkt. Odstęp pojedynczy.

Potwierdzenie kwalifikacji pracy będzie przesłane autorom do dn. 05.11. 2010 r. Wszystkie prace prezentowane na konferencji będą drukowane w materiałach konferencyjnych .

4. **Szczegółowy program konferencji zostanie umieszczony na stronie internetowej www.pfed.org.pl w dn. 30.11.2010 r.**

5. Możliwość zakwaterowania w Hotelu Patron przy IPCZD – recepcja , rezerwacja –tel. 22 815 72 26

6. Kontakt z Komitetem Organizacyjnym Konferencji: tel.022 815 10 42 , faks 022 815 12 32, email: pfed@pfed.org.pl

*W imieniu Komitetu Organizacyjnego
Przewodnicząca
Alicja Szewczyk*

REFERATY

Profilaktyka wtórna udarów niedokrwiennych mózgu

Choroby naczyniowe centralnego układu nerwowego są trzecią, co do częstości przyczyną zgonów. Są one po chorobach serca i nowotworach najczęstszą przyczyną śmierci w krajach zachodnich. Co najmniej połowa wszystkich pacjentów neurologicznych leczonych w szpitalach ogólnych choruje na jakąś chorobę naczyniową.

Udarem mózgu według definicji WHO (1976 r.) nazywamy zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a czasem również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się, jeśli nie spowodują wcześniej zgonu – dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa. Udar niedokrwienny wynika z częściowej lub całkowitej niedrożności naczynia zaopatrującego mózgowie w krew.

Wyróżniamy wiele rodzajów udarów mózgu i zależne jest to od przyjętej klasyfikacji.

Ze względu na patomechanizm udar mózgu dzieli się na:

- niedokrwienny (~ 80%), jego patomechanizm jest zróżnicowany, najczęściej jednak dochodzi do zamknięcia tętnicy i ograniczenia dopływu krwi do mózgu,
- krwotoczny (~ 15% udarów)
 - krwotok śródmózgowy
 - krwawienie podpajęczynówkowe,
- żylny (~ 0,5- 1%), powstaje na skutek zakrzepicy zatok żylnych mózgowia.

Istotną rolę w powstawaniu udarów niedokrwiennych mózgu odgrywają **czynniki ryzyka**, które podzielono na czynniki modyfikowalne i niemodyfikowalne. Czynniki ryzyka modyfikowalne poddają się działaniom, a ich wykrywanie i leczenie jest jak dotąd jedyną skuteczną metodą ich zwalczania. Do czynników modyfikowalnych należą: nadciśnienie tętnicze, choroby mięśnia sercowego, zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca, otyłość, zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej, nikotynizm, alkohol, niestabilność blaszki miażdżycowej w tętnicach domózgowych, zakażenia bakteryjne, hiperhomocysteinemia, wzrost stężenia fibrynogenu w surowicy, zespół bezdechu sennego i inne. Do niemodyfikowalnych czynników ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu, czyli takich na które nie można wpłynąć żadnym działaniem prewencyjnym i których nie

można zmodyfikować należą: wiek, płeć, rasa oraz czynniki genetyczne.

Powikłania udaru niedokrwiennego mózgu dotyczą układu nerwowego, oraz obejmują pozostałe układy. Najczęściej wymienianymi powikłaniami udaru są: obrzęk mózgu i wklonowanie podnamiotowe, ukrwotoczenie zawału i napady drgawkowe, hipo i hiperglikemia, wzrost ciśnienia tętniczego lub nadmierny spadek, powikłania infekcyjne, zapalenie żył kończyny dolnej, zator płuc, powikłania kardiologiczne.

Trwałe następstwa niedokrwiennego udaru mózgu zależne są: od wielkości i topografii ogniska ischemicznego, stanu zdrowia chorego przed incydem, wynikłych powikłań okołoudarowych, a także postępowania terapeutycznego. Wśród następstw udaru mózgu wyróżnia się: kalectwo poudarowe, parkinsonizm poudarowy, zespół rzekomoopuszkowy, ośpienie poudarowe, padaczkę poudarową, depresję po udarze, ból ośrodkowy poudarowy, apatię.

Leczenie stosowane po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu lub po przemijającym niedokrwieniu mózgu powinno uwzględniać przypuszczalną przyczynę pierwotnego incydentu. Celem leczenia farmakologicznego jest ponowne przywrócenie miejscowego krążenia mózgowego oraz przeciwdziałanie zaburzeniom metabolicznym powstałym w wyniku niedokrwienia mózgu (działanie neuroprotektoryjne). Głównymi nurtami terapii wczesnego okresu udaru niedokrwiennego mózgu są:

- leczenie antyagregacyjne (przeciwplatekcyjne),
- leczenie trombolityczne,
- leczenie przeciwkrzepliwe (antykoagulacyjne).

Ponad połowa chorych, którzy przeżyli udar mózgu wymaga częściowej lub całkowitej opieki ze strony innych osób. Sprawowanie opieki nad pacjentem pociąga za sobą następstwa w postaci poważnego obciążenia fizycznego i psychicznego.

Udar mózgu należy do schorzeń układu sercowo-naczyniowego, którym można skutecznie zapobiegać. Zapobieganie udarom mózgu można ogólnie podzielić na zapobieganie pierwotne, tzn. zapobieganie udarom u ludzi, którzy wcześniej nie mieli objawów niewydolności naczyń mózgowych i zapobieganie wtórne, tj. postępowanie dotyczące tych, którzy przeżyli udar mózgu lub TIA (przemijający epizod niedokrwienny).

Prewencja wtórna we współczesnym schemacie profilaktyki, powinna być stosowana po każdym rozpoznanym incydencie naczyniowym w ośrodkowym układzie nerwowym, bez względu na jego objawy kliniczne i czas trwania. Wprowadzenie profilaktyki wtórnej po incydencie naczyniowym nie zwalnia od wprowadzenia lub kontynuowania działań w ramach profilaktyki pierwotnej.

Według Deklaracji Helsingborskiej profilaktyka wtórna udarów powinna obejmować:

- modyfikację stylu życia i czynników ryzyka,
- leczenie przeciwpłytkowe i przeciwkrzepliwe,
- leczenie chirurgiczne zmian miażdżycowych w naczyniach szyjnych.

Znany jest wpływ stylu życia na występowanie chorób naczyniowych, w tym udarów mózgu.

Podkreśla się zatem konieczność działań profilaktycznych w tym zakresie. Obejmują one: całkowite zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, właściwą dietę, utrzymanie odpowiedniej masy ciała oraz regularny wysiłek fizyczny. Stwierdzono zależność między liczbą wypalonych papierosów, a ryzykiem chorób naczyniowych, w tym udaru mózgu. Palenie tytoniu zwiększa ryzyko udaru od 1,5 do 3 razy. Nadużywanie alkoholu, tzn. dla kobiet spożywanie powyżej 30g czystego alkoholu na dobę, dla mężczyzn 50g na dobę zwiększa ryzyko zawału mózgu. Regularny wysiłek fizyczny zmniejsza ryzyko zarówno udaru niedokrwienego jak i krwotocznego. Aktywność fizyczna powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego, spadek masy ciała, poprawia tolerancję glukozy, wpływa na obniżenie poziomu fibrynogenu w surowicy, a także powoduje wzrost poziomu cholesterolu HDL, a obniżenie poziomu cholesterolu LDL. Uważa się, że część składników dietetycznych zwiększa zapadalność na udar mózgu (sól, tłuszcze zwierzęce, kawa), a inne mają wpływ protekcyjny (ryby, owoce, warzywa, witaminy). Dieta po udarze mózgu polega na ograniczeniu tych składników, które mogą powodować postępowanie miażdżycy i podwyższać ciśnienie krwi oraz na zwiększeniu ilości składników hamujących te niekorzystne procesy. Jeśli chodzi o czynniki ryzyka udaru niedokrwienego mózgu to leczenie hipotensyjne jest jednym z głównych kierunków profilaktyki wtórnej udaru. Podwyższenie wartości średniego ciśnienia tętniczego krwi o 10 mmHg powoduje zwiększenie ryzyka udaru niedokrwienego mózgu o 30%. Zatem nadciśnienie tętnicze zwiększa średnio ryzyko udaru 4-5 razy. Cukrzyca jest modyfikowalnym czynnikiem ryzyka, który zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia udaru niedokrwienego 2,5- 3,5 krotnie, a blisko 9,1% ponownych udarów

niedokrwienych można przypisać nietolerancji glukozy. Hiperglikemia pogarsza rokowanie w udarze mózgu, chorzy wolniej powracają do zdrowia, są obciążeni wyższym ryzykiem zgonu lub ponownego udaru i mają większy trwały deficyt neurologiczny. Otyłość – głównie typu brzuszego 1,5 krotnie zwiększa ryzyko udaru. Otyłość często łączy się z cukrzycą, zaburzeniami lipidowymi i nadciśnieniem tętniczym. U osób otyłych udar przebiega ciężiej i jest obciążony większą śmiertelnością.

Profilaktyka wtórna chorób naczyniowych jak już wcześniej wspomniano polega na wykrywaniu czynników ryzyka u osób z udarem mózgu oraz ich zwalczaniu przez zmianę stylu życia i odpowiednie postępowanie farmakologiczne. **Działania prewencyjne obejmują 5 kierunków:**

1. Zwalczanie istniejących u danego chorego czynników ryzyka.
2. Leczenie „specyficzne”, które wybiera się indywidualnie dla każdego chorego.
3. Rehabilitację w szerokim tego słowa znaczeniu.
4. Ewentualne leczenie objawowe.
5. Leczenie uzupełniające (dodatkowe).

Główne zasady profilaktyki wtórnej u chorych po udarze niedokrwienym mózgu to: kontrola ciśnienia tętniczego krwi, kontrola poziomu stężenia cholesterolu i cukru we krwi, utrzymanie prawidłowego ciężaru ciała, niepalenie papierosów i nienadużywanie alkoholu, aktywność ruchowa, stosowanie prozdrowotnego odżywiania się, radzenie sobie ze stresem, stosowanie rehabilitacji, leczenia objawowego i uzupełniającego.

Zadaniem personelu medycznego w tym pielęgniarce jest wyposażenie pacjenta i jego rodziny w odpowiedni zasób wiedzy i umiejętności przeciwdziałania powikłaniom występującym po udarze oraz motywowanie i egzekwowanie zachowań prozdrowotnych, mających zapobiegać ponownemu zachorowaniu. Zakres edukacji i rodzaj realizowanych zadań zawsze będzie zależeć od stanu zdrowia pacjenta, jego sprawności fizycznej i psychicznej. Wśród pacjentów, u których trudno zmieniać przyzwyczajenia i tryb życia, a narządy zmysłów nie są już w pełni sprawne, można zrealizować tylko częściowo zadania edukacyjne, przez co, część tych zadań dotyczy rodzin osób chorych. Działania edukacyjne będą związane z dalszym leczeniem i pielęgnacją, a także polegać będą na wyjaśnieniu i udzielaniu wskazówek dotyczących stylu życia.

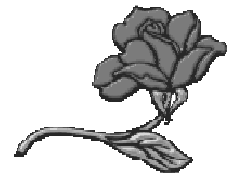
Literatura u autorki

mgr Bożena Nowakowska

Pielęgniarka WSzS w Białej Podlaskiej

Z żałobnej karty..

„Bólu nie ugasi żadne ukojenie i ból ten chowamy skrycie,
bo też naszych nikt nie zrozumie a dalej ... dalej jest Życie”



„ Kochany człowiek nigdy nie umiera. Żyje wciąż w myślach, słowach i wspomnieniach”.



W dniu 14 sierpnia 2010 r. pożegnaliśmy na zawsze **BARBARĘ PALEŃ**.

Pani Barbara Paleń, po 40 latach pracy w zwodzie pielęgniarki odeszła na emeryturę w 1999 r. Była absolwentką Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Chełmie. Pierwsze 5 lat w zawodzie pracowała w Szpitalu Powiatowym w Radzynie Podlaskim, następne długie lata, aż do osiągnięcia uprawnień emerytalnych w szpitalu białskim, głównie na stanowisku instrumentariuszki i zarazem kierowniczką bloku ginekologiczno-położniczego.

Wyróżniała się pracowitością, zaangażowaniem w codziennej pracy, była odznaczona Srebrnym Krzyżem Zasługi oraz Odznaką „Za zasługi dla Ochrony Zdrowia”. Wszyscy, którzy znali Panią Basię będą ją pamiętać jako osobę bardzo energiczną, życzliwą, pełną życia, z wielkim poczuciem humoru i taką pozostała nawet w latach walki z chorobą.

Z głębokim żalem składamy wyrazy współczucia najbliższej rodzinie pani Basi, mężowi oraz córkom - Ewie i Beacie, również z zawodu pielęgniarkie obecnie pracującej w zawodzie psychologa.

Joanna Głowacka



„ Bliscy naszemu sercu zawsze
pozostają w naszej pamięci ”



Koleżance

Grażynie Ozimkiewicz

Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci **OJCA**
składają koleżanki i koledzy
z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego
SP ZOZ Radzyń Podlaski

„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje w
sercach bliskich”



Głębokie wyrazy współczucia
Koleżance **Danucie Nowackiej**
powodu śmierci **OJCA**
składają koleżanki i koledzy
z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego
SP ZOZ Radzyń Podlaski

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci
żywych”



Koleżance **Marioli Melaniuk**
Szczere wyrazy współczucia z powodu
śmierci **TATY**
składa personel Oddziału Neonatologii
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

„W Zmartwychwstałym Chrystusie wszelkie życie powstaje z martwych”
Jan Paweł II



W dniu 10 sierpnia 2010 roku zmarła nasza koleżanka
Barbara Filipiuk
Wyrazy współczucia Rodzinie
składa personel Oddziału Neonatologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje
w sercach bliskich”



Koleżance **Barbarze Sokolowskiej**
Głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci **Taty**
składa grono pedagogiczne
Medycznego Studium Zawodowego
w Białej Podlaskiej oraz
Państwowej Szkoły Wyższej
Papieży Jana Pawła II
w Białej Podlaskiej

„*Bliscy naszemu sercu
zawsze pozostają w naszej pamięci*”



Koleżance **Beacie Wojtkowskiej**
Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci **TATY**
składają współpracownicy
z Oddziału Okulistycznego
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Białej
Podlaskiej

„*Bliscy naszemu sercu
zawsze pozostają w naszej pamięci*”



Koleżance
Bogumile Kubaczyńskiej
Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci
MAMY i TEŚCIOWEJ
składają koleżanki oddziałowe
i pracowni endoskopowej
w SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„*Nie odchodzi Ten, kto pozostaje
w sercach bliskich*”



Koleżance **Barbarze Sałacie**
Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci
BRATA
składają koleżanki pielęgniarki
z SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„*Bliscy naszemu sercu
zawsze pozostają w naszej pamięci*”



Koleżance **Annie Situch**
Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci
MAMY
składają koleżanki Oddziału
Anestezjologii, Intensywnej
Terapii i Bloku Operacyjnego
z SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„*Bliscy naszemu sercu
zawsze pozostają w naszej pamięci*”



Tomaszowi Chadajowi
Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci **OJCA**
składają koleżanki i koledzy
RSPRiTS w Radzynie Podlaskim

„*Nie odchodzi Ten, kto pozostaje
w sercach bliskich...*”

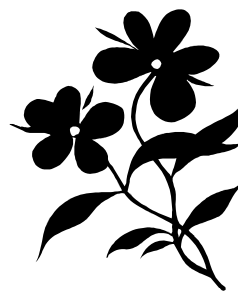


Pielęgniarki **Małgorzacie Sawczuk**
Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci **MAMY**
składają koleżanki
z Oddziału Kardiologii
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

„*Nie odchodzi Ten, kto pozostaje
w sercach bliskich*”



Waldemarowi Chadajowi
Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci **OJCA**
składają koleżanki i koledzy
RSPRiTS w Radzynie Podlaskim



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

W. Szymborska

