

ISSN 1898-9519

BIULETYN INFORMACYJNY

*Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*

Nr 4/68/2008



*Radosnego oczekiwania i gotowości
Na przyjęcie Bożego Syna do swego życia,
Mocy Ducha Świętego,
Który pomoże nam uwielbiać Boga
I zasiewać ziarno pokoju wśród bliskich,
Wielu darów Bożych w Nowym 2009 Roku!*



**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: oipipbp@poczta.onet.pl
www.oiPIP.bialapodlaska.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 Dziedz-Płanda
drugi piątek miesiąca w godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych**
Cecylia Kielczewska
pierwszy poniedziałek miesiąca
w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

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

Redakcja Biuletynu:
Joanna Głowacka,
Elżbieta Celmer vel Domańska
Iwona Frączek, Anna Olisiejuk,
Ilona Bilko

Druk: Zakład Poligraficzny
tel. 083 342 03 53, 083 51 51

W NUMERZE:

- I. Głos Przewodniczącej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych1
- II. Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych.....2
- III. Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Białej Podlaskiej.....13
- III. Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych informuje14
- IV. Warto wiedzieć.....16
- V. Konferencje i szkolenia.....17
- V. Dział prawny.....26
- VI. Referaty.....30
- VII. Z żałobnej karty.....41

**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 i opracowywania
technicznego przesłanych tekstów, za treści
autorskie nie ponosimy odpowiedzialności.

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

Korzystając z uprzejmości Redakcji Biuletynu, kieruję do Was kilka bardzo ważnych słów. Jak zapewne pamiętacie w bieżącym roku na cele kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych przeznaczona została znaczna suma pieniędzy z budżetu izby, aż 66 000. Sprawozdanie finansowe na koniec listopada pokazało, że niemalże cała kwota została rozdysponowana na różne formy kształcenia według Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej przyjętym Uchwałą Nr 19/V/08 ORPiP z dnia 14 marca 2008r. Fakt ten świadczy o masowym kształceniu podyplomowym wśród członków izby.

Pragnę przypomnieć, że tegoroczny Zjazd podjął uchwałę Nr 5 w sprawie: upoważnienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do wykorzystania w 2008 roku do 25% rezerwy budżetowej na Komisję Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.

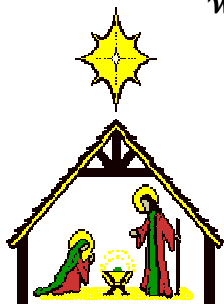
Realizując uchwałę zjazdową Okręgowa Rada na posiedzeniu w dniu 9.12.2008r. podjęła decyzję o dopłacie do przyznanej refundacji dwóch form kształcenia: kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego. Dopłata ta będzie zróżnicowana, każda osoba, która złożyła wniosek w 2008r. otrzyma wyrównanie do 35% faktycznie poniesionych kosztów własnych.

Podzieliłam się z Państwem jak myślę dobrą wiadomością, ale w życiu bywa różnie.

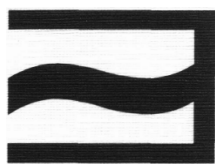
W tym miejscu pragnę przeprosić wszystkie pielęgniarki i położne, a przede wszystkim wyjaśnić zaistniałą, trudną sytuację, którą przysporzył nieautoryzowany artykuł zamieszczony na łamach „Słowa Podlasia”. Artykuł ten jak w krzywym zwierciadle zniekształcił moją wypowiedź z dnia 17 października 2008 roku. Rozumiem oburzenie środowiska, dziękuję za telefony i konstruktywne rozmowy podczas których miałam możliwość wyjaśnić i przeprosić, dziękuję również za anonim w tej sprawie, który dał mi wiele do myślenia. Jeszcze raz przepraszam.

*Nadszedł piękny czas. Czas, w którym składamy sobie życzenia
z okazji przyścia na świat Naszego Zbawiciela Jezusa Chrystusa.*

*Życzę Wam i Waszym najbliższym radości i miłości przy
wigilijnym stole, a na Nowy Rok 2009 życzę małych
sukcesów, które składają się na wielkie szczęście.*



*Ewa Czeczelewska
Przewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej*



Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Szanowni Państwo,



Święta Bożego Narodzenia zawsze budzą w nas pozytywne emocje i nową nadzieję na lepszą przyszłość. Tą nadzieją dzielimy się z innymi składając im życzenia pomyślności.

Wszystkim pielęgniarkom i położnym, moim Koleżankom i Kolegom oraz ich rodzinom życzę, aby przeżyli te dni spokojnie i pięknie. Niech upłyną Wam one w podniosłym i ciepłym rodzinnym nastroju, w skupieniu na tradycji i najważniejszych dla ludzi wartościach.

Niech nadchodzący rok przyniesie Wam zdrowie i wiele szczęśliwych wydarzeń.

*Wesołych Świąt Bożego Narodzenia i powodzenia w Nowym Roku
życzy w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*

Elżbieta Buczkowska



W dniach 8-9 września odbyła się Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych poniżej zamieszczamy stanowiska i podjęte uchwały na posiedzeniu.

**Stanowisko nr 18
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych
z dnia 9 września 2008 r.
w sprawie limitowania liczby miejsc
na studia dla pielęgniarek i
położnych**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się limitowaniu miejsc na studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych. Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 20.04.2004r. o zmianie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej Minister Zdrowia i Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie mają uprawnień w zakresie limitowania liczby miejsc na studia dla pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu (pomostowych). Limitowanie miejsc jest ograniczeniem dostępności do nauki, co pozostaje w sprzeczności z Konstytucją RP. Uważamy, że działania te w rażący sposób dyskryminują pielęgniarki i położne, które dążą do uzupełnienia swojego wykształcenia do poziomu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Powyższe stanowisko uzasadniamy potrzebami naszego środowiska zawodowego w zakresie podnoszenia kwalifikacji, co w przyszłości przyczyni się do umocnienia statusu społecznego i zawodowego pielęgniarek i położnych oraz ułatwi dostosowanie kwalifikacji do wytycznych dyrektyw Parlamentu Europejskiego i Traktatu Bolońskiego.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski

Prezes
Elżbieta Buczkowska

**Stanowisko nr 19
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych
z dnia 9 września 2008 r.
w sprawie likwidacji
pielęgniarskich stanowisk pracy
w domach pomocy społecznej**

Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, mając na uwadze bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców domów pomocy społecznej z ogromnym niepokojem obserwuje działania mające na celu rezygnację z zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej. Organizacja instytucjonalnej opieki w tym zakresie powinna uwzględnić potrzeby ludzi starszych i niepełnosprawnych, którzy sami nie mogą zapewnić sobie samodzielnej egzystencji. Stan zdrowotny mieszkańców domów pomocy społecznej warunkuje realizację innych potrzeb, w tym bytowych i socjalnych, i jest dla samych mieszkańców priorytetem. Wychodząc naprzeciw tym potrzebom konieczna jest realizacja całodobowych świadczeń zdrowotnych przez profesjonalistów. Działania Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, mające na celu likwidację zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych odbiera jako bezdusność wobec bezbronnej części społeczeństwa polskiego. Tworzenie uwarunkowań prawnych regulujących tak trudną materię powinno być nacechowane głębokim humanitaryzmem i wychodzić naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom ludzi niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Dostosowanie tej formy opieki do podziału zadań pomiędzy dwa resorty – zdrowia i polityki społecznej - w zamian za zorganizowanie realizacji świadczeń całodobowych w obecnych strukturach domów pomocy społecznej, zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest nie do zaakceptowania.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski

Prezes
Elżbieta Buczkowska

Uchwała Nr 76/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 września 2008 r. w sprawie wystąpienia przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991 r. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.) z Konstytucją RP oraz upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do podjęcia wszelkich działań w zakresie wystąpienia do Trybunału Konstytucyjnego

Uchwała nr 81/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego

Uchwała nr 82/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie zmiany uchwały nr 7/V/2007 z dnia 12 grudnia 2007 r. w sprawie powołania komisji problemowych i zespołów stałych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych

Uchwała nr 77 /V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie wystąpienia do Ministra Zdrowia o zwiększenie w 2009 r. kwoty dotacji na zadania przejęte przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych od administracji publicznej oraz finansowanych na podstawie umów zawieranych z Ministrem Zdrowia w latach poprzednich (rejestr centralny, ośrodki informacyjno-edukacyjne)

Uchwała nr 83/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie zmiany uchwały nr 15/V/2008 z dnia 11 marca 2008 r. w sprawie zadań i kompetencji komisji problemowych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych oraz nadzoru nad ich działaniem

Uchwała nr 78/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych

Uchwała nr 84/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie zmiany uchwały nr 17/V/2008 z dnia 11 marca 2008 r. w sprawie składu osobowego komisji problemowych i zespołów stałych działających przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 79/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie powołania Komitetu Organizacyjnego Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

Uchwała nr 85 /V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie wystąpienia do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o zweryfikowanie wyceny procedur systemu Jednorodnych Grup Pacjentów poprzez uwzględnienie w nich kosztów wynagrodzeń pracowniczych

Uchwała nr 80/V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie delegowania przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych do rad społecznych placówek ochrony zdrowia o ogólnopolskim obszarze działania

Uchwała nr 86 /V/2008 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie wystąpienia do Premiera Donalda Tuska w sprawie realizacji zobowiązania wyznaczenia terminu spotkania dotyczącego sposobu procedowania w Komisji Zdrowia treści projektu pakietu ustaw reformujących system opieki zdrowotnej

Pismo NRPiP do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie Zarządzenia Nr 105/DSOZ/08 i stanowisko Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych z dnia 17 listopada 2008 roku w sprawie ww. zarządzenia.

NRPiP/XVII/194/08

Warszawa, dnia 19 listopada 2008 r.

**Pan
Jacek Paszkiewicz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Szanowny Panie Prezesie,

W załączeniu przesyłam stanowisko Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych z dnia 17 listopada 2008 roku w sprawie Zarządzenia nr 105/DSOZ/08 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Z uwagi na fakt, iż ww. Zarządzenie w naszej opinii jest niezgodne z obecnym stanem prawnym, eliminuje świadczeniodawców – pielęgniarzy i położne podstawowej opieki zdrowotnej z rynku usług medycznych, proszę o podjęcie natychmiastowych działań zmierzających do powołania przez NFZ roboczego zespołu, którego zadaniem będzie przygotowanie (opracowanie) nowych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2009 rok i włączenie do prac zespołu przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, będących członkami Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPiP.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie może respektować dokumentu, który niezgodny jest z literą prawa. Nie odnosząc się do szczegółowego brzmienia zarządzenia, pragnę podkreślić, że proces konsultacji nad projektem nie został przez NFZ zachowany tj. zgodnie z art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) oraz § 2 ust. 2 – ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), dlatego też proszę jak na wstępie.

Z poważaniem
Prezes
(-)Elżbieta Buczkowska

Stanowisko

**Komisji ds. Kontraktowania świadczeń zdrowotnych, powołanej przy NRPiP
podjęte w dniu 17 listopada 2008 roku
do Zarządzenia Nr 105/DSOZ/08 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 5 listopada 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji
umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:
podstawowa opieka zdrowotna.**

Komisja ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych, działająca przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych wnioskuje do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o natychmiastową zmianę Zarządzenia Nr 105/DSOZ. Powyższy dokument, stanowiący podstawę do warunków zawierania i realizacji umów na 2009 rok nie konsumuje zapewnionych podczas rozmów w Centrali NFZ uzgodnień z przedstawicielami NFZ, które odbyły się w dniach 28 października 2008 roku oraz 3 listopada 2008 roku. Zapewnienia NFZ dotyczyły pozostawienia warunków kontraktowania świadczeń pielęgniarzy i położniczych na dotychczasowych warunkach, określonych w Zarządzeniu Nr 26/2008/DSOZ Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 maja 2008 roku. Komisja uważa, że Narodowy Fundusz Zdrowia pomijając głos najliczniejszej grupy świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej jawi się jako monopolista, dyktując jednostronnie wszelkie warunki świadczeń, które są niekorzystne dla środowiska pielęgniarzy podstawowej opieki zdrowotnej i położnych podstawowej opieki zdrowotnej. Proces kontraktowania świadczeń powinien opierać się na wzajemnym szacunku i zaufaniu partnerów oraz racjonalnym stosunku do podstawowych zasad ekonomii. **Nie godzimy się na łamanie art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w stosunku do grupy zawodowej pielęgniarzy i położnych podstawowej opieki zdrowotnej.**

W związku z powyższym żądamy opracowania Zarządzenia, które będzie uwzględniało następujące kwestie postulowane przez nasze grupy zawodowe:

1. żądamy bezwzględnego utrzymania stawek kapitacyjnych dla pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, korygowanych odpowiednim współczynnikiem dla grupy wiekowej:

Pielęgniarki

- 1) od 3 m. ż. do 6 r. ż. - współczynnik 1,6
- 2) od 7 r. ż. do 65 r. ż. - współczynnik 1,0
- 3) powyżej 65 r. ż. - współczynnik 2,0
- 4) podopieczni DPS – współczynnik 2,5
- 5) pacjenci wymagający leczenia trudno gojących się ran – współczynnik 3,0.
- 6) pacjenci insulinozależni wymagający podawania insuliny z rozpoznaniem według ICD 10 E10-E14 – współczynnik 3,0.

Położne

- 1) od 0 do 2 m. ż. – współczynnik 10,0
- 2) osoby płci żeńskiej od 16 r. ż. do 40 r. ż. – współczynnik 1,6
- 3) kobiety ze schorzeniami ginekologiczno - onkologicznymi – współczynnik 3,0.
- 4) pozostałe osoby płci żeńskiej – współczynnik 1,0

2. Bezwzględne odrzucenie mieszanego systemu finansowania świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Jednoznaczne określenie definicji gabinetu pielęgniarki / położnej POZ zgodnie z następującą propozycją:

2 „Gabinet pielęgniarki/położnej poz – rozumie się przez to pomieszczenie umożliwiające przechowywanie dokumentacji medycznej, sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnej do realizacji świadczeń pielęgniarskich / położniczych w podstawowej opiece zdrowotnej”.

4. Bezwzględne respektowanie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych zagwarantowanej ustawą zmiana brzmienia art. 13 pkt. 2 Zarządzenia Nr 105/DSOZ/08.

5. Zmianę brzmienia § 4 ust. 5 pkt 3) zgodnie z propozycją: „3) dla praktyk pielęgniarek i położnych – w art. 25 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57 z 2001r, poz. 602 ze zmianami)” – analogicznie jak w stosunku do lekarzy.

6. Uwzględnienie miejsca wykonywania świadczeń przez pielęgniarkę/położną POZ w miejscu zamieszkania lub stałego pobytu świadczeniodawcy.

7. Zapewnienie dostępności i ciągłości do świadczeń ambulatoryjnych, leczniczych w gabinecie zabiegowym lekarza POZ.

8. Jednoznaczne określenie definicji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z następującą propozycją:

„**pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej**, o której mowa w art. 5 pkt 25) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – (t.j. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.),

„**położna podstawowej opieki zdrowotnej**, o której mowa w art. 5 pkt 28) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – (t.j. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

9. Żądamy przywrócenia odrębnego druku deklaracji wyboru dla poszczególnych świadczeniodawców: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/lekarza rodzinnego, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/pielęgniarki rodzinnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej/położnej rodzinnej.

10. Wykreślenie z Zarządzenia Nr 105/DSOZ/08 „Nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ”.

11. Przygotowanie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: programy profilaktyczne, dostosowanych do kompetencji pielęgniarki / położnej POZ:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny;
- 2) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy;
- 3) programu badań prenatalnych,
- 4) programu profilaktyki chorób odtytoniowych - palenie jest uleczalne.
- 5) program profilaktyki chorób układu krążenia.

12. Utrzymanie opieki nad dziećmi i młodzieżą szkolną do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej (policealnej 2,5 letniej).

Podsumowując, Komisja ds. kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej NRPiP uważa, iż Zarządzenie Nr 105/DSOZ/08 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w ewidentny sposób ogranicza dostępność 3 świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki, położne podstawowej opieki zdrowotnej, jak też stanowi zagrożenie dla ich zdrowia, życia i bezpieczeństwa. Narusza także zasadę równości świadczeniodawców. Propozycja kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki, położne POZ uniemożliwia realizację umów w tym zakresie, co stwarza bezpośrednie zagrożenie dla funkcjonowania pielęgniarstwa i położnictwa w podstawowej opiece zdrowotnej. Uczestnicy spotkania w dniu 17 listopada 2008 roku uważają, że Zarządzenie jednoznacznie preferuje jedną grupę świadczeniodawców na rynku usług zdrowotnych, dlatego w przypadku nie uwzględnienia żądań naszego środowiska zostaną podjęte działania zmierzające do skierowania tego faktu do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przeciwko stosowaniu praktyk monopolistycznych polegających na nadużywaniu pozycji dominującej jednego świadczeniobiorcy - lekarza na rynku zawierania i finansowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, tym samym niedopuszczenie grupy zawodowej pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach przedmiotowego Zarządzenia. Przedstawiając powyższe wnosimy do Narodowego Funduszu Zdrowia o zaniechanie stosowania praktyk polegających na zawężeniu kręgu podmiotów przystępujących do składania ofert na realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Ponadto wskazujemy, że zarówno Komisja działająca przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych jak też Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, nie może pozostać bierna na działania sprzeczne z interesem członków samorządu pielęgniarek i położnych i nie respektowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia przepisów prawa. Wnoskujemy o bezwzględne ich przestrzeganie obejmujące zakres przepisów określonych w § 2 ust. 2 – ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

W przypadku nie respektowania naszych postulatów zostaną przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych podjęte w trybie natychmiastowym działania, o których mowa w niniejszym stanowisku.

- (-) Ewa Taranta – Przewodnicząca Komisji
- (-) Bożena Gościewska – członek Komisji
- (-) Maria Stachowska – członek Komisji
- (-) Tadeusz Wadas – członek Komisji
- (-) Maria Matusiak – członek Komisji
- (-) Emilia Kin – członek Komisji
- (-) Beata Żółkiewska – członek Komisji ds. Położnych

Informacja o spotkaniach przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia

W związku z ukazaniem się Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 105/DSOZ z dnia 5 listopada 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (które wzbudziło wiele kontrowersji), na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych rozpoczęły się robocze spotkania w Ministerstwie Zdrowia.

W załączeniu przedstawiamy;

- 2) Ustalenia ze spotkania w dniu 2 grudnia 2008 roku
- 3) Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2008 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, w roku 2009

Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPiP

Ustalenia ze spotkania z przedstawicielami środowiska pielęgniarskiego, NFZ, Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz GIS w dniu 2.12.2008

1. Fundusz dopasuje swoje wymagania dotyczące gabinetu pielęgniarki POZ do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 – wykreślenie wymogu posiadania stolika zabiegowego, w zarządzeniu Prezesa NFZ 105 załącznik 3a
2. GIS dopuści do wykonywania w gabinecie pielęgniarki POZ wszystkie czynności, które wynikają z zakresu zadań pielęgniarki POZ i zadeklarowanych zadań przez pielęgniarkę POZ, jeśli pomieszczenie spełnia wymogi określone w rozporządzeniu.
3. NRPiP wnioskuje o przesunięcie okresu dostosowawczego w/w gabinetów do końca 2009 roku i podjęcie inicjatywy MZ wprowadzającej dla rozporządzenia z dnia 15 marca 2006 vacatio legis do 2012 roku – dotyczy już funkcjonujących gabinetów. Nowotworzone gabinety mają obowiązek spełnienia wymogów rozporządzenia w momencie ich rejestracji. Zastosowanie przez prezesa NFZ nie może mieć wpływu na ograniczenie zakresu świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę POZ.
4. Zapis zarządzenia Prezesa NFZ nr 105, §9 punkt 2:
W gabinecie zabiegowym, o którym mowa w ust. 1 pkt 5) wykonywane są zabiegi i procedury diagnostyczno – terapeutyczne wynikające z procesu leczenia, pozostające w zakresie zadań i kompetencjach lekarza POZ związane z bezpośrednią udzielaną poradą lekarską i wymagające udziału lekarza.

Powinien zostać zmieniony na:

W gabinecie zabiegowym, o którym mowa w ust. 1 pkt 5) wykonywane są zabiegi i procedury diagnostyczno – terapeutyczne wynikające z procesu leczenia związane z udzieloną przez lekarza POZ poradą lekarską.

5. Warunki pobierania materiału do badań w domu pacjenta i ich transportu określa zgodnie z rozporządzeniem laboratorium diagnostyczne.
6. Warunki transportu materiału z domu pacjenta do siedziby lekarza POZ zapewnia lekarz POZ – stanowiska NRPiP
7. NRPiP wnioskuje o pozostawienie dotychczasowego systemu rozliczania – kapitacyjnego – dla położnych oraz utrzymanie stawki bazowej na poziomie 12,48 PLN plus wskaźniki grup wiekowych do 31.12.2009.
8. Harmonogram udzielania świadczeń przez pielęgniarkę POZ ma uwzględniać czas pracy w gabinecie pielęgniarki i położnej POZ oraz pracę w terenie. Jeżeli będzie uwzględniona przez świadczeniodawcę jedną godzinę funkcjonowania gabinetu dziennie – Fundusz uzna, (że jest to organizacja udzielania świadczeń taka, jak zapisano w warunkach zawierania umów, za wyjątkiem pojawienia się skarg pacjentów na ograniczoną dostępność świadczeń pielęgniarskich w gabinecie) NFZ. - że jest on zgodny z warunkami kontraktowania – stanowisko NRPiP

Stanowisko Nr 21

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2008 r.

w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju : podstawowa opieka zdrowotna, w roku 2009

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, przy współpracy z Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, na podstawie art. 163 ust.2 pkt. 1 i 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych z dn. 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z dn. 27 września 2004 r.) wnosi o zbadanie decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – Zarządzenia nr 105/2008/DSOZ z dn. 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna pod względem zgodności z prawem oraz zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Sekretarz
Tomasz Niewiadomski

Prezes
Elżbieta Buczkowska

Notatka ze spotkania z przedstawicielami środowiska pielęgniarskiego, NFZ, Departamentu Pielęgniarek i Położnych w dniu 4.12.2008r.

1. Fundusz dopasuje swoje wymagania dotyczące gabinetu pielęgniarki POZ do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 – wykreślenie wymogu posiadania stolika zabiegowego, w zarządzeniu prezesa NFZ 105 załącznik 3a – stanowisko uzgodnione
2. GIS dopuści do wykonywania w gabinecie pielęgniarki POZ wszystkie czynności, które wynikają z zakresu zadań pielęgniarki POZ i zadeklarowanych zadań przez pielęgniarkę POZ, jeśli pomieszczenie spełnia wymogi określone w rozporządzeniu – stanowisko uzgodnione
3. Okres dostosowawczy dla gabinetów POZ zostanie przesunięty przez NFZ do końca 2009. MZ deklaruje intencję zmiany wprowadzającej dla rozporządzenia z 15 marca 2006 vacatio legis do 2012 roku – zmiana będzie dotyczyć już funkcjonujących gabinetów. Nowotworzone gabinety mają obowiązek spełnienia wymogów rozporządzenia w momencie ich rejestracji.

Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego na wniosek świadczeniodawcy, który chce zawrzeć umowę z NFZ a wykonuje świadczenia w formie indywidualnej praktyki w miejscu wezwania i nie spełnia wymogów wyrazi indywidualną zgodę, wraz z podaniem terminu wskazanego przez świadczeniodawcę okresu dostosowawczego (maksymalny termin – do końca 2009 roku). Zastosowanie przez prezesa NFZ wyżej wymienionego przez pielęgniarkę POZ. Zadeklarowano również zmianę wymogów dotyczących metrażu gabinetów z 15 do 12 metrów kwadratowych. – stanowisko uzgodniono

4. Zapis Prezesa NFZ nr 105, §9 punkt 2:

„W gabinecie zabiegowym, o którym mowa w ust. 1 pkt 5) wykonywane są zabiegi i procedury diagnostyczno – terapeutyczne wynikające z procesu leczenia, pozostające w zakresie zadań i kompetencjach lekarza POZ związane z bezpośrednio udzielaną poradą lekarską i wymagające udziału lekarza”.

Powinien zostać zmieniony na:

„ W gabinecie zabiegowym, o którym mowa w ust. 1 pkt 5) wykonywane są zabiegi i procedury diagnostyczno – terapeutyczne wynikające z procesu leczenia związane z udzieloną przez lekarza POZ poradą lekarską”

Czas obowiązywania do dyskusji:

- do 30.06. 2009 – stanowisko NFZ
- do 31.12.2009 – stanowiska NRPiP

5. Pobieranie materiału do badań w domu pacjenta i ich transportu określa zgodnie z rozporządzeniem laboratorium diagnostyczne – stanowisko uzgodnione
6. NFZ zobowiązuje się, że będzie kontrolował warunki realizacji zapisów zarządzenia dotyczących zasad wykonywania przez świadczeniodawców w zakresie świadczenia lekarza POZ i świadczenia pielęgniarki POZ badań diagnostycznych w domu pacjenta w zakresie transportu.

Zarządzenie 105 – stanowisko NFZ i MZ

- świadczenia lekarza POZ

2. W przypadku, gdy w wyniku udzielonej przez lekarza POZ porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. Nr 61, poz. 435), a w przypadku, uzasadnionej wyłącznie względami medycznymi, konieczności zapewnienia pobrania materiałów do badań w domu pacjenta, także z uwzględnieniem ust. 5 pkt 10 w części II A załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), z zastrzeżeniem ust. 7-9.

3. zlecając pielęgniarkę POZ pobranie materiałów do badań diagnostycznych w domu pacjenta świadczeniodawca wystawiający zlecenia zapewnia we własnym zakresie i na własny koszt pojemniki na materiały do zleconych badań oraz pojemnik zbiorczy do transportu pobranych próbek, odpowiadające wymogom standardów jakości określonym w rozporządzeniu, o którym mowa w ust. 6.

4. Świadczeniodawca wystawiający zlecenie dla pielęgniarki POZ na pobranie materiałów do badań diagnostycznych w domu pacjenta udostępnia jej w firmowanym przez siebie miejscu udzielania świadczeń właściwym ze względu na ma miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy pojemniki, o których mowa w ust. 7 oraz zapewnia w tym samym miejscu odbiór pobranych przez pielęgniarkę próbek.

5. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz POZ, a które są mu niezbędne przy realizacji świadczeń stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia.

- **Świadczenia pielęgniarki POZ**

6. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, wyłącznie w domu świadczeniobiorcy i jedynie na zlecenie lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent, pobiera materiały do badań diagnostycznych. Świadczenie realizuje zgodnie z przekazanymi przez zleceniodawcę standardami jakości opracowanymi przez pracownię diagnostyczną, z którą zleceniodawca współpracuje oraz z zachowaniem zasad określonych w §9 ust. 7-9 zarządzenia.

Zarządzenie 69 – stanowisko NRPiP

- **świadczenia lekarza POZ**

W przypadku, gdy w wyniku udzielonej przez lekarza POZ porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonywania badań laboratoryjnych, świadczeniodawca zapewnia pobranie materiałów do badań zgodnie z zasadami określonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. Nr 61, poz. 435). Pobranie badań w domu chorego świadczeniodawca zleca pielęgniarce POZ. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz POZ, a które są mu niezbędne przy realizacji świadczeń stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

- świadczenia pielęgniarki POZ

- pielęgniarka POZ zobowiązana jest do udzielania pielęgniarskich świadczeń opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki POZ oraz w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (z uwzględnieniem mieszkańców DPS-ów).

(Znowelizowany załącznik):

Pobieranie materiałów do badań : krwi, moczu, wymazów

świadczenie realizowane przy współpracy ze świadczeniodawcą POZ na którego liście lekarskiej znajduje się pacjent. Obejmuje czynności przygotowawcze, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia. Za zapewnienie pojemników do badań oraz warunków transportu pobranych materiałów, zgodnie ze standardami jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych odpowiada zleceniodawca.

7. NRPiP wnioskuje o pozostawienie dotychczasowego systemu rozliczania – kapitacyjnego – dla położnych oraz utrzymanie stawki bazowej na poziomie 12,60 PLN plus wskaźniki grup wiekowych do 31.12.2009.

Równocześnie wyraża zgodę na równoległe, fakultatywne wprowadzanie nowego systemu finansowania działalności – nowa, jednolita stawka bazowa, 13,56 PLN plus część zadaniowa według załącznika numer 1.

NFZ i MZ proponuje jednolitą stawkę kapitacyjną na poziomie 13,56 PLN oraz fakultatywne dodatkowe realizowanie świadczeń według systemu zadaniowego – dodatkowo płatnego.

8. NFZ wymaga określenia harmonogramu czasu pracy przez pielęgniarkę POZ. Harmonogram deklarowany przez świadczeniodawcę w zakresie świadczenia pielęgniarki POZ musi być dostosowany do potrzeb zdrowotnych populacji świadczeniobiorców. Musi określać dostępność do świadczeń pielęgniarskich zarówno w warunkach domowych jak i w gabinecie pielęgniarki/położnej POZ. NFZ nie określa żadnych norm co do podziału czasu dostępności do świadczeń pomiędzy pracą w gabinecie a pracą w domu pacjenta – stanowisko uzgodnione.



Informacja ze spotkania Ministra Zdrowia Ewy Kopacz i kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z Przewodniczącymi Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych z całego kraju. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej reprezentowała Elżbieta Celmer vel Domańska – Sekretarz ORPiP. Spotkanie odbyło się z 19 listopada 2008r. w godz. 11.00 – 14.30 w gmachu Ministerstwa Zdrowia.

W spotkaniu wzięli udział:

- ze strony Ministerstwa Zdrowia: Ewa Kopacz, Minister Zdrowia, Marek Twardowski, podsekretarz stanu, Marek Haber, podsekretarz stanu i Jakub Szulc, sekretarz stanu, Jolanta Skolimowska, z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych;
- ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Elżbieta Buczkowska, Prezes NRPiP, Maria Kaleta, Wiceprezes NRPiP, Hanna Gutowska, Skarbnik NRPiP i Tomasz Niewiadomski, Sekretarz NRPiP;
- ze strony Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych: Przewodniczące ponad 30 Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych.

Podczas spotkania Pani Ewa Kopacz, Minister Zdrowia mówiła między innymi o potrzebie wypracowania sposobów rozwiązywania problemów dotyczących braków wśród kadry pielęgniarskiej i położniczej w placówkach ochrony zdrowia oraz o proponowanych rozwiązaniach prawnych zapisanych w projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Pani Elżbieta Buczkowska, Prezes NRPiP wskazała na obecnie funkcjonujący system kształcenia pielęgniarek i położnych wynikający ze stosowania wytycznych UE w tym zakresie i na brak zgody środowiska pielęgniarek i położnych na powrót do kształcenia funkcjonującego w starym systemie, m. in. w szkołach typu liceum medyczne. Dodatkowo Pani Prezes NRPiP wskazała na potrzebę kształcenia pracowników, tj. opiekunowie medyczni, którzy absolutnie nie mogą przejmować zadań wykonywanych obecnie przez pielęgniarki, ale mają służyć pielęgniarkom pomocą w działaniach opiekuńczych.

Przedstawiciele poszczególnych Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych zgłosili między innymi następujące kwestie nurtujące obecnie środowisko pielęgniarek i położnych:

- Zarządzenie nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna i wynikające z niego konsekwencje dla pielęgniarek i położnych, tj. m. in.: posiadanie gabinetów, realizacja zleceń ambulatoryjnych, pobieranie materiału do badań w domu pacjenta, zróżnicowanie przedziałów wiekowych dla podopiecznych lekarza poz i pielęgniarki poz,
- sytuacja pielęgniarek w domach pomocy społecznej (niskie zarobki, redukcja liczby etatów, zamiana etatów pielęgniarskich na etaty opiekunek),
- odchodzenie od idei pielęgniarstwa rodzinnego,
- wprowadzenie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego programów profilaktycznych realizowanych przez pielęgniarki i położne,
- trudna sytuacja finansowa pielęgniarek związana z brakiem podwyżek wynagrodzeń oraz zabezpieczenie podwyżek płac,
- utrzymanie kadry kierowniczej w pielęgniarstwie,
- wdrożenie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz narzędzi do kontrolowania ich przestrzegania,
- zachęcenie do podejmowania zawodu i pozostawania w zawodzie pielęgniarstwie,
- zapewnienie na stanowiskach pracy pielęgniarek i położnych wyposażenia sprzętowego ułatwiającego pielęgnację,
- zamiana umów o pracę na umowy cywilno-prawne zawierane z praktykami pielęgniarstwie/położniczymi,
- realizacja zobowiązania w zakresie powołania Naczelnej Pielęgniarki Kraju,
- funkcjonowanie systemu JGP i jego wpływ na wynagrodzenia personelu, w tym pielęgniarek i położnych.

Aktualna sytuacja w pielęgniarstwie podstawowej opieki zdrowotnej zmusza do podjęcia natychmiastowych działań. W związku z powyższym Pani Minister Zdrowia zarządziła zorganizowanie spotkania w dniu 24 listopada b.r. z udziałem Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz reprezentantów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych przy udziale przedstawicieli Porozumienia Zielonogórskiego, w zakresie dokonania analizy Zarządzenia nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w celu wypracowania możliwych rozwiązań satysfakcjonujących środowisko pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej oraz przede wszystkim zwiększających dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez pielęgniarki i położne w miejscu zamieszkania i gwarantujących pacjentom ciągłość opieki pielęgniarskiej.

(-) Tomasz Niewiadomski

NRPiP/XVII/177/08
Szanowni Państwo,

Warszawa, dnia 5 listopada 2008r.

W załączeniu przesyłam Komunikat, dotyczący powołania Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Komunikat został zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia – Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Z wyrazami szacunku
 Wiceprezes
 (-)Elżbieta Garwacka-Czachor

Warszawa, 4 listopada 2008

**MINISTERSTWO ZDROWIA
 DEPARTAMENT PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**Komunikat dotyczący powołania Konsultanta Krajowego
 w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego**

Uprzejmie informuję, iż w dniu 30 października 2008 r. Minister Zdrowia powołał Panią **mgr Beatę Ochocką do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego** na podstawie § 2 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. Nr 188, poz. 1582, z późn. zm.).

(-) *Jolanta Skolimowska*
 Z-ca Dyrektora Departamentu
 Pielęgniarek i Położnych

**Pismo Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z dnia 3 listopada 2008 r. w sprawie
 likwidacji pielęgniarzkich stanowisk pracy w domach pomocy społecznej**

MINISTERSTWO
 PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
 SEKRETARZ STANU
JAROSŁAW DUDA
 DPS-VII-073-21/ZG/08

Warszawa, dnia 3 listopada 2008

Pani Elżbieta Buczkowska
**Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek
 i Położnych**
Al. Ujazdowskie 22
00-478 Warszawa

Szanowna Pani Prezes,

W związku z przekazaniem pisma z dnia 30 września znak NRPiP/XX/369/08 Stanowiska nr 19 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 września 2008 r. w sprawie likwidacji pielęgniarzkich stanowisk pracy w domach pomocy społecznej, uprzejmie wyjaśniam, że resort pracy i polityki społecznej nie podjął żadnych działań mających na celu likwidację stanowisk pielęgniarzkich w domach.

W lipcu br. Minister Pracy i Polityki Społecznej przesłał pismo do Starostów Powiatów i Prezydentów Miast, w którym apelował o podjęcie działań zmierzających do zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Apel ten wywołał zaniepokojenie szczególnie wśród średniego personelu medycznego zatrudnionego w domach pomocy społecznej jak również wśród organizatorów pomocy społecznej. Intencją tego apelu było przypomnienie, że usługi medyczne winny być finansowane w pierwszym rzędzie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, i że istnieją możliwości prawne aby pielęgniarki już zatrudnione w domach i finansowane ze środków pomocy społecznej zawierały kontrakty na pielęgniarzką opiekę środowiskową finansowaną z Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowe świadczenie usług pielęgnacyjnych w domu pomocy społecznej powinno uzupełniać świadczenia realizowane przez NFZ, a nie je zastępować ponieważ mieszkańcy podlegają powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu i opłacają z tego tytułu składkę.

W procesie ewolucyjnych zmian działalność domu koncentruje się na usługach typu socjalnego (bytowych, opiekuńczych, wspomagających). Dom nie świadczy usług zdrowotnych, gdyż są udzielane mieszkańcom na analogicznych zasadach jak osobom, które wymagają pomocy medycznej w warunkach

domowych. Rolą domu jest zapewnienie dostępności do świadczeń medycznych a nie wykonywanie ich w zastępstwie służby zdrowia.

Mając na względzie dobro mieszkańców zasadnym jest eliminowanie podwójnego finansowania tych samych usług – opłacania składki i ponoszenia opłaty z tytułu pobytu w domu pomocy społecznej, na którą składa się również wynagrodzenie personelu pielęgniarskiego etatowo zatrudnionego w domu, wymuszając równocześnie właściwą jakość oferowanych świadczeń. Negowanie usług świadczonych systemem zadaniowym, bez próby wdrożenia go do praktyki, jest w mojej ocenie próbą ochrony interesów grupy pracowniczej, która niechętnie odnosi się do nowych form świadczenia usług pielęgniarskich, kosztem ochrony interesów mieszkańców domów, którzy opłacają składkę mają pełne prawo do pełnego wachlarza usług należnych z powszechnego systemu ochrony zdrowia finansowanego z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pielęgniarki, które będą świadczyły usługi pielęgniarskiej opieki środowiskowej w systemie zadaniowym lub w ramach praktyki grupowej, będą posiadały prawo wykonywania zawodu. Jeśli jednak obecnie nie posiadają odpowiednich kwalifikacji umożliwiających zawarcie umowy na świadczenie pielęgniarskiej opieki środowiskowej w systemie zadaniowym to mogą to uczynić już w momencie rozpoczęcia kursu kwalifikacyjnego. Obecnie na terenie kraju trwa organizowanie takich kursów, partycypują w nich również domy pomocy społecznej, które czują się odpowiedzialne za usprawnienie całego systemu oraz uznają potrzebę udzielenia pomocy swoim pielęgniarkom w uzyskaniu nowych kwalifikacji. Istnieje również możliwość zorganizowania takiego kursu przy udziale środków Europejskiego Funduszu Społecznego z programu Operacyjnego Kapitał Ludzki przy udziale regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej. Ponadto, resort zdrowia zadeklarował również wprowadzenie stosownej nowelizacji przepisów ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej w trakcie prac nad pakietem ustaw zdrowotnych, nad którymi pracuje obecnie wraz z Parlamentarzystami.

Ponieważ obecna oferta proponowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest w pełni satysfakcjonująca, w resorcie trwają również prace zespołu roboczego z udziałem zainteresowanych stron – Ministra Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Naczelnej Rady Pielęgniarek, który zajmuje się wypracowaniem optymalnych dla mieszkańców domów pomocy społecznej rozwiązań.

Z ostatniej chwili przedstawiamy pismo Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 grudnia 2008 roku (przesłane do Prezesa Rady Ministrów, dotyczące ustalenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia wartości maksymalnego punktu rozliczeniowego w lecznictwie szpitalnym w pierwszym półroczu 2009 roku.

NRPiP/XVIII/217/08

Warszawa, dnia 16 grudnia 2008 r.

**Pan
Donald Tusk
Prezes Rady Ministrów**

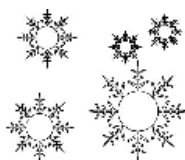
W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się do Pana Premiera o podjęcie działań, w celu rozwiązania problemu wynikającego z propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczącej ustalenia wartości maksymalnego punktu rozliczeniowego w lecznictwie szpitalnym w pierwszym półroczu 2009 roku.

Zdaniem NRPiP proponowana przez NFZ stawka nie uwzględnia środków finansowych koniecznych na pokrycie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, zagwarantowanych ustawą z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.).

Ponadto proponowany poziom finansowania nie uwzględnia również koniecznego i faktycznego wzrostu kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych w lecznictwie szpitalnym. Przyjęcie propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia będzie równoznaczne ze zgodą na zadłużanie między innymi szpitali klinicznych i instytutów medycznych, co w konsekwencji spowoduje załamanie ich działalności, z trudnymi do wyobrażenia skutkami dla pacjentów i całego systemu ochrony zdrowia.

W związku z powyższym, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnoszę do Pana Premiera o podjęcie skutecznych działań, które zapobiegą ograniczeniu świadczeń medycznych udzielanych przez ww. zakłady opieki zdrowotnej, fali strajków, protestów o należyne pielęgniarkom i położnym wzrost wynagrodzeń.

Prezes
(-)Elżbieta Buczkowska



Z prac Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych



Kalendarium OIPIP w Białej Podlaskiej

07.10.2008r.

Posiedzenie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych.

09.10.2008r.

Konferencja „*Rak piersi jako problem kliniczny i społeczny XXI wieku*” – Lublin. Przedstawicielami uczestniczącymi w konferencji są *Iwona Frączek* i *Elżbieta Domańska*.

14.10.2008r.

Egzamin po przeszkoleniu po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki – *Mańko Agnieszka* odbywająca przeszkolenie w SP ZOZ Radzyń Podlaski.

15.10.2008r.

Spotkanie robocze przedstawicieli z samorządów zawodowych z Lublina, Chełma, Zamościa, Białej Podlaskiej, w OIPIP w Lublinie dotyczące sytuacji pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej. W spotkaniu uczestniczyły: *Bożena Kapszukiewicz* - DPS w Kozuli, *Anna Aleksandrowicz* - DPS w Kalince, *Małgorzata Witkiewicz* - DPS w Kostomłotach, *Joanna Marczevska* DPS w Kodniu, *Małgorzata Sawczuk* DPS w Konstancynie.

16.10.2008r.

Konferencja dla położnych „*Profilaktyka raka szyjki macicy*” realizowana w ramach cyklu szkoleń organizowanych przez biuro *Piękne Narodziny*.

17.10.2008r.

- Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
- Konferencja Edukacyjna „*Odpowiedzialne wprowadzanie sprzętu medycznego w pielęgniarstwie*” organizowana przez OIPIP w Białej Podlaskiej we współpracy z Górnośląską Centralą Zaopatrzenia Medycznego ZARYS Sp. z o.o.

22-23.10.2008r.

Uczestnictwo Asystenta ds. rejestru pielęgniarek i położnych *Iwony Frączek* w szkoleniu dotyczącym prowadzenia Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych.

28.10.2008r.

Spotkanie Przewodniczącej ORPiP w Białej Podlaskiej, Sekretarza ORPiP i Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z pielęgniarkami/położnymi zatrudnionymi w NZOZ OZ w Kodniu i Towarzystwie Pomocy im. Św. Brata Alberta – Koło Kodeńskie.

29.10.2008r.

- Posiedzenie Komisji Konkursowej „*Pielęgniarka/Położna Roku 2008 Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej*” – autoprezentacja kandydatek. Wyłonienie pielęgniarki roku.
- Konferencja dla położnych środowiskowych, pielęgniarek POZ, edukatorów „*Profilaktyka raka szyjki macicy*” realizowana w ramach cyklu szkoleń organizowanych przez biuro *Piękne Narodziny*.

31.10.2008r.

Inauguracja Roku Akademickiego 2008/2009 Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Białej Podlaskiej – uczestniczy *Ewa Czeczulewska* Przewodnicząca ORPiP.

10.11.2008r.

- Kontrola w biurze OIPIP przeprowadzona przez Okręgową Komisję Rewizyjną w Białej Podlaskiej.
- Posiedzenie Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w Białej Podlaskiej.

18.11.2008r.

- Spotkanie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych.
- Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

19.11.2008r.

- Udział Przewodniczącej *Ewy Czeczulewskiej* w konferencji pt.: „*Na zdrowy rozum... EFC*” organizowanej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w Warszawie.
- Spotkanie przedstawicieli okręgowych izb z całego kraju z Ministrem Zdrowia *Ewa Kopacz* w Ministerstwie Zdrowia – uczestniczy *Elżbieta Celmer vel Domańska* Sekretarz ORPiP.

21.11.2008r.

Warsztaty edukacyjne dla pielęgniarek i położnych organizowane we współpracy OIPiP w Białej Podlaskiej z firma PELARGOS.

05.12.2008r.

Spotkanie integracyjno – szkoleniowe „*Profilaktyka rolą pielęgniarki i położnej*”.

09.12.2008r.

Posiedzenie Prezydium i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje



Z dniem 01 stycznia 2009 wchodzi w życie Regulamin przyznawania zapomóg losowych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Poniżej prezentujemy treść Regulaminu.

REGULAMIN PRYZNAWANIA ZAPOMÓG LOSOWYCH W OKRĘGOWEJ IZBIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

§ 1

1. Z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej zwanej dalej „Izbą” tworzy się fundusz zapomogowy.
2. O zapomogę losową mogą ubiegać się członkowie samorządu, z chwilą wpisania na listę członków Izby.
3. Wysokość funduszu zapomogowego na dany rok ustalana jest przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych i zatwierdzana przez Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

§ 2

1. Zapomogę można przyznać w przypadku zaistnienia trudnej losowej sytuacji materialnej spowodowanej:
 - 1) ciężką i długotrwałą chorobą członka Izby, dziecka będącego na jego utrzymaniu lub współmałżonka,
 - 2) klęską żywiołową (pożar, powódź itp.),
 - 3) śmiercią członka Izby, jego współmałżonka lub dziecka.
2. Zapomoga może być przyznana raz na 3 lata.

§ 3

1. Wniosek o przyznanie zapomogi może złożyć:
 - 1) zainteresowany członek Izby,
 - 2) osoba upoważniona przez wnioskodawcę.
2. Wniosek powinien zawierać:
 - 1) imię i nazwisko oraz dokładny adres zamieszkania,
 - 2) miejsce pracy, zawód,
 - 3) zaświadczenie potwierdzające wydarzenie losowe,

- 4) zaświadczenie lekarskie lub karty informacyjne z przebiegu leczenia - w przypadkach określonych w § 2 ust. 1 pkt 1 - obligatoryjnie,
- 5) pisemną opinię bezpośredniego przełożonego lub pełnomocnika,
- 6) informację o ilości osób pozostających na utrzymaniu wnioskodawcy,
- 7) inne dokumenty według uznania wnioskodawcy.

3. Druk wniosku stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

4. W wątpliwych sytuacjach organy decydujące o przyznaniu zapomogi mają prawo zwrócić się do wnioskodawcy o udzielenie dodatkowych wyjaśnień.

§ 4

Wysokość zapomogi wynosi do 1000,00 zł (słownie: *jednego tysiąca zł*).

§ 5

1. Wnioski o zapomogę są składane w biurze Okręgowej Izby.
2. Wniosek o zapomogę, po spełnieniu wyżej podanych warunków formalnych rozpatruje Prezydium i podejmuje decyzję o jej ewentualnym przyznaniu.
3. Wnioski nie spełniające wymogów formalnych pozostawia się bez rozpatrzenia.
4. Od decyzji Prezydium przysługuje odwołanie do Okręgowej Rady.
5. Decyzja Okręgowej Rady jest ostateczna.

§ 6

Regulamin obowiązuje od dnia 1 stycznia 2009 roku.

Komunikat w sprawie obowiązku zgłaszania zmian do rejestru pielęgniarek i położnych

W związku z koniecznością zgłaszania zmian dotyczących danych objętych wpisem do rejestru pielęgniarek oraz rejestru położnych, zwracam się z prośbą do wszystkich członków samorządu o zgłaszanie takich zmian.

Forma zgłaszania:

1. **Przy zmianie nazwiska** – oryginał odpisu skróconego aktu małżeństwa i oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.
2. **Przy podniesieni kwalifikacji zawodowych** – kopie zaświadczeń, dyplomów poświadczonych za zgodność z oryginałem dotyczące:
 - a) ukończenia kursów kwalifikacyjnych,
 - b) ukończenia kursów specjalistycznych,
 - c) ukończenia kursów doskonalących,
 - d) ukończenia specjalizacji,
 - e) ukończenia studiów, studiów podyplomowych,
 - f) uzyskania tytułów i stopni naukowych,
3. **Przy zmianie adresu zamieszkania** – informacja w formie pisemnej.
4. **Przy zmianie pracy, podjęciu pracy:**
 - a) z nowego miejsca pracy zaświadczenia o zatrudnieniu z uwzględnieniem daty zatrudnienia,
 - b) z poprzedniego miejsca pracy – kopie świadectwa pracy, poświadczona za zgodność z oryginałem.
5. Przy zmianie pracy, która niesie za sobą zmianę przynależności do okręgowej izby pielęgniarek i położnych (przynależność, ta zależy od miejsca wykonywania zawodu), obowiązkiem pielęgniarki jak i położnej jest złożenie w dotychczasowej izbie wniosku o skreślenie z rejestru izby na terenie, której podjęła pracę.

Do wniosków należy dołączyć między innymi oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej. W sytuacji, w której pielęgniarka, położna wykonuje swój zawód na terenie działania dwóch izb przynależność do jednej z izb jest jej wyborem.

Wszystkie wyżej wymienione dokumenty należy składać w rejestrze pielęgniarek i położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej (ul. Okopowa 3, pokój 218).

Iwona Frączek
As. ds. rejestru
pielęgniarek i położnych



Warto wiedzieć

Niepubliczny Zakład Opiekuńczo- Leczniczy w Ustrzeszy koło Radzyna Podlaskiego uzyskał certyfikat jakości ISO 9001:2000 w dniu 13 listopada 2008r. Certyfikat został przyznany na trzy lata.

Certyfikat jest potwierdzeniem wysokiej jakości usług opiekuńczo-leczniczych świadczonych przez nasz Zakład. Pacjenci dają poczucie bezpieczeństwa i świadomość, że jest w centrum uwagi personelu, Zakładowi zaś wzrost zaufania społecznego. Przyznanie certyfikatu jest ukoronowaniem starań całej załogi na rzecz poprawy jakości opieki nad pacjentem.

Od stycznia bieżącego roku Zakład rozpoczął formalne starania o przyznanie certyfikatu ISO. Praca nad uzyskaniem certyfikatu wyzwoliła w pracownikach duże zaangażowanie, inwencję własną, zintegrowała zespół i tylko dzięki temu jego uzyskanie było możliwe. Jest to nasz wspólny sukces. Mamy jednak tę świadomość, że wdrożenie systemu jakości zakończonego przyznaniem certyfikatu nie ma charakteru jednorazowego przedsięwzięcia. Jest to ciągła praca mająca na celu podnoszenie jakości świadczonych usług oraz znajdowanie dróg i metod do dalszego doskonalenia.

Zakład Opiekuńczo- Leczniczy w Ustrzeszy funkcjonuje od początku 2002 roku. Początkowo dysponowaliśmy 25 łózkami, ale musieliśmy wyjść naprzeciw potrzebom i na przełomie 2006/2007 rozbudowaliśmy i zmodernizowaliśmy Zakład dostosowując go do standardów obecnie obowiązujących. Obecnie dysponujemy bazą 39 łóżkową. Wyposażyliśmy Zakład w nowoczesny sprzęt medyczny, rehabilitacyjny, pomocniczy i taki jak podnośniki, pionizatory, maty ślizgowe, łóżka elektryczne i pneumatyczne oraz materace p/odleżynowe zmiennociśnieniowe aby ułatwić pracę pracownikom i w maksymalnym stopniu zapewnić im oraz pacjentom bezpieczeństwo i wygodę.

Przyjmujemy osoby przewlekle chore, wymagające całodobowej opieki medycznej, które nie kwalifikują się już do ostrego leczenia szpitalnego, a potrzebują stałej opieki, kontynuacji leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji. Mamy podpisany kontrakt z NFZ. Koszt pobytu w Zakładzie jest pokrywany w znacznej części przez NFZ, dodatkowo pacjent płaci 70% swoich dochodów, są to koszty zakwaterowania i żywienia.

Aby prawidłowo wypełniać swoje zadania zatrudniamy 2 lekarzy, 15 pielęgniarek (wszystkie ukończyły, lub są w trakcie, kurs kwalifikacyjny z zakresu opieki długoterminowej), 3 fizjoterapeutów, 2 terapeutki zajęciowe, higienistkę szpitalną, 3 opiekunki, 5 salowych i konserwatora. Mamy także podpisane umowy z psychologiem, logopedą i lekarzami konsultantami. W okresie funkcjonowania zdobyliśmy duże doświadczenie w opiece nad tego typu pacjentem i staramy się stale podnosić jakość usługi.

Dużym sukcesem naszego personelu jest między innymi to, że u nas nie tworzą się odleżyny. Jest to niewątpliwie najlepszym dowodem na to, że osoby tu pracujące swoje zadania wykonują z oddaniem i z poczuciem odpowiedzialności za chorego.

**Kierownik Zakładu
mgr Małgorzata Jaklińska**



**Personel Zakładu Opiekuńczo-
Leczniczego w Ustrzeszy
z Certyfikatem**

KONFERENCJE I SZKOLENIA

Konferencja pielęgniarek i położnych POZ



W dniach 29-30 września 2008r. w Warszawie już po raz trzeci Konferencję Szkoleniową dla pielęgniarek i położnych POZ zorganizowała Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. W konferencji tej uczestniczyły **Iwona Andrzejuk i Krystyna Bunia**.

Otwarcia konferencji dokonała Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr Elżbieta Buczkowska.

Moderatorami obrad były:

- przewodnicząca Komisji ds. Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych przy Naczelnej Izbie mgr Ewa Taranta,
- Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego mgr Leokadia Jędrzejewska.

W konferencji uczestniczyli także zaproszeni goście: dr Krzysztof Klichowicz z Departamentu Prawnego NFZ, psycholog mgr Barbara Woszczyna z Krakowa, mgr Ewa Obrzut Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, prof. dr hab. Ewa Helwich Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, dr Joanna Czuwara-Ładykowska z Kliniki Dermatologii MSWiA w Warszawie, dr Joanna Cielecka-Kuszyk z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, dr Dariusz Madajczak oraz Małgorzata Kędzierska z Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

W trakcie trwania konferencji została przedstawiona różnorodna tematyka wykładów. Każdy z tematów był ciekawy oraz interesujący. Organizatorzy zapewнили uczestnikom miłą oraz sympatyczną atmosferę jak również skorelowanie wszystkich działań z planem organizacyjnym w sposób perfekcyjny.

Korzystając z obecności przedstawiciela Departamentu Prawnego NFZ Krzysztofa Klichowicza poruszono temat zmian, które mogą nastąpić w kontraktowaniu świadczeń na 2009r. NFZ planuje zastąpienie finansowania kapitacyjnego w POZ systemem mieszanym, co oznacza finansowanie za świadczenia (rozliczanie punktowe), plus stawka kapitacyjną.

Pielęgniarka w POZ

Prawdopodobnie będzie mogła równorzędnie kontraktować usługi:

1. zadaniowo
2. kapitacyjnie
3. lub zadaniowo i kapitacyjnie gdy np. ma zadeklarowanych 1000 osób.

Położna POZ

zostaną wyszczególnione 3 czynności do dodatkowego finansowania:

1. prowadzenie edukacji przedporodowej u ciężarnej,
2. wizyty patronażowe u noworodka i położnicy,
3. pacjentki leczone ginekologicznie wymagające wzmożonej opieki położnej w domu.

Pielęgniarka szkolna

Pozostaje system kapitacyjny.

Doprecyzowaniu mają ulec szkoły policealne gdzie ma obowiązywać zasada „nieukończenie 19 roku życia”

Poruszono sprawę formatu zleceń od lekarzy do pielęgniarek i położnych rodzinnych. NFZ obiecuje opracowanie ogólnopolskiego wzoru zawierającego właściwe dane potrzebne do realizacji zlecenia.

Następną poruszaną sprawą była sprawozdawczość. Omówiono sporządzanie i gromadzenie informacji – co sprawozdaje pielęgniarka i położna jako świadczeniodawca.

Przedstawiciel Głównego Inspektoratu Sanitarnego p. Małgorzata Kędzierska omówiła planowane zmiany dotyczące zasad postępowania z odpadami medycznymi. Obowiązkiem stało się przechowywanie odpadów medycznych w lodówce, która nie może stać w gabinecie pielęgniarki POZ, (może w sąsiedztwie gabinetu).

Przechowywanie odpadów w lodówce ma zostać w przyszłości wydłużone do 30 dni. Dokładnie sprawę postępowania z odpadami medycznymi na dzień dzisiejszy reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2007r. Poruszano także problem konieczności posiadania gabinetów przez pielęgniarki i położne POZ. Pani Kędzierska zapewniała, że gabinet pielęgniarki nie jest gabinetem zabiegowym, przyznała, że sprawa odbioru gabinetu pielęgniarki jest niedoprecyzowana do potrzeb środowiska i obiecała zajęcie się sprawą i uregulowanie w najbliższej przyszłości.

Sprawę dokumentacji w POZ poruszyła mgr Ewa Obrzut.

Od wielu lat środowisko pielęgniarek i położnych zabiega o ujednoczenie dokumentacji w całym kraju. Na dzień dzisiejszy nie doszło to do skutku, ale taką potrzebę zaczyna zauważać NFZ i Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

Zasygnalizowane zostały najistotniejsze problemy w POZ, do których należą:

- brak udziału pielęgniarek i położnych w podejmowaniu decyzji w zespole interdyscyplinarnym POZ,
- nastawienie lekarzy na wykonawstwo zleceń leczniczych (medykalizacja, instrumentalizm),
- niska wycena świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne POZ,
- dyskryminacja samodzielnych podmiotów pielęgniarek i położnych POZ,
- brak właściwej sprawozdawczości i ujednoczonej dokumentacji medycznej w POZ,
- środowisko pracy nie zawsze wspiera pielęgniarki i położne podnoszące kwalifikacje zawodowe
- brak obowiązujących umów podwykonawstwa,
- niewłaściwe relacje interpersonalne pomiędzy partnerami na rynku usług medycznych.

Bardzo ciekawymi tematami zawierającymi aktualną wiedzę były między innymi wykłady:

- na temat resuscytacji krążeniowo- oddechowej niemowlęcia wygłoszony przez dr Dariusza Madajczaka,
- na temat preparatów witaminowych (Wit K i D)stosowanych u noworodków i niemowląt wygłoszony przez prof.dr hab. Ewę Helwich,
- pielęgniarki i położne wobec przemocy w rodzinie- obowiązek interwencji wygłoszony przez dr Joannę Cielecką-Kuszyk,
- oraz na temat komunikacji interpersonalnej wygłoszony przez psychologa mgr Barbarę Woszczyzna, którego streszczenie zamieszcza poniżej mgr Iwona Andrzejuk.

mgr Krystyna Bunia

Komunikacja interpersonalna

Ciekawym tematem podczas sesji pielęgniarskiej było wystąpienie pani psycholog mgr Barbary Woszczyzny, który dotyczył

„Zasad komunikacji interpersonalnej, współpracy zespołu terapeutycznego w podstawowej opiece zdrowotnej, sztuki negocjacji.”

Co warto wiedzieć o komunikacji interpersonalnej?

Umiejętność porozumiewania się z innymi ludźmi stanowi dla pielęgniarek i położnych istotny czynnik w kształtowaniu konstruktywnych relacji z drugim człowiekiem.

Komunikacja łączy komunikację- łączność, comunicare- dzielić się, brać udział/- proces porozumiewania się jednostek poprzez nadawanie i odbieranie informacji; wzajemne oddziaływanie społeczne dążące do dzielenia się informacją.

Jakie mamy funkcje komunikacji:

*Interpersonalna-zawsze oznacza kontakt co najmniej dwóch osób „uwspólnienie” ich indywidualności [myśli, uczucia, sposób bycia].

*Informacyjna- odbierane komunikaty niosą informacje, które wykorzystuje się do zwiększania zasobów wiedzy.

*Decyzyjna- umożliwia przekazywanie decyzji np: podwładnym.

Najczęściej porozumiewamy się za pomocą mowy. To wymiana werbalnych, niewerbalnych sygnałów w celu uzgodnienia a zachowań wzajemnych. Polega ona na nadawaniu informacji przez jedną osobę a odbieraniu ich przez drugą. Do porozumienia dochodzi wówczas, gdy jest zgodność pomiędzy intencją nadawcy a interpretacją u odbiorcy. Odbiorca i nadawca są partnerami równymi sobie, z których każdy może mieć własny punkt widzenia, oraz indywidualny system wartości, jednocześnie dążą obydwójce aby przekazywać informacje i wyrazić swoje uczucia. Specyfika pracy pielęgniarki i położnej wymaga wysokich umiejętności komunikacyjnych. Pielęgniarka i położna powinna umożliwić pacjentowi swobodnie wypowiedzieć się oraz stworzyć atmosferę życzliwego słuchania. Komunikacja powinna być jasna i zrozumiała. Jeżeli nie ma czasu na dłuższą pogawędkę, poinformujemy pacjenta o tym formułując komunikat, który on zrozumie i który go nie urazi. Jednocześnie należy zapewnić iż rozumiemy odczucia pacjenta i do jego problemu niebawem wrócimy. Aby komunikacja spełniała swą rolę , powinny być przestrzegane zasady poprawnej komunikacji. Zapewniają one partnerski styl komunikacji, poczucie podmiotowości.

Aby osiągnąć optymalny model komunikacji należy:

1. Mówić do siebie w 1 osobie liczby pojedynczej.
2. Zwracać się bezpośrednio do osoby a nie mówić o sobie.
3. Zachować spójność pomiędzy komunikacją werbalną [słowną] a niewerbalną [mową ciała].
4. Umiejętnie słuchać partnera, być empatycznym (empatia- umiejętność wczuwania się w położenie innej osoby, identyfikowanie się uczuciowe z nim).
5. Unikać oceniania i wartościowania.
6. Mówić o swoich odczuciach w związku z partnerem.
7. Odnosić się do konkretnych zachowań partnera.
8. Jasno wyrażać swoje pragnienia, obawy i cele.

Tylko w ten sposób można zrealizować swoje zamierzenia. Rzadko się zdarza, by ktoś inny potrafił odczytać nasze intencje sądząc po półsłówkach, nastrojach. Nieznane terminy, zwroty, żargon medyczny, pośpiech- to elementy które utrudniają pacjentowi odkodowanie naszych intencji. Przekazywanie informacji, rozmowa z pacjentem powinna cechować się prostym, zrozumiałym językiem, dostosowanym do możliwości intelektualnych pacjenta. Komunikacja interpersonalna- głównie werbalna na linii pielęgniarka- pacjent powinna mieć głównie aspekt psychoterapeutyczny. Oznacza to iż każdy kontakt personelu z pacjentem w którym uwzględnia się psychologiczne i społeczne problemy pacjenta jest formą psychoterapii. Wydaje się, że zasadą na którą należy zwrócić szczególną uwagę jest zasada umiejętnego słuchania i empatyczności. Umiejętność ta pozwala lepiej zrozumieć i pomóc pacjentowi. Często w sytuacjach, gdy komunikacja werbalna jest utrudniona lub niemożliwa do nawiązania jedynymi formami kontaktu mogą być: dotyk, kiwanie głową, mruganie oczami. Uzyskanie informacji następuje wówczas na podstawie udzielanych przez pacjenta odpowiedzi na zadawane pytania.

Bariery w komunikowaniu się:

Zewnętrzne- o charakterze psychologiczno- fizycznym:

- różnice kulturowe
- nieumiejętność decentralizacji
- utrudnienia percepcyjne
- stereotypy
- wybiórczość uwagi
- samopoczucie

Wewnętrzne-wynikają z naszych emocji, lub zakłóceń w odbieraniu sygnałów:

- osądzanie
- decydowanie
- uciekanie od problemów innych
- blokady językowe

Zawód pielęgniarstwa jest wyjątkowym zawodem. Pielęgniarka nie tylko wykonuje czynności pielęgnacyjne ale też stwarza odpowiednią atmosferę. Atmosferę sprzyjającą właśnie nawiązaniu kontaktu z chorym. Inicjatywa nawiązania kontaktu z pielęgniarką zawsze powinna wyjść ze strony chorego i jego rodziny, to chory decyduje o co pyta i co chciałby wiedzieć. **NAJWAŻNIEJSZĄ ZASADĄ ROZMOWY PIELEŃNIARKI Z CHORYM JEST MOWIENIE PRAWDY!!!**

Pielęgniarka powinna przestrzegać następujących zasad:

- należy okazać współczucie i zrozumienie
- nie odbierać pacjentowi nadziei
- nie podawać przykładów tej samej choroby, na którą cierpieli inni pacjenci, dla których jej przebieg był tragiczny
- uszanować milczenie chorego(nie przełamuj na siłę jego zamknięcia, uporu w milczeniu)
- zwracaj się do nich po imieniu
- bądź ciepła, przyjazna i chętna do pomocy
- w trakcie rozmowy minimalizować negatywne aspekty choroby a podkreślać to co możemy zrobić aby stawić jej czoła.

Słowa potrafią leczyć, lecz także potrafią ranić. Nie właściwa komunikacja, może spowodować dodatkowe urazy psychiczne u pacjenta. Najważniejszy jest pierwszy kontakt, pierwsza rozmowa, gdyż osądy, opinie powstają w ułamkach sekund. Życzliwość, wyrozumiałość, traktowanie pacjenta jako partnera podczas pierwszego spotkania zapewni mu poczucie bezpieczeństwa i zaufania do personelu.

Umiejętność komunikowania się z chorym człowiekiem to sztuka, której trzeba się uczyć przez całe życie. Dlatego warto korzystać z organizowanych kursów, szkoleń wymagać od siebie, nie tylko od pacjenta.

Pomyśl czego oczekiwałabyś jako pacjent, jak czułabyś się w jego sytuacji!!!

mgr Iwona Andrzejuk

Uczestnictwo Pni Krystyny Buni i Pani Iwony Andrzejuk zostało sfinansowane przez OIPiP w Białej Podlaskiej.

Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi 2008 w województwie lubelskim

Ustawą sejmową z dnia 1 lipca 2005 roku został powołany w Polsce wieloletni Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN). Lekarze onkolodzy i przedstawiciele środowisk angażujących się w naszym kraju w walkę z nowotworami uważają to wydarzenie za przełom w historii polskiej onkologii. Na mocy ustawy zagwarantowano bowiem na kolejne 10 lat środki finansowe m.in. na planowy rozwój badań naukowych, wyposażenie placówek onkologicznych oraz programy profilaktyki nowotworów.

Jednym z programów realizowanych w ramach NPZChN jest **Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi**. Składa się on z części interwencyjnej, której rolę spełnia program profilaktycznych badań mammograficznych finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz części administracyjno-logistycznej finansowanej przez Ministerstwo Zdrowia.

Działania administracyjno-logistyczne są prowadzone przez utworzony w ramach programu Centralny Ośrodek Koordynujący (COK) oraz Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące (WOK). Do powierzonych im zadań należą: prowadzenie działań na rzecz wysokiej zgłaszalności na mammografię, edukacja zdrowotna kobiet, monitorowanie realizacji programu, szkolenie personelu medycznego w zakresie mammografii skryningowej, oraz prowadzenie kontroli jakości badań mammograficznych.

Głównym celem programu jest obniżenie umieralności z powodu raka piersi wśród kobiet w Polsce do poziomu obserwowanego w rozwiniętych krajach europejskich. Przyjęto, że dla osiągnięcia tego celu należy objąć profilaktycznymi badaniami mammograficznymi wszystkie kobiety w wieku 50-69 lat. Kobietom z prawidłowymi wynikami badań należy umożliwić powtarzanie

mammografii, co 2 lata, zaś w szczególnych przypadkach, zwłaszcza u kobiet z rodzinnym występowaniem raka piersi, – co rok.

W bieżącym roku na terenie Lubelszczyzny profilaktyczne badania mammograficzne są wykonywane w 22 pracowniach mammograficznych i w 4 mammobusach.

Dzięki zaangażowaniu przez Lubelski Oddział NFZ tak dużej liczby świadczeniodawców realizujących program zapewniono łatwy dostęp do badań mammograficznych dla większości kobiet z województwa lubelskiego.

Jednym z największych wyzwań stojących przed organizatorami programu, jest zapewnienie wysokiej zgłaszalności na mammografię. Przyjmuje się, że dla uzyskania efektów zdrowotnych programu w ciągu 2 lat na badania profilaktyczne powinno zgłaszać się minimum 70% kobiet w wieku 50-69 lat. Poprawę tego wskaźnika osiągnięto przez wysyłanie kobietom indywidualnych zaproszeń, ze wskazaniem adresu najbliższych placówek, gdzie można wykonać bezpłatnie mammografię. Z informacji gromadzonych w ogólnopolskiej bazie danych programu (SIMP) wynika, że aktualnie wskaźnik objęcia kobiet badaniami profilaktycznymi w województwie lubelskim wynosi **37,75%**, zaś w całej Polsce – **35,26%**.

Wojewódzki Ośrodek Koordynujący Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi w województwie lubelskim zaprasza instytucje samorządowe, placówki ochrony zdrowia, organizacje społeczne do współpracy mającej na celu zwiększenie udziału kobiet w badaniach mammograficznych.

*dr n. med. Dariusz Surdyka,
Kierownik WOK*

10 października br. w Hotelu Europa w Lublinie odbyła się konferencja

„Rak piersi jako problem kliniczny i społeczny XXI wieku”.

Patronat naukowy nad konferencją objął lubelski oddział Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Komitet organizacyjny stanowiły następujące osoby:

- *dr n. med. Elżbieta Starostawska* – Dyrektor Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej,
- *dr n. med. Dariusz Surdyka* – Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego,
- *Anna Książek*
- *Przemysław Deneka*

W spotkaniu edukacyjnym uczestniczyli specjaliści w dziedzinie onkologii, przedstawiciele władz terytorialnych, NFZ, samorządu zawodowego lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek i położnych, Amazonki.

Przedstawicielami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej były: **Elżbieta Celmer vel Domańska** i **Iwona Frączek**.

Konferencja rozpoczęła się spotkaniem zaproszonych wykładowców z dziennikarzami. Po części oficjalnej, w której to Dyrektor COZL – **Elżbieta Starostawska** powitała gości, rozpoczęła się część naukowa. Tytuły wystąpień zamieszczamy poniżej:

1. **„Postępy w genetyce klinicznej nowotworów”**
prof. dr hab. n. med. **Jan Lubiński** – Kierownik Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych,
2. **„Współczesne kierunki w leczeniu systemowym raka piersi”**
dr n. med. **Elżbieta Starostawska** – Konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej,
3. **„Leczenie raka piersi u chorych przed menopauzą ze szczególnym uwzględnieniem roli analogów LHRH”**
prof. dr hab. n. med. **Maria Mazurkiewicz** – Kierownik Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
4. **„Nowe standardy w leczeniu chirurgicznym raka piersi”**
dr hab. n. med. Andrzej Stanisławek – Ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej,
5. **„Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi a możliwość poprawy wyników leczenia raka piersi w Polsce”** dr n. med. **Dariusz Surdyka** – Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi.

Od Redakcji:

Październik to miesiąc **walki z rakiem piersi**, który wcześniej wykryty jest uleczalny. Wspieramy akcję edukacyjną i **zachęcamy do badań! Jeśli same o siebie nie zadamy nikt inny tego za nas nie zrobi.**

Odpowiedzmy sobie szczerze na pytanie: **jak często chodzimy do ginekologa i czy prosimy go o badanie piersi?**

Statystyki mówią same za siebie: **jedna na dwadzieścia kobiet zachoruje na raka piersi**, dlatego nie zwlekajcie! **Profilaktyka** nic nie kosztuje i dodatkowo **może ocalić nam życie!**

Najprostsze, bezbolesne i bezpłatne jest oczywiście samodzielne badanie w domu, tzw. **palpacyjne badanie piersi**, wykonywane dłońmi w celu wykrycia zmian takich jak zgrubienia.

Po ukończeniu 40 roku życia każda kobieta powinna koniecznie poddać się **mammografii** raz na rok lub dwa lata.

Ryzyko wzrasta, jeżeli w rodzinie ktoś już cierpiał na tę chorobę, jeśli jesteś otyła, urodziłaś pierwsze dziecko po 30. roku życia lub nie masz w ogóle dzieci, późno weszłaś w okres menopauzy lub masz dietę bogatą w tłuszcze zwierzęce. Wtedy zaleca się badanie wcześniej i częściej - terminy najlepiej uzgadniać z lekarzem.



Zatem, Drogie Koleżanki, do dzieła!



***Konferencja edukacyjna
„Odpowiedzialne wprowadzanie sprzętu medycznego w pielęgniarstwie”***

W dniu 17 października 2008 roku odbyła się w Europejskim Centrum Kształcenia i Wychowania w Roskoszy konferencja edukacyjna pod hasłem „Odpowiedzialne wprowadzanie sprzętu medycznego w pielęgniarstwie”, zorganizowana przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej oraz Górnośląską Centralę Zaopatrzenia Medycznego ZARYS Sp. z o.o. z siedzibą w Zabrze.

W konferencji udział wzięło wiele ważnych dla środowiska pielęgniarstwa osób, wśród pielęgniarek naczelnych i dyrektorów ds. pielęgniarstwa uczestniczyła Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach Pani Halina Głuchowska. Swoją obecnością zaszczylił Prezes Górnośląskiej Centrali Zaopatrzenia Medycznego Pan Adam Janiszewski. Natomiast temat konferencji zgromadził liczne grono pielęgniarek i położnych z oddziałów zabiegowych głównie chirurgicznych, ortopedycznych z terenu północnej części województwa lubelskiego.

Konferencję uroczyście otworzyła i powitała wszystkich uczestników Przewodnicząca OIPiP w Białej Podlaskiej Ewa Czezelewska. Ogromnym zainteresowaniem wśród uczestników cieszył się wykład Leszka Garbacza na tema „ Leczenia ran trudno gojących się” oraz wystąpienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek Położnych – Janiny Dzidzic- Pandy, która mówiła o odpowiedzialności w zawodzie pielęgniarki.

***Janina Dzidzic-Płanda – Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej***



***Przewodnicząca ORPiP Ewa Czezelewska
rozpoczyna Konferencję i wita wszystkich
uczestników***



Spotkanie integracyjno-szkoleniowe „Profilaktyka rolą pielęgniarki i położnej” - Hotel Delfin, Biała Podlaska, 5.12.2008

W dniu 5 grudnia w Hotelu Delfin w Białej Podlaskiej miało miejsce spotkanie integracyjno-szkoleniowe pod hasłem Profilaktyka rolą pielęgniarki i położnej” zorganizowane przez rodzimą Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych. Spotkanie prowadziła Pani **Ewa Czezelewska** - Przewodnicząca Okręgowej Izby.

Celem spotkania, jak nazwa wskazuje była integracja środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych oraz szkolenie z zakresu szeroko rozumianej profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy oraz szkolenie z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Swoją obecnością zaszczytili nas Pani **Helena Wasilewska** - Prezes Banku Spółdzielczego w Białej Podlaskiej, Pani **Marta Wrzaszcz** - Przedstawiciel Naukowy firmy GlaxoSmithKline, Pan doktor **Dariusz Surdyka** - Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, Pani **Maria Gadomska** - Zastępca dyrektora ds. Marketingu z SP ZOZ w Parczewie, Pani **Danuta Weremczuk** - Naczelną Pielęgniarką WSZS w Białej Podlaskiej, oraz licznie zaproszeni goście – przedstawiciele Komisji Problemowych Okręgowej Izby, nauczyciele i liderki zawodu, których nie sposób wymienić z imienia i nazwiska oraz studenci pielęgniarstwa.

Podczas części integracyjnej powyższego spotkania odbyło się uroczyste ogłoszenie wyników i wręczenie nagród z **I edycji konkursu „Pielęgniarki/Położnej Roku 2008 Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej”** organizowanego przez Okręgową Radę.

Ideą konkursu, który rozpoczął się w pierwszej połowie 2008 roku, było wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek/położnych, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarstwa-położniczego oraz na rzecz pacjenta. Ponadto pośrednim celem konkursu było wspieranie swoich członków w ich dążeniu do tzw. samorealizacji zawodowej. Podstawy do zorganizowania konkursu były zaczerpnięte z Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego organizującego podobny i całkowicie niezależny konkurs na Pielęgniarkę-Położną roku. Regulamin konkursu dostępny w Biuletynie nr 1/65/2008, na stronie internetowej oraz w Biurze Izby) ściśle określał kryteria uczestnictwa i etapy przeprowadzenia procedury konkursowej, nad którą czuwała Komisja Konkursowa, powołana specjalnie w tym celu. W skład Komisji Konkursowej wchodziły osoby z różnych rejonów Okręgowej Izby, a mianowicie z Białej Podlaskiej, Międzyrzecz Podlaskiego, Radzyna Podlaskiego i z Parczewa.

Konkurs przebiegał w III etapach:

1. I etap obejmował zgłaszanie się uczestników Konkursu, najpóźniej do września 2008 roku.
2. II etap miał miejsce 25 września 2008 r., podczas którego doszło do ukonstytuowania się Komisji Konkursowej oraz weryfikacji Kart Zgłoszenia Uczestników Konkursu.
3. III etap miał miejsce 29 października 2008 r. w biurze OIPiP w Białej Podlaskiej polegający na autoprezentacji kandydatek.

Niestety do I edycji Konkursu zgłosiło się tylko 5 kandydatek. Być może wynikało to właśnie z niskiej samooceny pielęgniarek i położnych, z braku wiary w siebie i w swój profesjonalizm. Często w środowiskach pojawiały się komentarze: „*To nie dla mnie*”, „*Niech młodszy startują*”, „*Ja sobie nie poradzę*”, „*Ja nic wielkiego nie zrobiłam*”. Mimo wszystko postanowiono by Konkurs trwał dalej, by uhonorować odważne kandydatki. A były nimi:

- Pani **Elżbieta Czarnacka**, pielęgniarka-terapeutka uzależnień z Pododdziału Leczenia Uzależnień Alkoholowych w SP ZOZ w Parczewie – 18 lat stażu pracy; w przeszłości praca na oddziale psychiatrycznym; ukończone Studium Pomocy Psychologicznej; Studium Terapii Uzależnień; Studium Wiedzy o Problemie Alkoholowym; Kurs-Współczesne problemy pielęgniarstwa psychiatrycznego; Warsztat pracy z pacjentem z podwójną diagnozą; Szkolenie-Przedsiębiorczość i jakość, efektywność, nowe perspektywy w ochronie zdrowia; Certyfikat z języka angielskiego; praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi, z uzależnionymi, współuzależnionymi i ich rodzinami.
- Pani **Magdalena Dejneko**, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania w NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki w Domu Chorego „VITA” w Białej Podlaskiej – 10 lat stażu pracy; w przeszłości praca w DPS z osobami starszymi i niepełnosprawnymi; praca na oddziale neurochirurgii; Wolontariat w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz osób z upośledzeniem umysłowym; praca z osobami niewidomymi; Kurs kwalifikacyjny z opieki długoterminowej i pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania; Kurs instruktorów orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się z białą laską; Znajomość Programu Aktywności-Świadomość ciała, kontakt i komunikacja Knillow; Studia Licencjackie z Pedagogiki; w trakcie magisterium; praca

- z dziećmi w środowisku nauczania i wychowania.
- Pani **Elżbieta Korniluk**, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna w NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki w Domu Chorego „VITA” w Białej Podlaskiej – 4 lata stażu pracy; ukończony kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa rodzinnego oraz opieki długoterminowej; Kurs-Asystent Osoby Niepełnosprawnej; Pielęgniarskie Studia Licencjackie; w trakcie magisterium.
- Pani **Mariola Dąbrowska**, pielęgniarka specjalistka z Oddziału Psychiatrycznego w SP ZOZ Parczewie – 19 lat stażu pracy; w przeszłości praca na pododdziale uzależnień alkoholowych; ukończone Studium Pomocy Psychologicznej; Studia Licencjackie z Edukacji Zdrowotnej, Studia Magisterskie z Resocjalizacji; Specjalizacja z pielęgniarstwa psychiatrycznego; praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi.
- Pani **Maria Miszczuk**, pielęgniarka-terapeutka uzależnień z Pododdziału Leczenia Uzależnień Alkoholowych w SP ZOZ w Parczewie – 30 lat stażu pracy; w przeszłości praca w środowisku; na oddziale psychiatrycznym; ukończone Studium Pomocy Psychologicznej; Studium Terapii Uzależnień; Kurs-Współczesne problemy Zdrowia Psychicznego i Higieny Psychiczej; Warsztat pracy z pacjentem z podwójną diagnozą; kurs pracownika administracyjno-biurowego; szkolenie- Tworzenie programów przeciwdziałania narkomanii; praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi, z uzależnionymi, współuzależnionymi i ich rodzinami.

Podczas III etapu, uczestniczki konkursu mówiły o swojej pracy zawodowej, o ukończonych przez siebie formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, o własnych osiągnięciach, a nawet o sprawach bardziej luźnych, jak zainteresowania, rodzina, czy plany na przyszłość.

Po wysłuchaniu autoprezentacji Komisja Konkursowa rozpoczęła naradę, podczas której analizowano Karty Zgłoszeniowe oraz wypowiedzi kandydatek. Wszyscy członkowie Komisji byli pod wrażeniem, jakie wywarły na nich uczestniczki Konkursu. Każda z kandydatek miała za sobą wiele różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego. I pomimo swojej pracy oraz obowiązków rodzinnych znajdowały chęci, czas i pieniądze na rozwój zawodowy.

Tego samego dnia ogłoszono, iż w wyniku postępowania konkursowego **Pielęgniarką Roku 2008 Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej** została Pani **Elżbieta Czarnacka z SP ZOZ w Parczewie** i zgodnie z Regulaminem Konkursu została nagrodzona kwotą w wysokości **500 zł** oraz **roczną prenumeratą czasopisma „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”**. Pozostałe uczestniczki, również otrzymały roczną prenumeratę czasopisma „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”.

Podczas spotkania w Hotelu Delfin dokonano wręczenia nagród Pielęgniarce Roku 2008 oraz pozostałym uczestniczkom. Fundatorem głównej nagrody pieniężnej był *Bank Spółdzielczy w Białej Podlaskiej*, a wręczenia symbolicznego czeku dokonała Pani *Prezes Banku Helena Wasilewska*. Ponadto dodatkową nagrodę dla Pielęgniarki Roku w postaci **książki z gratulacjami** ufundowało *Lubelskie Wydawnictwo Czelej*, którą wręczył *Przewodniczący Komisji Konkursowej Pan Paweł Grabowski*. Wszystkie uczestniczki otrzymały życzenia, gratulacje, kwiaty oraz roczną prenumeratę czasopisma „Magazynu Pielęgniarki i Położnej”.

Bardzo miłym zaskoczeniem okazały się życzenia i gratulacje wygłoszone przez Panią **Marię Gadomską - Zastępcę dyrektora ds. Marketingu** w imieniu Pana **Janusza Hordejuka – Dyrektora SP ZOZ w Parczewie**, który ufundował dodatkową nagrodę dla Pielęgniarki Roku w wysokości **600 zł**, a dla drugiej uczestniczki Konkursu z SP ZOZ w Parczewie, Pani **Marii Miszczuk**, która dotarła do III etapu – nagrodę w wysokości **200 zł**.

Po życzeniach, gratulacjach i wręczeniu nagród, Pielęgniarka Roku, Pani Elżbieta Czarnacka w krótkich ale ciepłych słowach wyraziła swoje podziękowania. Następnie był czas na zdjęcia.

Kolejnym etapem powyższego spotkania było wręczenie kwiatów i podziękowanie pielęgniarkom biorącym czynny udział w „**Populacyjnym programie wczesnego wykrywania raka piersi**” poprzez roznoszenie imiennych zaproszeń na mammografię kobietom z województwa lubelskiego. A należały do nich:

Agnieszka Gralikowska, Ewa Troć, Anna Wojtysiak, Urszula Chmiel, Joanna Sinicka, Bożena Zdolska, Małgorzata Mitura, Urszula Bloch, Joanna Świć, Zofia Marczuk, Anna Kurianowicz-Klimiuk.

Następnie przyszła pora na część szkoleniową, którą rozpoczęła zaprzyjaźniona z Okręgową Izbą Pani **Marta Wrzaszcz - Przedstawiciel Naukowy firmy GlaxoSmithKline** oraz sponsor niniejszego spotkania. Pani Marta Wrzaszcz w krótki, aczkolwiek bardzo istotny sposób przybliżyła temat „**Optymalna profilaktyka raka szyjki macicy to połączenie szczepienia z regularnie wykonywanymi badaniami cytologicznymi**”.

Kolejnym prelegentem był Pan doktor **Dariusz Surdyka - Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi**, który wygłosił wykład

na temat „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi 2008 w województwie lubelskim – zgłaszalność i jakość badań”.

Część szkoleniową zakończyła Pani **Cecylia Kielczewska** – *Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych*, która powiedziała o odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Uwieńczeniem spotkania w Hotelu Delfin było wystąpienie Pani **Magdaleny Cybulskiej**, białczanki i laureatki wielu konkursów muzycznych, która przepięknie zaśpiewała kilka piosenek dedykowanych Pielęgierce Roku oraz wszystkim zebrany jak i dalsze integracyjne spotkanie w sali restauracyjnej Hotelu, gdzie wszyscy uczestnicy przy kawie, herbacie i ciepłym posiłku mogli wymieniać się swoimi spostrzeżeniami na temat mijającego już spotkania.

Szczególne podziękowania należą się sponsorom powyższego spotkania – Pani **Helenie Wasilewskiej** - *Prezesowi Banku Spółdzielczego w Białej Podlaskiej* i Pani **Marcie Wrzaszcz** - *Przedstawicielowi Naukowemu firmy GlaxoSmithKline* oraz dr n. med. **Dariuszowi Surdyńce**, Pani **Mariannie Tur** – *Członkowi Okręgowej Rady*, Pani **Elżbiecie Celmer vel Domańskiej** – *Sekretarzowi Okręgowej Rady*, jak i **Pani Iwonie Frączek** – *Asystentowi ds. rejestru pielęgniarek i położnych* i **Pani Izabeli Gromadzkiej** za trud przygotowania spotkania.



DZIAŁ PRAWNY §

ASPEKTY PRAWNE WYKONYWANIA ZAWODÓW PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

My pielęgniarki podlegamy regułom prawnym i moralnym funkcjonującym w społeczeństwie na zasadzie powszechności i za cały zakres działalności zawodowej ponosimy odpowiedzialność. Najistotniejsza jest sfera relacji pielęgniarka – pacjent – członkowie zespołu terapeutycznego.

Odpowiedzialność jest to obowiązek ponoszenia przewidzianych przez przepisy prawne konsekwencji zachowania się własnego lub innych osób. W zależności od przyjętego kryterium rozróżnia się wiele rodzajów odpowiedzialności np. karną, służbową, zawodową, cywilną i materialną.

Odpowiedzialność **karna** związana jest z naruszeniem zasad zapisanych w prawie obowiązującym społeczeństwo. Konsekwencje i postępowanie w razie naruszenia tych zasad określa Kodeks Karny.

Odpowiedzialność **służbowa** stanowi zobowiązanie pracownika do wykonywania zadań określonych przez pracodawcę i ponoszenie odpowiedzialności za działania w tym zakresie.

Zadania te są określone w zakresie obowiązków pracownika na stanowisku pracy i w ramach określonej funkcji. Za nie wywiązanie się z obowiązków i przyjętych przez pracownika zadań pracodawca może stosować kary dyscyplinarne zgodne z kodeksem pracy lub regulaminem zakładu pracy.

Odpowiedzialność **zawodowa** jest to obowiązek moralny lub prawny ponoszenia konsekwencji za wykonane osobiście lub polecone innej osobie do wykonania czynności zawodowe lub za ich zaniedbanie bądź zaniechanie.

Odpowiedzialność **materialna** określona przez Kodeks Pracy to konieczność ponoszenia przez pielęgniarkę konsekwencji za szkodę wyrządzoną zakładowi pracy. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność materialną za sprzęt jaki został jej powierzony do realizacji zadań zawodowych wynikających z zakresu obowiązków czy regulaminu pracy.

Odpowiedzialność **cywilna** jest to obowiązek wynagrodzenia wyrządzonej szkody lub straty przez pielęgniarkę czy położną. Ma ona charakter majątkowy. W zakresie odpowiedzialności cywilnej orzekają sądy powszechne.

Przesłanki cywilnej odpowiedzialności odszkodowawczej:

4. zdarzenie /zawinione działanie sprawcy/ np. podanie niewłaściwego leku, podjęcie leczenia bez zgody, ujawnienie tajemnicy
5. szkoda lub/i krzywda – uszczerbek na zdrowiu, życiu
6. związek przyczynowy między zdarzeniem, a wyrządzoną szkodą (wykazanie winy)

Wina umyślna (sprawca wyobrażał sobie, że może wyrządzić krzywdę, ale godził się na to) lub **nieumyślna** (niedbalstwo) inaczej brak wymaganej staranności w działaniu - postępowanie sprzeczne z wzorem „dobrej pielęgniarki” czy „dobrej położnej” (art.355 § 2 Kodeksu Cywilnego).

Szczególna staranność wymagana jest przede wszystkim w zakresie:

- weryfikacji tożsamości pacjenta
- sprawdzania zaleconych leków, ich dawek, krwi do przetoczenia itp.
- kontroli sprzętu medycznego, jego sprawności i przydatności
- prowadzenia dokumentacji medycznej

Rolę dokumentacji medycznej w postępowaniach prowadzonych w sprawach popełnienia błędu medycznego uzasadnia wystąpienie Pana profesora Karola Śliwki z Katedry Medycyny Sądowej w Bydgoszczy.

*Janina Dziedzic – Panda
ORZOZ w Białej Podlaskiej*

ROLA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W POSTĘPOWANIU PROWADZONYM W SPRAWACH POPEŁNIENIA BŁĘDU MEDYCZNEGO

Od pewnego okresu czasu katedry medycyny sądowej obserwują lawinowy wzrost liczby spraw związanych z podejrzeniem błędu medycznego. O ile w latach 60 i 70-tych liczba spraw wpływających do Katedry Medycyny Sądowej zazwyczaj rocznie nie przekraczała 10-15 spraw, to w chwili obecnej są dni, gdy po rozmowie telefonicznej z prokuratorem, odmawiamy przyjęcia nawet do 5 spraw dziennie. Pojęcie „błędu lekarskiego, błędu w sztuce lekarskiej” w ostatnim okresie czasu zostało zastąpione pojęciem „błąd medyczny”. To ostatnie pojęcie obejmuje, bowiem działania wszystkich zawodów medycznych a więc jest pojęciem najpełniejsze. Pod pojęciem błędu medycznego, najogólniej mówiąc, należy rozumieć postępowanie fachowych pracowników służby zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, genetyków, biologów itp.) niezgodne z aktualną i powszechnie uznana wiedza i praktyka. Błąd medyczny wiązać można zarówno z nieprawidłowym działaniem, jak i zaniechaniem takiego działania, w sytuacji, kiedy działanie to jest konieczne. Niekiedy mówi się o błędzie decyzyjnym, rozumiejąc przez to nieprawidłowe wykonanie decyzji terapeutycznych, operacyjnych, w zakresie badań diagnostycznych, analiz laboratoryjnych, jak i realizacji zleceń pielęgniarstwa, fizjoterapeutycznych, położniczych. W skład pojęcia błędu decyzyjnego wchodzi, zatem pojęcia błędu diagnostycznego jak i terapeutycznego. Mówi się również o błędzie organizacyjnym, zarezerwowanym dla kadry kierowniczej jednostek organizacyjnych służby zdrowia, oddziałów, a więc dyrektorów, ordynatorów, przełożonych pielęgniarek lub położnych, kierowników placówek diagnostycznych, np. laborantów. W tym pojęciu mieści się np. odpowiedzialność za brak sprawnej organizacji szpitala, oddziału, laboratorium. Spotykamy się ostatnio coraz częściej z błędem opiniodawczym. O podziałach i rodzajach błędu można mówić wiele i do każdej definicji błędu można mieć zastrzeżenia. W przeszłości, w zasadzie, pojęcie błędu medycznego zarezerwowane było dla procesu karnego. Obecnie bardzo duża liczba spraw związana jest z procesem cywilnym, tzw. odszkodowawczym. W procesie karnym zazwyczaj nie chodzi pokrzywdzonemu o „odegraniu” się na pracownikach służby zdrowia poprzez zasądzenie przez sąd kar przypisanych kodeksowi karnemu. Najczęściej procesy takie uznać można, jako I etap postępowania sądowego, etap przygotowawczy do następnego, tj. II-go etapu sądowego, czyli do procesu cywilnego, odszkodowawczego. W postępowaniu karnym gromadząc dowody jest, bowiem prokurator, natomiast w postępowaniu cywilnym obowiązek taki spoczywa na poszkodowanym. Artykuł 6 Kodeksu Cywilnego mówi, bowiem: „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”. W ogólnych zarysach postępowanie dowodowe sprowadza się do udowodnienia winy. Proces ten jest, zatem oparty na dowodach osobowych, takich jak przesłuchanie świadków i pokrzywdzonego. Jak uczy praktyka sadowo-lekarska zeznania stron niemal zawsze są sprzeczne. Z jednej strony wszyscy pracownicy służby zdrowia, np. zespołu karetki pogotowia, podają, że dokonano niemal książkowych czynności, że pokrzywdzony nie zgłaszał żadnych skarg na dolegliwości mogące ukierunkować lekarza na podjęcie decyzji o przewiezieniu pokrzywdzonego do szpitala. Strona przeciwna, tj. pokrzywdzony razem z rodziną, przebieg udzielania pomocy przedstawia całkowicie odmiennie. Dlatego też w procesie opiniowania sąd, ale i zespoły opiniujące, bardzo dużą rolę przypisują dowodom rzeczowym, czyli m.in. dokumentacji zgromadzonej do akt sprawy. Z jednej strony dokumentacja taka może posłużyć do obrony personelu medycznego przed zarzutami podnoszonymi przez stronę pokrzywdzoną i bardzo często tak jest. Ale też wielokrotnie informacje zawarte w aktach sprawy obalają misternie przygotowana przez personel medyczny wersje zdarzeń. Aby zatem móc wyciągnąć wiążące wnioski w opinii opracowanej dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości należy dokładnie zapoznać się z dokumentacją medyczną, a więc oprócz opiniowania na postępowaniu dowodowym. Wnikliwa analiza dokumentacji medycznej pozwala, bowiem wychwycić sprzeczności logiczne pomiędzy zeznaniami stron i potwierdzić lub obalić wiarygodność wyjaśnień, złożonych, jako dowód osobowy do protokołu przesłuchania. Aby dokumentacja była wiarygodna musi być autentyczna, oryginalna. Wszelkie kserokopie nie są, bowiem dokumentami wiarygodnymi. Dopiero na oryginale dokumentacji widać dokładnie czynione poprawki, dopiski tym samym charakterem pisma, ale innym długopisem, naklejanie na wcześniej zapisane informacje i tym podobne zmiany, których zazwyczaj, nie obeznany z procedurami medycznymi prawnik nie może wychwycić. Cecha potwierdzająca autentyczność dokumentacji jest to, przy zachowanej chronologii rejestracji spostrzeżeń, że jest ona pisana przez różne osoby z uwagi na zmienność pracy. Dokumentacja taka musi być również autentyczna, co i czytelna. Niestety charakter pisma lekarskiego jest powszechnie znany. Piszący

spostrzeżenia z przeprowadzonych czynności musi jednak pamiętać, że obserwacje nie czyni dla siebie, ale dla osób wyciągających z tych obserwacji wnioski. Po co lekarzowi zlecającemu konsultacje specjalistyczna, skoro wyniki tych konsultacji, często przeprowadzane w godzinach popołudniowych i napisane ręcznie, są nieczytelne? W dokumentacji medycznej niezmiernie ważna jest równie+ chronologia czynionych zapisów. Pozwala to na prześledzenie regresji lub progresji zmian, oceny stopnia poprawy stanu ogólnego chorego, a tym samym na wyciągnięcie wniosków przez zespoły opiniujące, co do tego czy istniały, czy też nie, podstawy do przewidywania możliwości wystąpienia późniejszych skutków. Prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna przez różnorodne zespoły zaangażowane w proces diagnostyczno -terapeutyczno- opiekuńczy nad chorym może potwierdzić, lub nie, wiarygodność sporządzonych obserwacji, a tym samym pozwolić na wyciągnięcie wiążących dla sadu informacji, pomocnych przy ustaleniu winy osoby oskarżonej. Sposób prowadzenia dokumentacji został szczegółowo określony w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z dnia 28 grudnia 2006r.).

Opinia krajowego konsultanta w sprawie zakresu i podawania leków dzieciom w szkole będąca odpowiedzią na problem poruszony przez Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu Joanny Walewander.

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W odpowiedzi na pismo z dnia 19.11.2008 r., znak OIPiP/251/08, w sprawie zwiększających się wydatków ponoszonych przez praktyki pielęgniarskie na zakupy leków do stosowania dla uczniów w środowisku nauczania i wychowania, przedstawiam następującą opinię:

Zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania powinny mieścić się w obszarze profilaktycznej opieki zdrowotnej zgodnie z § 7 Rozporządzenia MZ z dnia 22 XII 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

W w/w obszarze nie mieści się leczenie dzieci, a tylko udzielenie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc. Dziecko chore powinno być przez pielęgniarkę skierowane do lekarza rodzinnego po uprzednim zawiadomieniu Rodziców i wychowawcy klasy bądź Dyrektora.

Nadużywanie podawania uczniom leków przeciwbólowych nie jest wskazane, z powodu chociażby podłoża psychosomatycznego, bądź też niewłaściwego odżywiania (brak kanapek, brak śniadania itp.). Zwracam ponadto uwagę na zał. nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7.11.2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zalecenia lekarskiego, który to określa wykaz leków, do których podania bez zalecenia upoważniona jest pielęgniarka.

Dyrekcja szkoły powinna zapewnić uczniom na terenie szkoły możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wraz z jego wyposażeniem jak również apteczkę. Pielęgniarka nie może jednak podawać uczniom leków, które nie są ujęte w/w Rozporządzeniu, a opisane w Pani Przewodniczącej piśmie naciski dyrektorów szkół i nauczycieli na pielęgniarkę są nieuprawnione i bezprawne. Pielęgniarka środowiska, nauczania i wychowania uprawniona jest do realizacji takich świadczeń, na które zezwala prawo. Każdy fakt podania dziecku w szkole leku powinien być udokumentowany, a także o powyższym fakcie powinni być powiadomieni Rodzice. W zeszycie porad ambulatoryjnych należy odnotować ktoż z rodziców został powiadomiony.

Pragnę zwrócić uwagę na kwestię edukacji zdrowotnej nauczycieli grona pedagogicznego. Pielęgniarka jest uprawniona do tego typu działań. Może również zaprosić specjalistę, który omówi negatywne skutki powszechnego stosowania leków przeciwbólowych w szkole.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek**



Opinia Konsultanta
Krajowego w dz. Pielęgniarstwa
W SPRAWIE ZAKŁADANIA OPATRUNKÓW GIPSOWYCH
Piekary Śląskie 6.10.2008r.

Zakładanie opatrunków gipsowych stanowi bardzo ważne świadczenie lecznicze – będące metodą leczenia, polegającą na prawidłowej kwalifikacji przypadku, właściwej repozycji złamania i prawidłowym unieruchomieniu zgodnie z obowiązującymi standardami. Nieprawidłowe założenie opatrunku gipsowego może skutkować zmianami bio – chemicznymi i fizycznymi które mogą być nieodwracalne.

Dokonując analizy programów kształcenia podyplomowego, pielęgniarka otrzymuje informacje dotyczące postępowania z pacjentem z opatrunkiem gipsowym w następujących poziomach kształcenia:

I. KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO – BLOK SPECJALISTYCZNY

- Przygotowanie chorego do założenia gipsu lub wyciągu,
- Ułożenie chorego z opatrunkiem gipsowym,
- Rozpoznanie problemów chorego po zabiegu ortopedycznym, zaplanowanie, realizowanie i ocena interwencji,
- Rozpoznanie zaburzenia krążenia obwodowego i funkcji nerwów obwodowych u chorego w opatrunku gipsowym lub na wyciągu,
- Przewidywanie ryzyka wystąpienia powikłań u chorego w opatrunku gipsowym, na wyciągu i po zabiegu operacyjnym, znajomość sposobów ich zapobiegania,
- Rozpoznanie problemów chorego po urazie, planowanie, realizowanie i ocena.

II. SPECJALIZACJI W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO DLA PIELĘGNIAREK

W module III. PIELĘGNOWANIE PACJENTA NA ODDZIALE CHIRURGII URAZOWEJ I ORTOPEDII, Celem modułu jest poznanie istoty zaburzeń ustrojowych w obrażeniach ciała, zasad udzielania pierwszej pomocy i transportu oraz objęcie profesjonalną opieką chorego z różnymi obrażeniami ciała.

Wykaz umiejętności wynikowych zawiera następujące zadania w omawianej kwestii opatrunków gipsowych:

- Przygotowanie chorego do założenia gipsu lub wyciągu,
- Ułożenie chorego z opatrunkiem gipsowym,
- Przewidywanie ryzyka wystąpienia powikłań u chorego w opatrunku gipsowym, na wyciągu i po zabiegu operacyjnym, znajomość sposobów zapobiegania im.

W treści nauczania w zakresie chirurgii ortopedycznej znajdują się następujące informacje z zakresu:

- Podstaw fizjopatologii, statyki i biomechaniki narządu ruchu,
- Wybranych chorób narządu ruchu,
- Metod leczenia (opatrunek gipsowy, wyciąg, redresje, blokady i nakłucia, metody leczenia operacyjnego)
- Przygotowanie chorego do operacji ortopedycznej,
- Pielęgnowania chorego z kończyną na wyciągu, z opatrunkiem gipsowym i po zabiegu operacyjnym.

Poddając analizie program specjalizacji dla lekarzy z ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz program specjalizacji z chirurgii ogólnej w pkt. 3 umiejętności praktycznych jakie powinien posiadać lekarz, znajduje się czytelny zapis mówiący o nabyciu umiejętności wykonywania świadczenia medycznego: zakładanie opatrunków gipsowego i innych opatrunków unieruchamiających.

W Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych obowiązującej podczas wykonywania świadczeń lekarskich znajduje się grupa kodów świadczeń odnosząca się do opatrunku gipsowego;

- Grupa kodów 93.5 inne unieruchomienie, ucisk i zabiegi przy ranie, 93. 53 założenie unieruchomienia gipsowego, 93.54 założenie szyny, założenie szyny z gipsem,
- 97.8 inne nieoperacyjne usunięcie urządzenia terapeutycznego – 97.88 usunięcie unieruchomienia zewnętrznego – usunięcie gipsu, usunięcie szyny.

Mając na uwadze powyższe zapisy, pielęgniarka nie ma uprawnień do wykonywania świadczenia leczniczego jakim jest zakładanie opatrunków gipsowych.

Grażyna Kruk – Kupiec
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

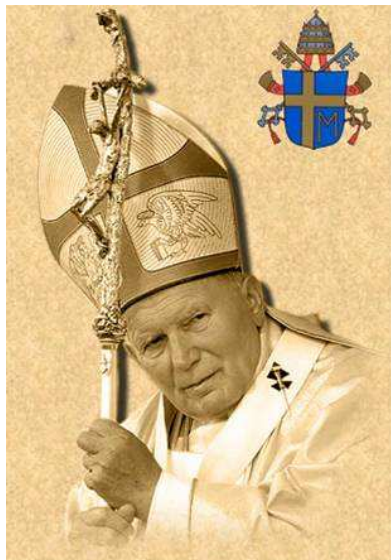


REFERATY



Rozmyślania... o czym warto pamiętać.

Minęła 30 rocznica wyboru Naszego Wielkiego Rodaka Karola Wojtyły na Papieża. Bez żadnej swojej zasługi „uczestniczyłam” w pewnym sensie w tym wielkim wydarzeniu. Byłam na czwartym roku Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie.



W ciepły jesienny dzień 16 X 1978r. w godzinach popołudniowych postanowiłam pójść z koleżanką na spotkanie do duszpasterstwa akademickiego prowadzonego przez zakonnik Ludwika Wiśniewskiego przy Klasztorze Ojców Dominikanów. Duszpasterstwo gromadziło studentów ze wszystkich lubelskich uczelni. Spotkania odbywały się w pomieszczeniach przyklasztornych, w dużej sali. Były dobrowolne i spontaniczne, a barwna osoba i osobowość Ojca Ludwika jak magnes przyciągała wielu studentów.

Tego dnia weszliśmy do Sali spotkań i ku naszemu zdziwieniu zobaczyliśmy bardzo dużo studentów (zwykle przychodziło mniej). Nieświadome niczego, spytałyśmy, co się stało i za chwilę pojawił się Ojciec Ludwik, który na gorze słuchał radia. Powiedział „dzieci” kochane jeszcze nic nie wiadomo, módlmy się, może nasz Karol Wojtyła zostanie Papieżem. Dopiero teraz dotarła do nas wiadomość, że trwa konklawe, a dość liczna grupa naszych kolegów z Ojcem Ludwikiem na czele w modlitewnym czuwaniu oczekuje na wynik tego wyboru. Ojciec Ludwik jeszcze kilkakrotnie zbiegał do nas, prosząc o modlitwę.

Przed 19:00 ze łzami w oczach i ogromną radością oznajmił nam, że Kardynał Karol Wojtyła, Metropolita Krakowski, Profesor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego został Papieżem. Radości naszej nie było końca. Wszyscy wszystkich ściskali, śmiali się i płakali. Ojciec Ludwik położył kres tej wrzawie i zaintonował dziękczynną pieśń, dziękując Panu Bogu za ten wybór. Modlitwy nasze trwały gdzieś do, 21:00, kiedy to Ojciec Ludwik wpadł na pomysł, aby pójść do Jego Eksceleencji Księdza Biskupa Bolesława Pylaka, aby z Nim przeżywać tę wielką radość, która rozsadzała nam serca.

Tak też uczyniliśmy. Ojciec Ludwik na czele i my około 50 osób poszliśmy do pałacu biskupiego (z ulicy Złotej do Katedry było dość blisko). Ojciec zakładał do furty, po chwili wybiegła nieco wystraszona siostra zakonna myśląc pewnie, kto o tak późnej porze śmie zakłócić spokój księdza biskupa. Po oznajmieniu celu naszej wizyty szybko zniknęła, by po chwili, z uśmiechem otworzyć nam furkę i poprowadzić do ks. biskupa. Przechodziliśmy przez kilka pomieszczeń, w pewnym momencie Ojciec Ludwik wyszeptał, że w tym pomieszczeniu ks. biskup przyjmuje interesantów, a nas prosi „na pokoje”. Faktycznie pokój, w którym oczekiwał nas ks. biskup Bolesław Pylak był ogromny.

Na środku znajdował się wielki, owalny stół, pod jednym oknem biurko z telefonem, na ścianach wielkie obrazy w pięknych rzeźbionych ramach. Całość pokoju dopełniał dywan położony na parkietowej podłodze.

Po serdecznym przywitaniu obu duchownych, rozpoczęliśmy ponownie dziękczynną modlitwę, przeplatana śpiewem pieśni religijnych (nie pamiętam czy wtedy śpiewaliśmy „Barkę”).

Nasze spotkanie coraz to przerywane było dźwiękiem telefonu; ks. Biskup podnosił słuchawkę, my trochę uciszaliśmy się, i słysząc było odpowiedzi udzielane rozmówcom, które mniej więcej brzmiały: - „tak to prawda, że Karol Wojtyła został Papieżem?; a czy będzie koniec świata? – nic mi o tym nie wiadomo; dlaczego u mnie taki gwar?, bo wspólnie z młodzieżą akademicką świętujemy to radosne wydarzenie”.

Jego Ekscelencja był bardzo radosny, uśmiechnięty, ciepły. W pewnym momencie naszego spotkania na stole pojawiła się ogromna bombonierka. Ksiądz biskup częstował i z każdym z nas zamieniał kilka słów, pytając o kierunek studiów, plany na przyszłość itd.

Nasze spotkanie trwało długo, wyszliśmy przed 24:00. Otoczyła nas październikowa, chłodna noc. Na Krakowskim Przedmieściu zauważyliśmy poruszenie, gwar. Okazało się, że to studenci KUL-u biegali z transparentami. Na jednym z nich widniał napis, zrobiony odręcznie „Nasz Profesor Papieżem”. W ten sposób, w czasach głębokiej komuny studenci manifestowali swoją radość.

Spokojnie uśpioną ul. Lubartowską skierowałyśmy się z koleżanką w stronę akademików przy ul. Chodźki, gdzie dotarłyśmy grubo po północy. Zaspany portier otworzył nam drzwi, mrużąc pod nosem, gdzie się włoczmy o tak późnej porze, a my zupełnie nieświadome, co znaczyć będzie ten Wybór dla Polski i świata i dla każdego z nas, ale radosne udałyśmy się na spoczynek.

Mgr Elżbieta Stocka



Dania 1 grudnia obchodzony był Światowy Dzień Walki z AIDS organizowany przez Światową Organizację Zdrowia.

Światowy Dzień Walki z AIDS obchodzony jest od 1988 roku (decyzję o jego powołaniu podjęto na Światowym Szczycie Ministrów Zdrowia na temat AIDS w Londynie). Akcje organizowane w tym dniu mają na celu przede wszystkim uświadomienie ludziom, jakie zagrożenie niesie ze sobą wirus HIV i w jaki sposób można zapobiegać zarażeniu, a także udowodnienie osobom chorym, że nie muszą być skazani na odosobnienie, ponieważ przy zachowaniu odpowiednich zasad ostrożności nie stanowią dla innych zagrożenia

W szkoleniu „dla pracowników medycznych z zakresu HIV/AIDS”, uczestniczyli Paweł Grabowski oraz Tadeusz Zdunek.

Dowiedz się wszystkiego na temat AIDS i zagrożeń z nim związanych w poniższym artykule.

HIV i AIDS – podstawowe informacje



AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) - Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności jest klinicznie zespołem wielu chorób i ostatnim stadium, objawowym, zakażenia wirusem HIV. AIDS pojawiło się na początku lat 80. XX wieku.

Czynnikiem wywołującym chorobę AIDS jest retrowirus HIV (**Human Immunodeficiency Virus**) - Wirus Nabytego Upośledzenia Odporności. To wirus, który atakuje, osłabia i niszczy system odpornościowy organizmu, czego rezultatem jest utrata przez człowieka zdolności zwalczania różnych chorób i infekcji. Istnieją dwa typy wirusów odpowiedzialne za AIDS: HIV-1 (szybciej doprowadza do AIDS) i HIV-2. Pochodzenie wirusa HIV nie zostało ostatecznie wyjaśnione. Przypuszcza się, że jest on wynikiem mutacji retrowirusów występujących w Afryce u małp, którymi następnie zaraził się człowiek. Jednak osoba zakażona wirusem HIV nie jest jeszcze chora na AIDS. Wirus ten jest bardzo wrażliwy na działanie czynników zewnętrznych: suchego powietrza, promieni słonecznych. Jeśli wirusy znajdują się na przedmiotach codziennego użytku, to z każdą minutą będzie ich coraz mniej, a wkrótce zginą wszystkie. Natomiast w niektórych wydzielinach i we krwi wirus może żyć dłużej.

Epidemiologia (dane na koniec 2007 roku wg. Krajowego Centrum ds. AIDS)

Szacuje się, że na świecie żyje 33,2 mln osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, z czego dorośli to 30,8 mln (kobiety stanowią 15,4 mln), dzieci 2,5 mln.. W 2007 roku odnotowano 2,5 mln nowych zakażeń. Liczba zgonów z powodu AIDS to 2,1 mln w tym 1,7 mln dorosłych i 330 tys. dzieci. Od początku pandemii zmarło na świecie z powodu AIDS ponad 25 mln ludzi.

W samej Afryce miało miejsce 68% wszystkich zakażeń, a w Azji żyje prawie 20% zakażonych. Na Ukrainie i w Federacji Rosyjskiej odsetek osób żyjących z HIV wynosi prawdopodobnie około 2%. Szacunkowo w tym regionie już 30% wszystkich osób żyjących z HIV/AIDS to kobiety. Na Ukrainie szacuje ok. 0,5 mln osób zakażonych, a w Federacji Rosyjskiej ok. 2 mln.

W Ameryce Północnej i Europie Zachodniej oraz Centralnej z HIV żyje już ponad 2 mln osób (z czego 750 tys. w Europie, w USA i Kanadzie 1,25 mln).

W Polsce stwierdzono ok. 11 tys. zakażeń, jednak szacuje się, że liczba zakażeń sięga ok. 30 tys. osób. Zakażenia dotyczą najczęściej ludzi młodych, między 20-40 r.ż., kobiety stanowią 23% zakażonych.

Drogi zakażenia wirusem HIV

1. Seksualna: kontakty seksualne (waginalne, analne, oralne, oralno-genitalne) z osobą zakażoną.
 2. Krwiopochodna: stosowanie niesterylnego sprzętu do iniekcji oraz innych narzędzi naruszających ciągłość tkanek, z których korzystali zakażeni HIV.
 3. Przetaczanie krwi lub preparatów krwiopochodnych, przeszczepianie narządów, in vitro od zakażonych dawców.
 4. Wertykalna: przeniesienie wirusa z zakażonej matki na dziecko w czasie ciąży (przez łożysko), podczas porodu lub po porodzie (poprzez karmienie piersią). Jednak jeżeli zakażona kobieta w ciąży jest objęta specjalistyczną opieką wówczas ryzyko urodzenia zakażonego dziecka można zmniejszyć do mniej niż 1%.
Potencjalnie zakaźne płyny to: krew, sperma, preejakulat, płyn mózgowo-rdzeniowy, wydzielina z pochwy, mleko kobiece i każdy płyn (substancja) zawierający domieszkę krwi, np. ropa, patologiczny kał i mocz. Aby doszło do zakażenia płyny te muszą mieć kontakt z błonami śluzowymi lub z uszkodzoną skórą (nieuszkodzona zdrowa skóra jest dla wirusa barierą).
- Wirus HIV nie przenosi się poprzez pot, łzy, fizjologiczną ślinę, kał i mocz, a zatem nie przez dotyk, pocałunek, kichanie, kasłanie, używanie wspólnych sztućców i naczyń, wspólną kąpiel. Wirusa nie przenoszą zwierzęta ani owady.

Patogeneza

Po wnikięciu wirusa do organizmu człowieka, HIV łączy się z komórkami posiadającymi na swej powierzchni specjalne receptory CD4, które wychwytyją wirusa. Dzięki tym receptorom wirus może wnikać do wnętrza komórki. Najwięcej tego typu receptorów posiadają na swojej powierzchni limfocyty T wchodzące w skład systemu immunologicznego człowieka. Jednak dodatkowo do wnikięcia wirusa wewnątrz komórki niezbędne są tzw. koreceptory, których produkcja może być niedostateczna u niektórych osób w związku

z zaburzeniami genetycznymi. Tłumaczy to fakt, że są osoby, które nie zarażają się wirusem HIV lub wirus namnaża się w ich organizmach bardzo słabo. Jednak istnieją także inne sposoby łączenia się wirusa HIV z komórkami organizmu (obecnie nie do końca zbadane). Mimo wszystko u większości ludzi wirus namnaża się bardzo intensywnie. Choć jego znaczna ilość jest niszczone przez układ odpornościowy, to z drugiej strony komórki tego układu są niszczone przez HIV. W konsekwencji czego dochodzi do przewagi wirusa nad zdolnością komórek układu odpornościowego. A w następstwie tego zmniejsza się liczba limfocytów w organizmie co radykalnie osłabia odporność człowieka i rozwija się AIDS. Uszkodzony lub zniszczony w przebiegu choroby system immunologiczny przestaje być zdolny do obrony organizmu przed infekcjami. W rezultacie osoba chora na AIDS staje się podatna na wiele infekcji. AIDS nie zabija a jakby otwiera wrota innym chorobom, które u osoby pozbawionej naturalnej odporności kończą się śmiercią. Różnica między zakażonym wirusem HIV a chorym na AIDS jest istotna. Człowiek zakażony wirusem HIV jest fizycznie normalnie sprawny a człowiek, u którego wystąpiło AIDS jest bardzo chory. Jednak obydwa stanowią poważne źródło zakażenia.

Objawy/etapy zakażenia

1. Przedostanie się wirusa do krwiobiegu.
2. Okres inkubacji (2-6 tygodni).
3. Ostra choroba retrowirusowa dotyczy od 40-80% wszystkich zakażonych osób. W 2-6 tygodnie po zakażeniu występują objawy grypopodobne, czasem wysypka na twarzy i zmiany w śluzówce jamy ustnej, powiększenie węzłów chłonnych, objawy mononukleozopodobne. Zaburzenia te mijają samoistnie.
4. Wczesne zakażenie HIV to okres od zakażenia do ok. 6 miesięcy, w którym ustala się pewien stan równowagi między replikacją wirusa a układem immunologicznym.
5. Okres utajenia (bezoobjawowego lub skąpoobjawowego nosicielstwa HIV) trwający od kilku miesięcy do kilku lat. U dzieci może być on nieco krótszy.
6. Objawowe zakażenie HIV to okres występowania objawów wynikających z zakażenia HIV lub związany z upośledzeniem odporności komórkowej, np. kandydoza śluzówki jamy ustnej, leukoplakia włośni, półpasiec nawracający, zmiany dysplastyczne w obrębie szyjki macicy, plamica małopłytkowa.
7. Pełnoobjawowy AIDS to okres w którym występują tzw. choroby wskaźnikowe: zakażenia oportunistyczne (pierwotniakowe - toksoplazmoza, kryptosporidioza, sarkocystoza; grzybicze – np. zapalenia układu oddechowego i OUN, nokardioza; zakażenia prątkami – np. gruźlica; wirusowe – cytomegalia, zakażenia wirusem opryszczki, leukoencefalopatia; bakteryjne nieswoiste – zapalenia płuc, nawracające posocznice, inne infekcje), nowotwory (chłoniaki, mięsak Kaposiego, rak szyjki macicy), inne choroby (encefalopatia zwana HIV-demencją oraz zespół wyniszczenia). Najczęściej od momentu zakażenia do wystąpienia AIDS mija około 8-12 lat.

Diagnostyka

Rozpoznanie zakażenia HIV jest również ważne u pacjentów nie znających swego statusu serologicznego jak i chorujących na choroby, które mogą być związane z HIV. Potwierdzenie lub wykluczenie zakażenia jest niezwykle ważną wskazówką ułatwiającą dalsze postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. Rozpoznanie zakażenia HIV dokonywane jest pośrednio, poprzez wykazanie obecności swoistych dla wirusa przeciwciał. Po zakażeniu przeciwciała stają się wykrywalne po 3-12 tygodniach. Dlatego testy nie powinny być więc wykonane za wcześnie po potencjalnym ryzykownym kontakcie, nawet jeśli pacjent jest przerażony i domaga się jego zrobienia. W przypadku zawodowej ekspozycji na HIV wskazane jest natomiast wykonanie testu natychmiast po wypadku przy pracy w celu potwierdzenia, iż narażona na zakażenie osoba wcześniej była seronegatywna. Test na HIV powinien być wykonany 3 miesiące po ryzykownej sytuacji, która mogłaby spowodować przeniesienie zakażenia HIV, by jego ujemny wynik był wiarygodnie prawdziwy. Jest to spowodowane istnieniem tak zwanego „okienka serologicznego” czyli okresu czasu, który mija od zakażenia do pojawienia się przeciwciał przeciwko wirusowi w ilościach wykrywalnych dostępnymi metodami diagnostycznymi. Należy jednak pamiętać, że mimo, iż ten okres jest serologicznie niemy (trwający na ogół od 6 do 12 tygodni od momentu zakażenia) to w tym czasie osoba zakażona jest również źródłem dalszego zakażenia.

Testowanie w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV wymaga dostępności przynajmniej dwóch rodzajów badań:

1. Testu przesiewowego (skriningowego): testy przesiewowe są niezwykle czułe (prawie 100%), co oznacza, iż wykrywana jest nawet bardzo niewielka aktywność przeciwciał anti-HIV, co zmniejsza szansę uzyskania wyniku fałszywie ujemnego i na tej podstawie wysnucia błędnego wniosku. Jednakże ta duża czułość testów powoduje, iż mają one nieco mniejszą swoistość (test wskazuje na obecność przeciwciał anti-HIV, choć w rzeczywistości pewne substancje obecne w próbce krwi zostały błędnie rozpoznane jako przeciwciała anti-HIV). Takie fałszywie dodatnie wyniki mogą być spowodowane przez pewne rodzaje stymulacji immunologicznej (ostre infekcje wirusowe, ciąża, szczepienia, choroby autoimmunologiczne). Używane obecnie testy przesiewowe są zdolne do wykrycia zakażenia HIV po 6 tygodniach u około 80% osób, a po 12 tygodniach u prawie 100% zakażonych osób.

2. Testu potwierdzeniowego (np. Testu Western blot): w tym teście poszukuje się także przeciwciał, ale przeciwciał skierowanych przeciwko poszczególnym antygenom wirusa. Tylko wynik dodatni stanowi potwierdzenie zakażenia HIV (nie znaczy jednak, iż badana osoba ma lub na pewno będzie miała AIDS). Wynik ujemny oznacza, iż w badanej krwi nie wykryto obecności przeciwciał anti-HIV jednak nie musi to oznaczać braku zakażenia (test mógł być wykonany w okresie „okienka immunologicznego”). Jeśli jednak test został wykonany po upływie czasu „okienka serologicznego”, po 3-6 miesiącach od momentu prawdopodobnego kontaktu z HIV (a w tym czasie osoba badana nie dokonywała żadnych ryzykownych zachowań), wówczas wynik ujemny testu zakażenie HIV wyklucza.

Istnieją też Testy IV generacji mogące skrócić czas trwania „okienka serologicznego” dzięki wykrywaniu równocześnie tzw. antygeny p24 wirusa i przeciwciał anti-HIV. Krótko po zakażeniu testy przesiewowe mogą być tylko słabo reaktywne, a przeprowadzony w celu weryfikacji test Western blot jest zwykle ujemny, lub

wykazuje tylko prążek p24. Taki wynik zdarzyć się może także u osób niezakażonych, których surowica wykazuje pewną nieswoistą reaktywność. W takich przypadkach obserwuje się niekiedy izolowany prążek p24. Dlatego tak ważne jest przekazanie do laboratorium informacji klinicznych: czy badanie dotyczy pacjenta, u którego podejrzewana jest pierwotna infekcja HIV, czy jest to rutynowe badanie przesiewowe. Wraz z upływem czasu, jaki mija od zakażenia, miano przeciwciał anti-HIV rośnie.

W Polsce istnieje sieć tzw. Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych, gdzie wykonuje się badania w kierunku HIV anonimowo i bezpłatnie oraz prowadzi się specjalistyczne poradnictwo w zakresie problematyki HIV/AIDS, np.

Punkt Konsultacyjno_Diagnostyczny, Ośrodek Leczenia Uzależnień, Al. 1000-lecia 5 (parter), 20-121 Lublin, tel: (81) 532-77-37

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny przy Wojewódzkiej Przychodni Skórno-Wenerologicznej, ul. Biernackiego 9, 20-089 Lublin, tel.: 512 619 714

Leczenie

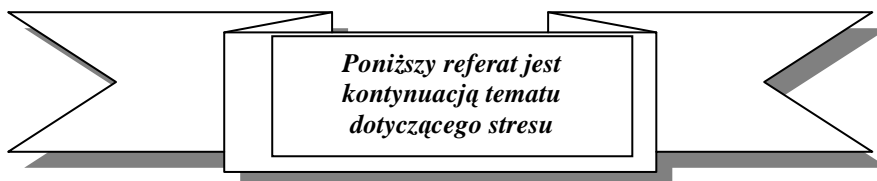
Nie istnieje lek pozwalający na wyleczenie AIDS, dotychczas opracowano jedynie preparaty utrudniające namnażanie się wirusa HIV i jego wniknięcie do komórek. Najczęściej stosowaną obecnie terapią jest podawanie choremu leków antyretrowirusowych powstrzymujących różne etapy rozwoju wirusa. Przy tego rodzaju postępowaniu jednak mają miejsce liczne efekty uboczne: wymioty, biegunka, anemia, zapalenie wątroby. W Polsce leki antyretrowirusowe są bezpłatne dla zakażonych wirusem HIV. Jednak mimo, iż wiele chorób znamionujących AIDS można leczyć efektywnie, wymaga to ogromnych nakładów finansowych. Obecnie zakażenie HIV nie prowadzi już nieuchronnie do AIDS i śmierci dzięki istniejącym nowoczesnym lekom antyretrowirusowym.

Profilaktyka

1. Aby uchronić się przed HIV/AIDS, warto pamiętać, że zarazić mogą się osoby w każdym wieku. Problem HIV/AIDS dotyczy każdego z nas. Trzeba uświadomić sobie możliwe drogi zakażenia HIV i postępować zgodnie z zasadami bezpieczeństwa, np. używanie prezerwatyw, sterylność sprzętu, posiadanie stałego i wiernego partnera seksualnego, unikanie stosowania środków zmieniających świadomość (jak alkohol, narkotyki, inne substancje odurzające), które ułatwiają ryzykowne zachowania. Niezwykle istotnym jest więc zachowanie najwyższych standardów bezpieczeństwa w szpitalach i innych placówkach zdrowia, jak również salonach kosmetycznych.

2. U osób już zakażonych istotne jest zapobieganie zakażeniom oportunistycznym (tj. takim, które atakują układ odpornościowy) oraz leczenie infekcji oportunistycznych i chorób nowotworowych.

**Autor: Paweł Grabowski.
Literatura u autora**



Stres zawodowy w pracy pielęgniarki



Na temat zjawiska stresu powstało wiele publikacji, jak i można by na ten temat napisać wiele stron. Jednak z uwagi na ograniczoną ilość miejsca przytoczę tylko kilka zdań na temat stresu, by przejść do sedna sprawy niniejszego tematu.

Według H. Selye stres to wspólna wszystkim organizmom określona reakcja biologiczna, występująca w interakcji z różnymi bodźcami środowiskowymi, początkowo mająca charakter adaptacyjny, natomiast dłużej utrzymująca się prowadzi do dezadaptacji i rozwoju chorób. Z kolei bodźce środowiskowe wywołujące stres, określone mianem stresorów są to czynniki zewnętrzne, wewnętrzne, psychologiczne lub fizyczne.

W nieco odmienny sposób problematykę stresu przedstawił R. Lazarus. Stres określił jako szczególny rodzaj transakcji występującej pomiędzy człowiekiem a środowiskiem, wynikającej ze sposobu w jaki ocenia on tę sytuację, w której się znalazł oraz oceny własnych możliwości radzenia sobie.

Z kolei D. G. Myers ujął stres jako proces, w którym człowiek spostrzega pewne zdarzenia, zwane stresorami i reaguje na nie, oceniając jako zagrożenie lub wyzwanie.

Biorąc pod uwagę powyższe, według *Transakcyjnego modelu stresu Coxa* gdy dochodzi do oceny danej sytuacji jako stresorodnej pojawia się reakcja emocjonalno-behawioralna, której towarzyszą określone składniki reakcji fizjologicznej, co pociąga za sobą uczucie niepewności i działanie nastawione na zmniejszenie odczuwanego dyskomfortu. Ocena sytuacji w kategoriach straty wywołuje obniżenie nastroju, poczucie bezradności i beznadziejności, apatię a nawet depresję. Z kolei ocena sytuacji w kategoriach zagrożenia z zasady wywołuje lęk, który często prowadzi do wycofywania się z obszaru zagrożenia. Natomiast ocena sytuacji w kategoriach wyzwania wyzwala nastawienie na walkę zmierzającą do przezwyciężenia stanu dyskomfortu.

Praca placówkach służby zdrowia niezaprzeczalnie jest pracą związaną z obecnością stresu. Wpływa na to wiele czynników ale najważniejszym czynnikiem jest odpowiedzialność za zdrowie i życie drugiego człowieka.

Teoria *Verońskiego modelu stresu zawodowego* opracowana przez M. Fąfrowicz i T. Marka odnosi się właśnie do stresu w miejscu pracy. „Stres jest ujmowany w kontekście relacji występujących pomiędzy obciążeniem pracą a możliwościami (wydolnością) jednostki. Stres powstaje, gdy wymagania pracy przerastają możliwości jednostki. Natomiast, gdy pracownik dysponuje odpowiednimi możliwościami, sytuacja nie jest oceniana jako stresorodna. Dochodzi wówczas (...) do podjęcia działania w ramach obciążenia bezstresowego. Jednakże w miarę upływu czasu, w wyniku wykonywanych czynności, dochodzi do wyczerpania się możliwości (zasobów) i rozwoju zmęczenia. Dodatkowym kryterium różnicowania obydwu stanów (zmęczenia i stresu) są emocje”. Gdy rozwija się proces stresu zaczynają pojawiać się agresja, lęk czy depresja. Ponadto podczas gdy wymagania stawiane przez daną sytuację przerastają możliwości pracownika, a sama sytuacja jest oceniana przez niego jako szkodliwa, zagrażająca lub wymagająca znacznego wysiłku dochodzi do rozwinięcia się stresu.

Jednak należy pamiętać, że stres incydentalny czy o umiarkowanym nasileniu wcale nie musi być zjawiskiem negatywnym, gdyż może mieć charakter przystosowawczy, może podnosić poziom energii i mobilizować do działania. Natomiast gdy stres przekroczy swój przystosowawczy charakter i wyczerpie możliwości adaptacyjne wówczas zaczyna wywierać niekorzystny wpływ na funkcjonowanie człowieka. Dochodzi do mniej lub bardziej odległych konsekwencji, jak zakłócenia w funkcjonowaniu, dezorganizację zachowania, pogorszenie samopoczucia czy zaburzenia w stanie zdrowia.

Niestety zawód pielęgniarki, jak i innych pracowników medycznych ma stresogenny charakter. Na podstawie przeprowadzonych w Polsce licznych badań ukazano źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarki w różnych placówkach służby zdrowia. Wyróżniono następujące stresory:

- niskie pobory,
- sytuacje konfliktowe w relacjach między pielęgniarkami, w relacjach pielęgniarka-inny pracownik, pielęgniarka-przełożony, pielęgniarka pacjent,
- odpowiedzialność za życie drugiego człowieka,
- nocne dyżury, pośpiech,
- brak jasno określonego zakresu obowiązków,
- niedobory kadrowe, niewłaściwa proporcja pielęgniarek do pacjentów oraz nadmiar czynności administracyjnych,
- brak dostatecznej ilości sprzętu, niewystarczające wykorzystanie wiedzy,
- niedoceniaenie ze strony lekarzy,
- brak możliwości awansu.

Istotne są związki interpersonalne jakie zachodzą pomiędzy pielęgniarkami a pacjentami i współpracownikami, które mogą charakteryzować się znacznym nasileniem negatywnych emocji.

Uwzględniając grupę zawodową pielęgniarek N. Ogińska-Bulik i M. Kaflik-Pieróg wskazały na podstawie różnych badań, że największym źródłem stresu w pracy pielęgniarek są sytuacje konfliktowe, zarówno w relacjach z innymi pracownikami jak i w relacjach z pacjentami. Ponadto autorki wyodrębniły cechy pracy pielęgniarki nadające jej stresujący charakter:

- *Cechy związane z treścią pracy* – np. wymagana długotrwała czujność i bezbłędnosc, wymuszona koncentracja uwagi, równoległe wykonywanie wielu czynności, obcowanie z cierpieniem i śmiercią, konieczność szybkiej oceny sytuacji stanu chorego.
- *Cechy wynikające z organizacji pracy* – np. narzucone tempo pracy, sztywne godziny pracy, pośpiech, presja czasu.
- *Społeczne cechy wynikające z konieczności interakcji z innymi ludźmi* – np. konieczność rywalizacji i kooperacji, kompromisy, udzielanie pomocy, brak wsparcia ze strony przełożonych.
- *Psychologiczne cechy wynikające z jej relacji do potrzeb i preferencji pracowników* – np. niski prestiż społeczny, niskie pobory, odpowiedzialność za ludzi, ryzyko zdrowotne i psychiczne, dylematy moralne, ograniczona możliwość awansu i rozwoju zawodowego.
- *Cechy wywołujące zakłócenia w relacji praca-dom* – np. wymagana dyspozycyjność, nieobecność w domu, praca zmianowa i dyżury nocne.
- *Fizyczne warunki pracy* – np. hałas, odór, niewygodne pozycje, kontakt z wydzielinami i wydaliniami oraz niedoposażenie stanowiska pracy.

Badania M. Smith i G. Hart wykazały, iż pielęgniarki zazwyczaj wyrażają obawę przed uzewnętrznianiem swoich negatywnych emocji, jak gniew i lęk, gdyż uważają, że okazywanie negatywnych emocji jest niezgodne ze społecznym wizerunkiem zawodu pielęgniarskiego, co wpływa niekorzystnie na ich relacje z pacjentami oraz obniża samoocenę, wywołuje poczucie winy i wstydu. Ponadto na podstawie badań J. Kliszcz i wsp. ukazano, że u pielęgniarek, głównie z krótkim i średnim stażem pracy występują tendencje do tłumienia emocji negatywnych, typu gniew, depresja i lęk. Natomiast pielęgniarki najmłodsze cechowały się nieco podwyższonym poziomem lęku, co prawdopodobnie związane jest z procesem adaptacji do nowych ról społecznych. Podkreślono również, iż pielęgniarki w wieku około trzydziestu lat są w większym stopniu narażone na stres, w stosunku do starszych pracownic. Natomiast kontrola emocji była tym niższa, im wyższa średnia wieku pielęgniarek.

N. Ogińska-Bulik i M. Kaflik-Pieróg cytując różnych autorów wymieniają dwie grupy reakcji organizmu na stres zawodowy, do których zalicza się:

- *Reakcje bezpośrednie* – będące krótkotrwałymi reakcjami organizmu na stres obejmujące:

- *reakcje fizjologiczno-somatyczne* – w których mieszczą się objawy wegetatywne,
- *reakcje psychologiczne* – np. trudności w koncentracji uwagi, utrata pewności siebie, wzrost agresywności, napięcie, niepokój, rozdrażnienie, zmęczenie, wyczerpanie, zaniżona samoocena, gonitwa myśli, zamartwianie się, zaburzenia psychiczne, np. tzw. Ostra reakcja na stres,
- *reakcje behawioralne* – np. tiki nerwowe, nadpobudliwość ruchowa, roztrągnięcie, obgryzanie paznokci, brak lub nadmierny apetyt, trudności w zasypianiu, zwiększone spożycie alkoholu lub substancji psychoaktywnych.
 - *Odległe następstwa stresu* – między innymi prowadzące do zmiany postaw w stosunku do siebie i innych oraz wywołujące następujące konsekwencje:
 - *psychologiczne* – np. napięcie, lęk, depresja, niechęć, znudzenie, poczucie bezwartościowości i alienacji, gniew, represje, psychozy i zaburzenia psychiczne, np. Zespół Stresu Pourazowego, Zespół Wypalenia Zawodowego
 - *fizyczne* – np. choroby serca, przewodu pokarmowego, skóry, układu oddechowego, nowotwory, zmęczenie, napięcie fizyczne a nawet śmierć,
 - *behawioralne* – np. uzależnienia, agresja, zaburzenia łaknienia, zachowania agresywne,
 - *organizacyjne* – np. zmiany w ilości i jakości wykonywanej pracy, absencja w pracy,
 - *adaptacyjne* – np. związane z reorganizacją pracy.

Dalej powyższe autorki ukazują przeprowadzone badania wśród pielęgniarek, które pozwoliły na wskazanie konsekwencji zdrowotnych wysokiego poziomu stresu zawodowego. Badane pielęgniarki podały:

- zmęczenie i napięciowe bóle głowy – spowodowane długotrwałą czujnością, wymuszona koncentracją uwagi, pośpiechem, kilkoma czynnościami wykonywanymi jednocześnie, pracą fragmentaryczną bez znajomości efektu finalnego, koniecznością szybkiej oceny stanu chorego i obcowaniem z cierpieniem i śmiercią,
- bóle krzyża, karku i ramion – spowodowane niedoposażeniem stanowisk pracy, wysiłkiem fizycznym, wymuszoną pozycją ciała podczas wykonywania szeregu czynności, przenoszeniem chorych, zagrożeniem bezpieczeństwa osobistego,
- zaburzenia snu – spowodowane pracą zmianową i nocnymi dyżurami,
- zaburzenia dyspeptyczne, wrzody żołądka i dwunastnicy – będące konsekwencją odpowiedzialności za życie człowieka, bezradności, ograniczonej możliwości pomocy niektórym pacjentom, koniecznością podejmowania kompromisów,
- zdenerwowanie, napady rozdrażnienia – będące konsekwencją zbyt niskich zarobków, ryzyka zawodowego, stosunków międzyludzkich i braku wsparcia,
- niskie poczucie własnej wartości – spowodowane ograniczoną możliwością awansu i rozwoju zawodowego, niskim prestiżem społecznym, poczuciem niedowartościowania ze strony lekarzy,
- ponadto nerwice, migrenowe bóle głowy, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca oraz zwiększone stosowanie używek i uzależnienia, jak i chęć zmiany pracy czy wypalenie zawodowe – będące konsekwencją wielu powyżej przytaczanych czynników.

Oczywiście powyższe zestawienia nie ukazują wszelkich następstw stresu zawodowego, gdyż człowiek jako jednostka może reagować indywidualnie na różne negatywne bodźce. Mimo wszystko zapewne nasuwa się pytanie. Skoro jesteśmy tak narażeni na działanie stresu zawodowego to jak możemy się przed nim bronić, zapobiegać mu czy ewentualnie zwalczać istniejące następstwa?

Niestety pracując w zawodzie pielęgniarskim niemożliwe jest uniknięcie szkodliwie działających stresorów. Możliwe jest tylko częściowe zminimalizowanie ich natężenia oraz ewentualne zmniejszenie skutków stresu, co jednak zależy nie tylko od samego pracownika ale i w pewnym stopniu od pracodawcy i przełożonych. Pracodawca i przełożeni przede wszystkim powinni stworzyć odpowiednie warunki pracy.

Istotną rolę odgrywają programy profilaktyczne, zawierające edukację pracowników, zarówno przełożonych jak i pielęgniarek na temat źródeł i skutków stresu oraz sposobów ich zwalczania w formie szkoleń i warsztatów.

Ponadto warto by było samemu podjąć pewne kroki w celu minimalizacji negatywnych skutków stresu sięgając po różnego rodzaju poradniki, które obecnie zalewają rynek lub uczestnicząc w specjalnych kursach.

Często wystarczą odpoczynek, urlop, utrzymywanie kontaktu z naturą, czy zarezerwowanie czasu po pracy na własne hobby, jak i rozmowa z kimś kto naprawdę ma ochotę wysłuchać. Ponadto zaleca się systematyczne stosowanie technik relaksacyjnych (np. joga, medytacja czy kontrolowanie oddechu), pozytywną autosugestię, uprawianie sportu, prowadzenie zdrowego stylu życia (np. prawidłowe odżywianie się, unikanie używek), rozwijanie w sobie poczucia humoru, gdyż śmiech to zdrowie, nauczenie się lepszego gospodarowania czasem, stawianie sobie realistycznych celów oraz zmianę niektórych własnych postaw (np. unikanie bycia za wszelką cenę perfekcjonistą, gdyż każdy popełnia błędy, warto być dla siebie tolerancyjnym i nie troszczyć się o rzeczy, na które nie ma się wpływu, niezmiernie ważne jest pozytywne myślenie i przypominanie sobie pomyślnych wydarzeń oraz osiągnięć, a unikanie rozpamiętywania tych złych).

Należy pamiętać też o swoim zdrowiu fizycznym, dbać o nie i systematycznie leczyć istniejące już schorzenia oraz korzystać z programów profilaktycznych opracowanych dla poszczególnych schorzeń i grup ryzyka. A wówczas gdy już człowiek nie jest w stanie sam poradzić sobie z następstwami stresu niezbędna jest pomoc psychoterapeuty, psychologa czy psychiatry.



**Każdy ma w sobie coś różniącego go od innych,
a pewne rzeczy są po prostu bardziej odmienne
niż inne. Ale my wszyscy – tak mi się zdaje -
jesteśmy różnorodni na różne sposoby.**

Jan Szczepański

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej - pomoc finansowa i rzeczowa dla osób niepełnosprawnych.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest funduszem celowym, którego środki przeznaczone są na rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych oraz zatrudnianie osób niepełnosprawnych. Środki PFRON przeznaczone są między innymi na:

- rekompensatę pracodawcom podwyższonych kosztów zatrudnienia osób niepełnosprawnych (w postaci dofinansowania do wynagrodzeń osób niepełnosprawnych oraz refundacji składek ubezpieczeń społecznych),
- refundację składek na ubezpieczenia społeczne dla osób niepełnosprawnych, prowadzących działalność gospodarczą oraz niepełnosprawnych rolników i ich domowników,
- przystosowanie i wyposażenie nowych i istniejących miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych,
- pomoc dla osób niepełnosprawnych, które rozpoczynają działalność gospodarczą/rolniczą lub tworzą spółdzielnie socjalne,
- wsparcie imprez sportowych, kulturalnych i rekreacyjnych osób niepełnosprawnych,
- tworzenie warsztatów terapii zajęciowej i zakładów aktywności zawodowej,
- likwidację barier architektonicznych i komunikacyjnych,
- wsparcie edukacji osób niepełnosprawnych, w tym szkoleń i doskonalenia zawodowego,
- wsparcie organizacji pozarządowych, działających na rzecz osób niepełnosprawnych,
- współfinansowanie projektów wspieranych ze środków pomocowych Unii Europejskiej,
- turnusy rehabilitacyjne,
- zaopatrzenie osób indywidualnych w sprzęt rehabilitacyjny o ortopedyczny oraz środki pomocnicze,
- programy PFRON, adresowane przede wszystkim do osób indywidualnych, organizacji pozarządowych i jednostek administracji i samorządu (STUDENT, PEGAZ, KOMPUTER DLA HOMERA i inne.).

Przychodami Funduszu są głównie środki pochodzące z obowiązkowych miesięcznych wpłat. Wpłaty tych dokonują pracodawcy, którzy zatrudniają co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, a wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w ich zakładzie jest niższy niż 6%. Z wpłat na Fundusz zwolnieni są pracodawcy, u których wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi co najmniej 6%. Wskaźnik ten jest inny dla państwowych i samorządowych jednostek organizacyjnych, a także instytucji kultury oraz państwowych i niepaństwowych szkół różnego stopnia.

Wiele osób niepełnosprawnych dla normalnego funkcjonowania potrzebuje odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego bądź przedmiotów ortopedycznych, likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych oraz architektonicznych. Pomocą służą Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej oraz Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie dysponując środkami PFRON przeznaczonymi na realizację zadań zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej.

O przyznanie dofinansowania mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne posiadające ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół do Orzekania o Niepełnosprawności, orzeczenie o niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub orzeczenie o grupie inwalidzkiej wydane przez KIZ oraz orzeczenie KRUS jeżeli zostało ono wydane do końca 1997 roku na stałe. Jeżeli orzeczenie jest wydane przez KRUS po 1997 roku należy złożyć wniosek do Zespołu o uzyskanie nowego.

A w przypadku dzieci Powiatowy Zespół ds. Orzekania o niepełnosprawności wydaje orzeczenie bez określenia stopnia niepełnosprawności. Zalicza dzieci do osób niepełnosprawnych a stopień niepełnosprawności określa się po 16-tym rokiem życia.

Dofinansowanie do zakupu sprzętu ortopedycznego i pomocniczego

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługuje na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Aby otrzymać dofinansowanie osoba niepełnosprawna musi uzyskać

określony rozporządzeniem limit NFZ na określony sprzęt (pieluchomajtki, materac p/odleżynowy, balkonik, wózek inwalidzki i. t. p.).

Warunkiem otrzymania dofinansowania oprócz aktualnego orzeczenia ważne jest kryterium dochodowe. Dochód netto na jednego członka rodziny nie może przekraczać 50 % przeciętnego wynagrodzenia.

Obecnie przeciętne wynagrodzenie wynosi 2.968,55 zł, więc kryterium dochodowe do dofinansowania to 1.484,28 zł.

Dofinansowanie do zakupu sprzętu ortopedycznego i pomocniczego wynosi 150% limitu NFZ, nie więcej jednak niż dopłata pacjenta.

Dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego

Jeżeli dochód przekracza 50% przeciętnego wynagrodzenia przyznane dofinansowanie pomniejsza się o kwotę przekraczającą wymagane kryterium dochodowe. Wysokość dofinansowanie jest w przypadku turnusów uzależniona od stopnia niepełnosprawności :

- Stopień znaczny- 27% przeciętnego wynagrodzenia (801 zł)
- Stopień umiarkowany- 25% przeciętnego wynagrodzenia (742 zł)
- Stopień lekki- 23% przeciętnego wynagrodzenia (223 zł)
- Dziecko niepełnosprawne - 27% przeciętnego wynagrodzenia (801 zł)
- Opiekun 18% przeciętnego wynagrodzenia (534 zł)

W wyjątkowo trudnej sytuacji finansowej, potwierdzonej wywiadem środowiskowym dofinansowanie może być zwiększone do 35%.

Dofinansowanie do likwidacji barier

Przy likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się, dochód nie decyduje o przyznaniu dofinansowania. Pod uwagę brane są indywidualne potrzeby osób niepełnosprawnych.

Wysokość dofinansowania wynosi do 80 % kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Przy rozpatrywaniu wniosków bierze się pod uwagę: całkowity koszt zadania, stopień i rodzaj niepełnosprawności, warunki mieszkaniowe, sytuację zawodową, uczęszczanie do szkoły, w tym wyższej, prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie lub z rodziną, średni dochód na członka rodziny, deklarowany udział własny ponad 20 % wartości zadania oraz wcześniejsze korzystanie przez wnioskodawcę ze środków PFRON na ten cel.

O dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych- mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne ruchowo, poruszające się na wózku inwalidzkim oraz osoby z dysfunkcją narządu ruchu- potwierdzone orzeczeniem i aktualnym zaświadczeniem lekarskim.

O dofinansowanie do likwidacji barier komunikacyjnych i technicznych – mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne z dysfunkcją narządu wzroku, słuchu, mowy oraz osoby niepełnosprawne , których potrzeby wynikają z ich niepełnosprawności.

Dofinansowanie do sprzętu rehabilitacyjnego

Przy dofinansowaniu do sprzętu dochód nie decyduje o przyznaniu dofinansowania. Podmiotem ubiegającym się o dofinansowanie są osoby niepełnosprawne posiadające ważne orzeczenie a ich potrzeby wynikają z niepełnosprawności.

Wysokość dofinansowania wynosi do 60 % kosztów sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego wynagrodzenia.

Programy celowe – PFRON

Obecnie PFRON realizuje szereg programów mających na celu pomoc osobom niepełnosprawnym, jak i zmianę nastawienia do osób niepełnosprawnych w kierunku wzajemnego zrozumienia i integracji. Warto wymienić:

- Program **PEGAZ**

Program ten składa się z 3 obszarów :

Obszar A –pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do samochodu.

Adresatami programu w tym obszarze są pełnoletnie osoby w wieku aktywności zawodowej, wykonujące pracę zarobkową lub uczące się albo poszukujące pracy zarejestrowane w UP, posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Niepełnosprawne z powodu dysfunkcji narządu ruchu oraz legitymujące się prawem jazdy.

Obszar B –pomoc w zakupie sprzętu komputerowego.

Adresatami programu w tym obszarze są :

1) osoby pełnoletnie w wieku aktywności zawodowej, niepełnosprawne z powodu braku lub znacznego niedowładu obu kończyn górnych posiadające ważne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

2) niepełnosprawne dzieci i młodzież w wieku do lat 18 z brakiem lub znacznym niedowładem obu kończyn górnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

3) niepełnosprawne dzieci i młodzież w wieku do 26 lat, posiadający orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, którzy są uczniami szkół ponadgimnazjalnych, szkół policealnych, studiów magisterskich, studiów wyższych zawodowych lub uzupełniających studiów magisterskich prowadzonych przez szkoły wyższe.

Obszar C – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.

Adresatami programu w tym obszarze są:

1) pełnoletnie osoby niepełnosprawne u których dysfunkcja jednej lub obu kończyn dolnych z jednoczesną dysfunkcją jednej lub obu kończyn górnych, uniemożliwia poruszanie się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym posiadające znaczny stopień niepełnosprawności.

2) niepełnosprawne dzieci i młodzież w wieku do lat 18, u których j.w. pkt 1.

• **Program STUDENT**

Pomoc osobom niepełnosprawnym w zdobywaniu wykształcenia na poziomie wyższym. Ubiegać się mogą osoby niepełnosprawne o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.

Dofinansowanie jest przeznaczone na: opłaty za naukę, zakwaterowanie, dojazd, uczestnictwo w zajęciach mających na celu podniesienie sprawności fizycznej lub psychicznej, zakup przedmiotów ułatwiających lub umożliwiających naukę, w tym sprzętu komputerowego i komputerowych programów edukacyjnych, wyjazdów organizowanych w ramach zajęć szkolnych.

• **Program KOMPUTER DLA HOMERA**

Celem programu jest pomoc finansowa dla osób niewidomych i niedowidzących w zakupie nowoczesnego, podstawowego oraz specjalistycznego sprzętu komputerowego i elektronicznego wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem i oprogramowaniem umożliwiającym zdobycie umiejętności pozwalających na usamodzielnienie się.

• **Program JUNIOR**

Celem programu jest aktywizacja zawodowa młodych osób niepełnosprawnych. Program skierowany jest do absolwentów będących osobami z orzeczoną znacznym, umiarkowanym lub lekkim stopniem niepełnosprawności w wieku do 25 lub w przypadku osób, które ukończyły szkołę wyższą - do 27 roku życia, skierowane na staż zgodnie z warunkami określonymi w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

• **Program PITAGORAS**

Celami programu jest: zapewnienie wszystkim niesłyszącym i niedosłyszącym, w tym głuchoniewidomym i głuchoniedowidzącym studentom, uczniom szkół policealnych oraz uczestnikom kursów przygotowawczych do egzaminów do szkół wyższych pomocy tłumaczy migowych lub możliwości wykorzystywania w trakcie zajęć oraz egzaminów urzędów wspomagających słyszenie oraz zapewnienie osobom niesłyszącym i niedosłyszącym dostępu do dóbr kultury w ramach instytucji kultury.

• **Program Wczesna pomoc dziecku niepełnosprawnemu**

• **Program UCZEŃ NA WSI**

Celem programu jest wyrównanie szans w zdobyciu wykształcenia przez uczniów, będących osobami niepełnosprawnymi, zamieszkujących gminy. Ponadto program ma on służyć, poprawie warunków kształcenia niepełnosprawnych uczniów, umożliwienie uczestnictwa w zajęciach, mających na celu podniesienie sprawności fizycznej i psychicznej oraz likwidacji barier transportowych.

I inne programy.

Osobom zainteresowanym problematyką osób niepełnosprawnych polecam stronę :

www.pfron.pl oraz na inne przydatne portale informacyjne.

www.niepelnosprawni.info - portal informacyjny

www.ngo.pl - portal organizacji pozarządowych

www.zpchr.pl - portal zakładów pracy chronionej

www.ops.pl - strona ośrodków pomocy społ.

www.domyopieki.pl - witryna domów pomocy społ. itp.

www.mpips.gov.pl - witryna ministerstwa pracy

www.pfron.org.pl - witryna PFRON

www.zus.pl - witryna ZUS

mgr Maria Nazaruk

BÓLE GŁOWY



Bóle głowy należą do najczęstszych dolegliwości zgłaszanych przez człowieka. Aż 80-90% populacji skarży się na sporadyczne bóle głowy, 20% cierpi na przewlekłe lub nawracające bóle głowy. W 1988 powstała Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów opracowana przez IHS (Internacjonal Headache Socjety). Tradycyjne bóle głowy dzieli się pierwotne (samoistne) i wtórne (objawowe).

Do pierwotnych zaliczamy:

1. Migrena- jej dominującym objawem jest napadowy ból głowy. Napady bólu trwają od kilku do kilkudziesięciu godzin, na ogół nawracają w nieregularnych odstępach czasu. W typowych przypadkach ból ma charakter jednostronny, zwykle umiejscowiony jest za gałką oczną, w czole i skroni. Niekiedy bywa obustronny lub naprzemienny tzn. raz po jednej a raz po drugiej stronie. Czasami może być zlokalizowany w tyle głowy. Ból migrenowy na ogół jest określany jako pulsujący, tętniący. Bywa też łagodny lub tak silny że wyłącza całkowicie chorego z życia.

Charakterystyczną cechą migreny jest obecność objawów towarzyszących jak nudności, wymioty zawroty głowy, nadwrażliwość na światło i dźwięk a także na inne bodźce np. zapach. Oprócz objawów towarzyszących u ok. 20% chorych na migrenę może wystąpić tzw. aura pod postacią objawów wzrokowych (mroczki, zygzaki), czuciowych, zaburzeń mowy czy nawet porażenia. Inną charakterystyczną cechą migreny jest nasilenie się bólu w czasie wysiłku fizycznego.

Migrena jest jednym z najczęstszych schorzeń neurologicznych, szacuje się że dotyczy ok. 10-12% populacji. Występuje 3 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Zazwyczaj rozpoczyna się u osób młodych, często też u dzieci. Częstość i nasilenie napadów może się zmieniać w ciągu życia.

Wyróżniamy następujące rodzaje migren:

- a) Oczna (klasyczna) – przed wystąpieniem bólu zlokalizowanego w okolicy oczodołu, pojawiają się zaburzenia neurologiczne objawiające się połowicznym niedowidzeniem. Występuje też obniżona ostrość wzroku , a nawet całkowita krótkotrwała ślepotą. Bardzo często z bólami migrenowymi związane są nudności i wymioty.
- b) Okoporażna – występuje porażenie mięśnia okoruchowego (całkowite lub częściowe). Prowadzi to do opadnięcia powieki oraz upośledzenia ruchów gałek ocznych, to powoduje podwójne widzenie.
- c) Porażenna (skojarzona) – występują okresowe pulsujące bóle głowy. Dodatkowo mogą wystąpić parestezje, afazje lub dyzartrie, niedowłady, a także napady padaczki Jacksona i objawy migreny okoporażnej.
- d) Stan migrenowy – seryjnie powtarzające się napady poprzedzane krótkimi przerwami, trwające nawet kilka godzin. Towarzyszą im zaczerwienienie i pocenie skóry twarzy, występowanie obfitej wydzieliny z nosa oraz łzawienie.
- e) Śnieg optyczny - przewlekła aura migrenowa, której nie zawsze towarzyszy ból głowy.
- f) Z aurą - trwająca zazwyczaj do 3 godz. występują porażenia wzroku, paraliże rąk, trudności w mówieniu, towarzyszy temu ból głowy.

2. Napięciowy ból głowy- to najczęściej przewlekłe, okresowe lub codzienne bóle głowy o niezbyt znacznym nasileniu. W przeciwieństwie do migreny obejmuje całą głowę. Ból jest stały, najczęściej bywa określany, jako uczucie „ściągnięcia” w obu skroniach lub w okolicy potylicy(„obręcz ściskająca głowę”). Charakterystyczne są też objawy lęku i depresji. Ból nasila się pod wpływem wysiłku, emocji. Ból nasila się z reguły powoli, o różnym czasie trwania. Może on występować sporadycznie lub kilka razy w tygodniu (znane są przypadki występowania go codziennie). Zapobieganie bólom typu napięciowego polega przede wszystkim na unikaniu czynników sprzyjających występowaniu bólu (stresu, zmęczenia) psychoterapii, ćwiczeniach relaksacyjnych, blokadzie tzw. punktów spustowych bólu (na czepcu i karku) środkami miejscowo znieczulającymi.

3. Klasterowy ból głowy - zwany także bólem głowy Hortona .Często jest mylony z migreną czy nerwobólem. Napady bólowe występują okresowo. Okresy te zwane rzutami lub klasterami pojawiają się w różnych odstępach czasu (najczęściej 1-2 rocznie) i trwają z różną długością, nawet do kilku miesięcy. Również długość napadów bólu jest rozmaita. Bardzo silny ból, który zlokalizowany jest zwykle po jednej stronie w okolicy oczodołu może trwać od kilku, kilkunastu minut do trzech godzin. W ciągu doby (częściej w nocy) może wystąpić do 8 napadów. Na ogół ból określany jest jako świdrujący, kłujący, palący czy żrący. Niekiedy może on promieniować do szczęki, karku lub ramienia. Mogą mu towarzyszyć: łzawienie i zaczerwienienie spojówek, pocenie twarzy, wyciek i uczucie zatkania nosa, opadanie powieki i zwężenie źrenicy po stronie występowania bólu . W czasie bólu chorzy zazwyczaj chodzą w koło, bywają

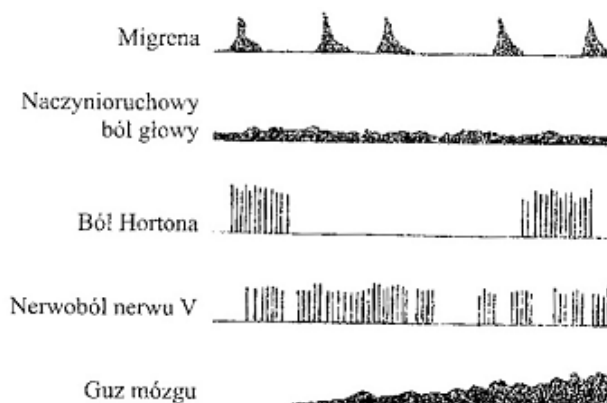
pobudzeni. Klasterowe bóle głowy mogą wystąpić w każdym wieku, nawet u małych dzieci, jednak najczęściej rozpoczynają się około 20.-30. roku życia. Kilkakrotnie częściej dotyczą mężczyzn. Przyczyna nie jest do końca wyjaśniona.

Wtórne bóle głowy mogą być prowokowane przez większość chorób. Występują w różnych schorzeniach układu nerwowego, również w chorobach twarzoczaszki, narządów wewnętrznych i wielu chorobach ustrojowych. Ból głowy w chorobach neurogennych występuje najczęściej jako jeden z objawów, obok takich jak gorączka, objawy oponowe, zaburzenia świadomości, zaburzenia ruchu, czucia, mowy, funkcji zwieraczy, drgawki. Ta forma bólów głowy przedstawia wiele trudności rozpoznawczych i wymaga dalszej diagnostyki różnicowej.

Medycynie stosowany jest też inny podział bólów głowy uwzględniający charakter bólu:

1. **Przygodne bóle głowy**- bóle krótkie i mało nasilone, które najczęściej ustępują samoistnie;
2. **Ostre i podostre bóle głowy**- są objawowe, silne, mogą sygnalizować groźna, a nawet śmiertelną chorobę;
3. **Przewlekłe i nawracające bóle głowy**- mogą mieć charakter ciągły lub nawracający w postaci napadów.

W ocenie i różnicowaniu bólów głowy najważniejsze jest uzyskanie informacji o jego dynamice i charakterze (rys.1) czy mamy do czynienia z ostrym czy przewlekłym bólem głowy, czy istnieją typowe znamiona bólu, czy obok bólu głowy są zauważalne typowe dolegliwości.



Rys.1. Dynamika bólów głowy (wg Lance'a)

*Anna Polakowska i Magdalena Syta
Studentki Pielęgniarstwa PWSZ w Białej Podlaskiej
Literatura u autorek*



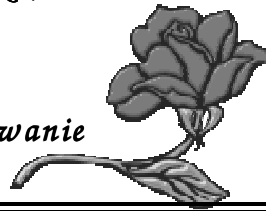
Komunikat

Informujemy o Jubileuszu 40-lecia Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu i Międzynarodowej Konferencji naukowej „ Europejski wymiar kształcenia i praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych”, organizowanej w dniach 15-18 października 2009r. przez Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie.

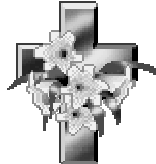
Blizszych informacji udziela Sekretariat Obchodów i Konferencji
Wydział Pielęgniarstwa i nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Al. Raclawickie 1, 20-059 Lublin, Tel. /fax 081 528-89-13
www.umlub.pl/wydzial_pielęgniarstwa_i_nauk_o_zdrowiu_id_24.html

Z żałobnej karty...

*Tutaj jest pamięć i tutaj świeczka,
tutaj napis i kwiat pozostanie,
ale zmarły gdzie indziej mieszka
- na wieczne odpoczywanie*



*„Spieszmy się kochać ludzi
Tak szybko odchodzą”*



Dnia 4 października 2008r. odeszła od nas koleżanka

Marzena Mochnacz

Ostatnie lata swojej pracy zawodowej poświęciła opiece nad dziećmi niepełnosprawnymi. Była zawsze zatroskana o swoich podopiecznych, bardzo im oddana. Dla nas koleżanek zawsze była ciepła, uśmiechnięta, bliska.

Odeszłaś od nas za szybko
**- żegnamy Ciebie z wielkim smutkiem,
zawsze będziemy o Tobie pamiętać!**

Dyrekcja, pracownicy, koleżanki, podopieczni z Domu Pomocy Społecznej w Kozuli



*„ Nie umiera Ten, kto żyje w sercach i
pamięci innych”*

Pielęgniarki Oddziału Internistyczno-
Kardiologicznego w SP ZOZ w Parczewie

Urszuli Jesień

szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki z oddziału



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

Pielęgniarki Domu Pomocy Społecznej
w Kozuli

Annie Jesień

szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają współpracownicy

*„Czas pędzi na przód, już nie wraca.
Księgi nam pisze, kreśli i zmienia.
Czas dał nam życie, już je skraca.
Zostawia drugie - to są wspomnienia”*

Lidia Sierpińska

Praca w Norwegii!



Jesteś pielęgniarką / pielęgniarzem?

Masz wyższe wykształcenie pielęgniarckie i szukasz lepiej płatnej pracy?

Mamy dla Ciebie pracę w Norwegii! Zgłoś się do nas!

Dla Naszego Klienta z Norwegii, z branży rekrutacji medycznych poszukujemy:

Pielęgniarek / Pielęgniarzy

Oferujemy:

- atrakcyjne wynagrodzenie oraz umowę o pracę według norweskich standardów,
- kurs języka norweskiego (dodatkowo zapewnione wynagrodzenie w trakcie trwania kursu),
- pomoc w załatwieniu wszelkich formalności związanych z podjęciem pracy w Norwegii.

Zadzwoń lub prześlij swoje CV do Konsultanta Medycznego Adecco:

Kielce: Agata.Golab@adecco.pl; tel. 41 341 53 42

Kraków: Izabela.Ferenc@adecco.pl; tel. 12 292 18 00

Opole: Ewelina.Glinska@adecco.pl; tel. 77 402 24 27

Szczecin: Patrycja.Wiek@adecco.pl; tel. 91 431 42 66

Ponieważ posiadamy 52 biura na terenie całego kraju, rozmowy kwalifikacyjne odbywają się w najdogodniejszej dla państwa lokalizacji. Dziękujemy za nadesłane zgłoszenia, jednocześnie informujemy, że skontaktujemy się tylko z wybranymi kandydatami.

Informacja dotyczy oferty pracy tymczasowej za granicą. Adecco jest agencją pracy tymczasowej. Numery wpisu do rejestru agencji: 364/1b (agencja pośrednictwa pracy w zakresie pośrednictwa do pracy za granicą u pracodawców zagranicznych), 364/2 (agencja doradztwa personalnego), 364/3 (agencja pracy tymczasowej).

Na CV prosimy o dopisanie następującej klauzuli: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji rekrutacji /zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97.r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 883/.

Adecco

better work, better life

adecco.pl