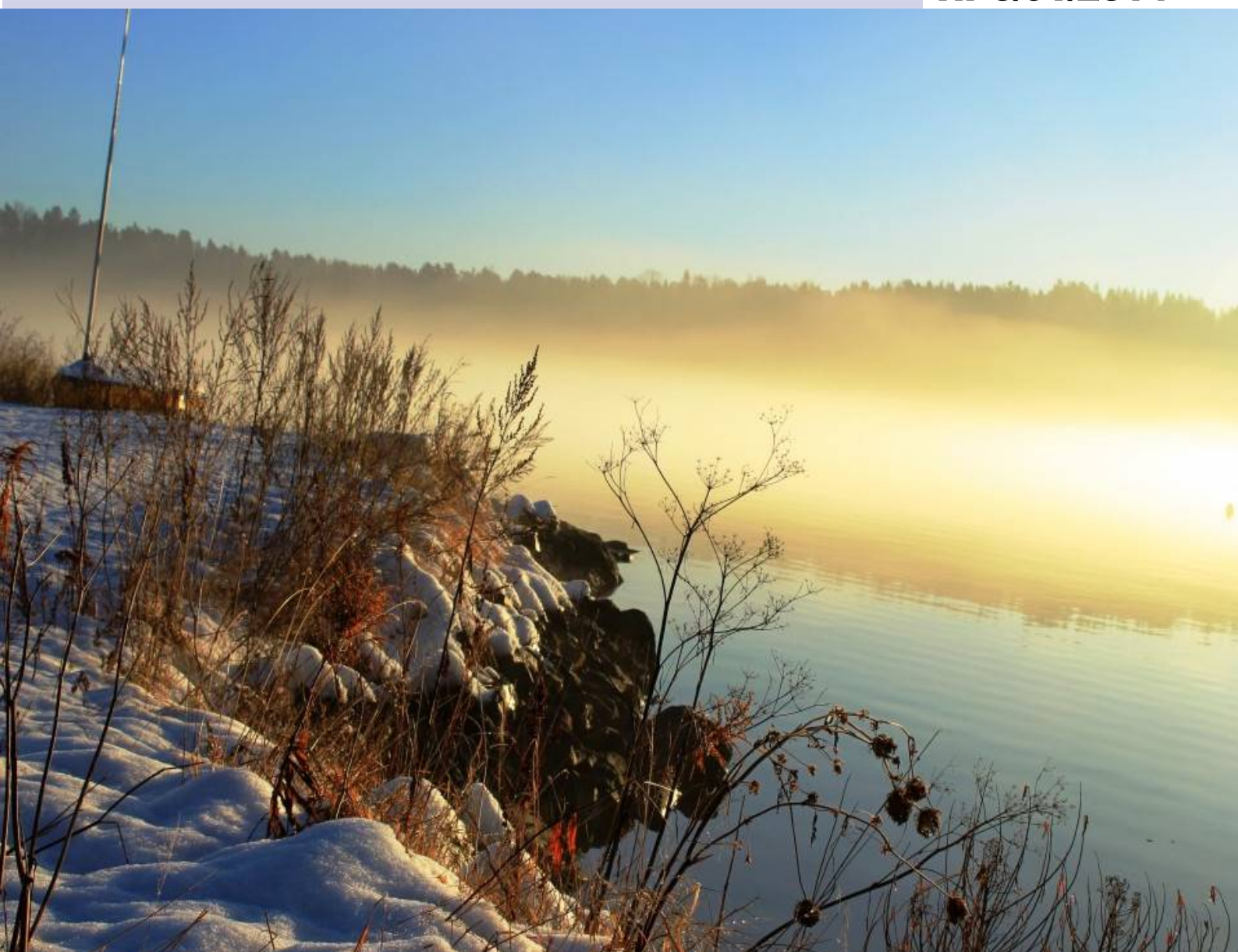


BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 3/91/2014



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

Wydawca:

OIPIP w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska
tel.: 83 41 47 628; tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail: oiplibp@poczta.onet.pl
www.oiplibp.pl

**Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych czynne
poniedziałek - piątek 8⁰⁰-16⁰⁰**

INFORMATOR OIPIP:

W biurze OIPIP dyżury pełnią:

Radca Prawny

mgr Irena Hołubowicz
czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

mgr Janina Dziedzic-Płanda
II i IV poniedziałek miesiąca,
godz. 15⁰⁰-16⁰⁰

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych**

mgr Agnieszka Czekiel
I środa miesiąca w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

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

Rada Programowa Biuletynu

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

Redakcja Biuletynu:

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

Druk: Poligraf Joanna Goś Drelów

Spis treści

Od redakcji.....	3
 Kalendarium OIPIP.....	4
 Uchwały ORPiP.....	5
 Informacje z NRPiP.....	10
 Informacje.....	13
 Dział prawny.....	16
 Kształcenie podyplomowe.....	20
 Referaty.....	33
 Z żałobnej karty.....	41

ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

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

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

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).

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



OD REDAKCJI

Szanowni Państwo

Grudzień 2014r. – nie jedna osoba zadaje sobie pytanie: „To już grudzień? Kiedy minął ten rok?” To właśnie grudzień jest miesiącem, w którym podsumowujemy Rok Stary i stawimy cele na Nowy Rok.

Przeglądając grudniowe wydania biuletynów informacyjnych zauważamy, że pełne są płynących z serca życzeń. Ciepłych, niepowtarzalnych słów płynących do drugiego człowieka. Nastroj zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia powoduje, że chcemy być miłsi, bardziej życzliwi i pełni empatii.

Warto podkreślić, że to właśnie my sami tworzymy atmosferę życzliwości w swoich miejscach pracy, w swoich domach. Obecność drugiego człowieka, zrozumienie, miłość i wiara, rodzi nadzieję i dodaje siły do pokonywania własnych słabości.

Bywają chwile, kiedy każde wypowiedziane słowo, które kierujemy do drugiego człowieka ma swoją magiczną moc.

Życzę Państwu, aby słowa, które wypowiadamy pomagały nam budować mocne więzi koleżeństwa, przyjaźni, miłości. Oby klimat świątecznej życzliwości był obecny w każdym dniu naszego życia.

*W szczególnym czasie Świąt Bożego Narodzenia
pragnę złożyć Państwu najserdeczniejsze życzenia*

spokojnych, radosnych Świąt

spędzonych w niepowtarzalnej atmosferze.

Niech szczęście i pomyślność nie opuszcza Państwa

przez cały 2015 rok, a wiara codziennie dodaje

sił i energii do tworzenia i realizacji planów.

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

Bardzo cicha noc

*W ilu domach będzie dziś
Puste miejsce blisko drzwi?*

*Miejsce, co nie zajmie go
Żaden nocny, zagubiony gość.*

Bardzo cicha noc.

*Radość przystanęła w drzwiach,
Nie chce wejść, choć dom ten zna,*

*Wszystko pozbawione barw,
Każdy dźwięk ma dziś tęsknoty
smak,*

Bardzo cicha noc.

Znów zasypie wszystko śnieg,

Prócz pustki po kimś, co

Tutaj zawsze z nami był,

A teraz nie ma go.

Jakie morza dzielą nas?

Pustynia, czas czy mrok?

Zapada w nas

Bardzo cicha noc.

W ilu domach będzie dziś

Puste miejsce blisko drzwi?

Zdjęcie w ramce, kartką, list,

Zamiast tych,

co tu nie mogą być.

Bardzo cicha noc.

Bardzo cicha noc.

Bardzo cicha noc.

Jacek Cygan





KALENDARIUM OIPiP



07.08.2014r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
27.08.2014r.	Egzamin po przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu położnej.
28.08.2014r.	Egzamin po przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.
8-11.09.2014r.	Szkolenie HIV/AIDS dla pracowników medycznych organizowane przez Res Humane w Konstancin - Jeziorna – uczestniczyły Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca ORPiP i Danuta Pawlik Sekretarz ORPiP.
12-13.09.2014r.	XXIII Konferencja Naukowo – Szkoleniowa Pielęgniarek Epidemiologicznych Ziemi Lubelskiej uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca ORPiP, Marta Romanowicz Pielęgniarka Epidemiologiczna WSzS w Białej Podlaskiej, Elżbieta Ludwińska Pielęgniarka Epidemiologiczna SP ZOZ w Parczewie.
13.09.2014r.	Warsztaty dla Położnych i Pielęgniarek org. przez Uniwersytet Zdrowia Kobiety w Warszawie - uczestniczyła Beata Gontarczyk – położna SP ZOZ w Parczewie.
16-17.09.2014r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP
22.09.2014r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
26.09.2014r.	I Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego WSzS w Białej Podlaskiej.
30.09.2014r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych.
16.10.2014r.	Konferencja - <i>Wieloaspektowość opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem po amputacji kończyn</i> - organizowana przez ORPiP w Europejskim Centrum Kształcenia i Wychowania OHP w Roskoszy.
20.10.2014r.	I Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Dziecięcego WSzS w Białej Podlaskiej – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca ORPiP.
22.10.2014r.	II Międzynarodowa Konferencja Naukowa – <i>Medycyna ratunkowa i służby ratownicze w sytuacjach zagrożenia życia</i> - uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca ORPiP.
23.10.2014r.	I Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Urazowo - Ortopedycznego WSzS w Białej Podlaskiej – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca ORPiP.
24-25.10.2014r.	Wizyta w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej Haliny Kuźmińskiej zastępcy głównego lekarza ds. pielęgniarstwa Wołyńskiego Obwodowego Szpitala, Prezesa Stowarzyszenia Pielęgniarek Wołynia «Miłosierdzie».
28.10.2014r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów.
29.10.2014r.	Szkolenie edukacyjne nt. <i>Leczenie żywieniowe u pacjentów z odleżynami i trudno gającymi się ranami, Problem odleżyn i nietrzymania moczu ważnym zagadnieniem w opiece nad pacjentem w wieku starszym</i> , organizowane przez firmę PELARGOS we współpracy z OIPiP w Białej Podlaskiej.
14.11.2014r.	Konferencja PROBLEMY ZAWODOWE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH. Zachowania agresywne pacjenta a prawa i ochrona pielęgniarek i położnych , organizowane przez ORPiP w Sali kina Oranżeria w Radzynie Podlaskim.
17.11.2014r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia OIPIP w Białej Podlaskiej.
18.11.2014r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
24.11.2014r.	Spotkanie Przewodniczących ORPiP województwa lubelskiego w OIPiP w Lublinie.
27.11.2014r.	II Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego WSzS w Białej Podlaskiej.

28.11.2014r.	Posiedzenie Zespołu Doradczego ds. Opracowania Licencjonowania Zawodu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
02.12.2014r.	Konferencja szkoleniowa nt. Pielęgniarka Rodzinna wsparciem dla pacjentów niesamodzielnych i ich opiekunów – Damy Radę z Pielęgniarką Rodziną organizowana przez Fundację TZMO SA „Razem Zmieniamy Świat przy współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
02.12.2014r.	Egzaminy po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dwóch pielęgniarek w SP ZOZ w Parczewie.
2-3.12.2014r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
10.12.2014r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia OIPIP w Białej Podlaskiej.
11.12.2014r.	I Posiedzenie Komisji Konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Kardiologicznego WSzS w Białej Podlaskiej.
16.12.2014r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów Pielęgniarek i Położnych.
16.12.2014r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.



UCHWAŁY ORPiP

Uchwały podjęte podczas posiedzeń ORPIP i Prezydium ORPIP w Białej Podlaskiej

Lp.	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 159/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 września 2014r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
2.	Uchwała Nr 160/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 22 września 2014r. w sprawie delegowania na konferencję członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
3.	Uchwała Nr 81/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
4.	Uchwała Nr 82/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarki i Położnych do udziału w pracach komisji konkursowych w celu wyłonienia kandydatów na stanowiska ordynatorów.
5.	Uchwała Nr 83/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego.
6.	Uchwała Nr 84/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie delegowania na szkolenie przewodniczącej i sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
7.	Uchwała Nr 85/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
8.	Uchwała Nr 86/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
9.	Uchwała Nr 87/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego.
10.	Uchwała Nr 88/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 października 2014r. w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarki i Położnych do udziału w pracach komisji konkursowej w celu wyłonienia kandydata na stanowisko Zastępcy Dyrektora do Spraw Lecznictwa.

11.	Uchwała Nr 89/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 października 2014r. w sprawie zawarcia umowy zlecenia za przeprowadzenie wykładów.
12.	Uchwała Nr 90/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 października 2014r. w sprawie wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
13.	Uchwała Nr 91/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 października 2014r. w sprawie wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
14.	Uchwała Nr 92/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
15.	Uchwała Nr 93/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
16.	Uchwała Nr 94/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r. zmieniająca uchwałę w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
17.	Uchwała Nr 95/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r w sprawie przyznania zapomogi losowej.
18.	Uchwała Nr 96/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r w sprawie delegowania na szkolenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Białej Podlaskiej.
19.	Uchwała Nr 97/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r w sprawie udzielenia pełnomocnictwa Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do podpisywania porozumień w zakresie obrony praw pielęgniarek i położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
20.	Uchwała Nr 96/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r. w sprawie delegowania na szkolenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Białej Podlaskiej.
21.	Uchwała Nr 97/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r. w sprawie udzielenia pełnomocnictwa Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do podpisywania porozumień w zakresie obrony praw pielęgniarek i położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
22.	Uchwała Nr 98/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia

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

1. Uchwała dotycząca stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru położnych – 1
2. Uchwały dotycząca stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek – 5
3. Uchwały dotycząca wpisu do rejestru pielęgniarek – 5
4. Uchwały dotycząca skreślenia z do rejestru pielęgniarek - 5
5. Uchwały dotycząca skreślenia z do rejestru położnych - 2
6. Uchwała uchylająca uchwałę w sprawie wymiany zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki - 4
7. Uchwała uchylająca uchwałę w sprawie wpisu na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych - 4
8. Uchwała zmieniająca uchwałę w sprawie wymiany zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1
9. Uchwały dotyczące wygaśnięcia dokumentu Prawa Wykonywania Zawodu z powodu śmierci pielęgniarek - 10

*Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP*

Stanowisko nr 3

**Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
z dnia 22 września 2014r.**

w sprawie zasad kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń medycznych w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej

Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej sprzeciwiają się wprowadzonym przez NFZ zasad kontraktowania świadczeń w ramach

pielęgniarskiej opieki długoterminowej, w których najistotniejszym kryterium wyboru jest jak najniższa cena.

Przyjęte przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasady kontraktowania świadczeń budzą niepokój środowiska pielęgniarskiego udzielającego świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej z powodu możliwości wyeliminowania pielęgniarek dotychczas świadczących te

usługi na rzecz dużych podmiotów ekspansywnie opanowujących rynek. Podmioty te często zatrudniają pielęgniarki, nie posiadające doświadczenia w sprawowaniu opieki długoterminowej, jedynym kryterium wyboru i zatrudnienia jest ich deklaracja pracy za bardzo niskie wynagrodzenie.

Świadczenia „pielęgniarskiej opieki długoterminowej” to specyficzny rodzaj świadczeń opieki medycznej tworzący dużą więź między pacjentem a pielęgniarką. Wiążąca się przez miesiące i lata sprawowania opieki nad pacjentem. Pacjent darzy swoją pielęgniarkę zaufaniem, co ma bardzo duże znaczenie terapeutyczne. Pod względem medycznym celowe jest, aby świadczenia opieki długoterminowej były wykonywane przez pielęgniarki, które pacjenci darzą zaufaniem. Dla pacjentów „opieki długoterminowej” bardzo ważna jest stabilizacja udzielanych świadczeń. Pielęgniarki sprawujące dotychczas opiekę znają swoich pacjentów i ich potrzeby zdrowotne, stąd mogą w sposób optymalny dobierać zakres i rodzaj sprawowanej opieki. „Opieka długoterminowa” to praca bardzo ciężka wymagająca dużego poświęcenia od wykonujących je pielęgniarek. Praca ta wymaga jednocześnie odpowiednich wysokich kwalifikacji zawodowych. Zmiana pielęgniarki i objęcie opieką pacjentów „długoterminowych” przez personel zatrudniony w dużych firmach, z dużą dozą prawdopodobieństwa doprowadzi do pogorszenia się stanu zdrowia tych pacjentów i spowoduje wzrost kosztów ich leczenia przez NFZ.

Pielęgniarki świadczące usługi w zakresie opieki długoterminowej poczyniły znaczne nakłady finansowe na

zakup nowoczesnego sprzętu, który jest niezbędny do pielęgnacji chorego, aby sprostać coraz większym wymaganiom chorych i ich rodzin. Pielęgniarki świadczące opiekę długoterminową dbają o jakość świadczeń udzielanych pacjentom stale podnosząc swoje kwalifikacje zawodowe.

Rozpisanie konkursu na świadczenia usług opieki długoterminowej, w którym jedynym kryterium wyboru jest niska cena, spowoduje próbę wyeliminowania pielęgniarek dotychczas świadczących te świadczenia na rzecz ogólnopolskich podmiotów stosujących dumpingowe ceny i zatrudniających pielęgniarki za minimalne wynagrodzenie. Jednocześnie może spowodować komplikacje związane z zapewnieniem ciągłości udzielanych świadczeń. W świetle podanych powyżej okoliczności umowy z zakresu opieki długoterminowej powinny zostać aneksowane z pielęgniarkami, które dotychczas bez zarzutów świadczyły te usługi.

Jednocześnie wskazujemy, że warunek posiadania certyfikatu ISO w ofercie konkursowej jako kryterium wagi, nie powinien być punktowany a powinien być wymogiem wyłącznie dla dużych podmiotów, a nie dla małych, często jednoosobowych praktyk.

Obecnie obowiązujące przepisy dotyczące oceny ofert formułują kryteria preferujące przy ocenie ofert duże podmioty medyczne wobec małych podmiotów pielęgniarskich.

Sekretarz
Danuta Pawlik

Przewodnicząca
Elżbieta Celmer vel Domańska

**Uchwała Nr 97/VI/14
Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej
z dnia 18 listopada 2014r.**

w sprawie udzielenia pełnomocnictwa Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do podpisywania porozumień w zakresie obrony praw pielęgniarek i położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Na podstawie art. 31 pkt.5 i 32, ust. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.) oraz uchwały Nr 3/VI/11 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 25 października 2011r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do działania w imieniu Okręgowej Rady uchwała się, co następuje

§ 1

1. Udziela się pełnomocnictwa Pani Elżbiecie Celmer vel Domańskiej – Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do podpisywania porozumień w zakresie obrony praw pielęgniarek i położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
2. Zobowiązuje się Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej do przedstawiania Radzie informacji o prowadzonych pracach i podejmowanych inicjatywach w sprawie problemów zawodowych pielęgniarek i położnych.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Danuta Pawlik

Przewodnicząca
Elżbieta Celmer vel Domańska



Porozumienie o współpracy

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie,

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej,

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Chełmie,

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

**z Zarządem Regionu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Regionu Lubelskiego
w sprawie działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych**

zawarte dnia 24 listopada 2014r., w Lublinie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych Regionu Lubelskiego reprezentowanym przez Marię Olszak-Winiarską zwaną w dalszym ciągu „Związkiem”

a

Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Lublinie w imieniu i na rzecz której działa Andrzej Tytuła zwany w dalszym ciągu „ORPiP”

Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w imieniu i na rzecz której działa Elżbieta Celmer vel Domańska zwana w dalszym ciągu „ORPiP”

Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Chełmie w imieniu i na rzecz której działa Wiesława Szaniawska zwana w dalszym ciągu „ORPiP”

Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Zamościu w imieniu i na rzecz której działa Danuta Kusiak zwana w dalszym ciągu „ORPiP”

łącznie bądź oddzielnie zwanych w dalszym ciągu: „Stronami.”

Działając na mocy ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych, w trosce o poprawę sytuacji pracowniczej Pielęgniarek i Położnych, jak również kierując się koniecznością powstrzymania deprecjacji zawodu pielęgniarki i położnej, w celu zagwarantowania pielęgniarkom i położnym należytych warunków pracy i płacy, które to warunki w sposób bezpośredni wpłyną na poprawę bezpieczeństwa pacjentów, strony postanowiły zawrzeć niniejsze porozumienie o treści następującej:

§ 1.

Przedmiotem niniejszego porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

§ 2.

W celu realizacji niniejszego porozumienia, Strony zobowiązują się do:

- a) przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjnej na temat oceny zabezpieczenia społeczeństwa województw w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji pracowniczej pielęgniarek i położnych;
- b) organizacji konferencji informującej o wynikach przeprowadzonej oceny z udziałem: podmiotów mających wpływ na organizację systemu ochrony zdrowia na obszarze województwa, organizacji pacjenckich;

c) rozpropagowania informacji na temat konferencji w celu zapewnienia wzięcia w nich udziału możliwie największej ilości osób, ze szczególnym uwzględnieniem osób mających wpływ na kształtowanie systemu ochrony zdrowia;

d) rozpropagowania wyników konferencji oraz materiałów na ich potrzeby wytworzonych w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi największej liczbie osób;

e) podejmowania działań inicjujących postępowania sądowe w sprawach stosowania nierównego traktowania albo mobbingu pielęgniarek lub położnych,

f) informowania organów nadzorczych oraz kontrolnych o stwierdzonych nieprawidłowościach w poszczególnych podmiotach leczniczych na obszarze działania OIPIP,

g) zawiadamiania organów ścigania o stwierdzonych nieprawidłowościach w poszczególnych podmiotach leczniczych na obszarze działania OIPIP w przypadkach, w których nieprawidłowości te wskazywać będą na istnienie uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa,

h) podejmowanie wszelkich innych działań mających na celu integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych, obronę ich godności zawodowej oraz reprezentowanie i ochronę.

§ 3.

Strony przygotowują sprawozdanie z wykonania niniejszego porozumienia, które zostanie wykorzystane do przygotowania debaty w Sejmie nt. Sytuacji zawodowej Pielęgniarek i Położnych .

§ 4.

Każda ze stron zobowiązuje się do współdziałania w celu realizacji niniejszego porozumienia.


§ 5.

Porozumienie niniejsze sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

§ 6.

Zmiany w niniejszym porozumieniu dla swojej ważności wymagają formy pisemnej.

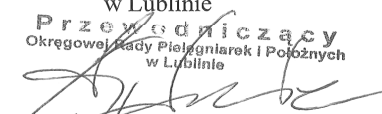
za Związek OZZPiP :

PRZEWODNICZĄCA
Zarząd Regionu Lubelskiego


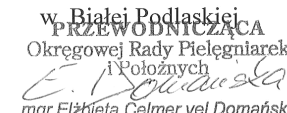
Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
Zarząd Regionu Lubelskiego
21-010 Łęczna, ul. Jaśminowa 4
tel. 22 21-041

za Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych:

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie

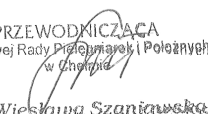
Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie

Andrzej Tytuła

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej
PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych

mgr Elżbieta Celmer vel Domańska

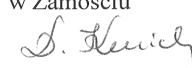
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

w Chełmie

PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Chełmie

mgr Wiesława Szaniawska

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

w Zamościu





KOMUNIKAT

W związku z wejściem w życie w dniu 1 stycznia 2012 r. nowej ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039 ze zm.) uprzejmie przypominamy, że zgodnie z jej art. 97 ust. 1 osoby, które przed dniem wejścia w życie tej ustawy **ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca** w zawodzie pielęgniarstwa albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcąca w zawodzie położnictwa, które nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu przed dniem 1 stycznia 2012 r., **mogą je uzyskać, jeżeli w terminie do 1 stycznia 2015 r. złożą stosowny wniosek.**

Równocześnie pragniemy zaznaczyć, iż stosownie do brzmienia art. 97 ust. 2 powyższej ustawy po dniu 1 stycznia 2015 r. prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa, jak również ustaje prawo do złożenia wniosku o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu.

Komunikat niniejszy jest także adresowany do osób, które posiadają prawo wykonywania zawodu wydane w oparciu o poprzednio obowiązujące przepisy i legitymują się dokumentem "zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu", którego nie wymieniły po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 1999 roku w sprawie wzoru zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnictwa i wzoru zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnictwa, (Dz. U. Nr 97, poz. 1137). Wyżej wskazane rozporządzenie zostało bowiem zastąpione nowym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2013 roku w sprawie wzorów dokumentów o prawie wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnictwa (Dz. U. z 2013 r., poz. 222).

Osoby, które dotychczas nie złożyły wniosków w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu lub posiadają zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu niespełniające wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 1999 roku w sprawie wzoru zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnictwa i wzoru zaświadczenia o ograniczonym prawie wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnictwa, powinny zgłosić się do właściwej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na terenie której zamierzają wykonywać zawód.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opiniowała projekt ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje wykreślić w całości w projektowanej ustawie przepis art. 11 ust. 2, w którym ratownik medyczny będzie mógł wykonywać zadania zawodowe w podmiotach leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. W uzasadnieniu NRPiP wskazała, iż ratownik medyczny jest przygotowywany w procesie kształcenia do realizacji świadczeń zdrowotnych w systemie ratownictwa medycznego. Zatrudnienie ratowników medycznych poza jednostkami Systemu Ratownictwa Medycznego w oddziałach szpitalnych innych niż szpitalny oddział ratunkowy jest sprzeczne z zakresem kompetencji zawodowych ratownika medycznego i obowiązującą strukturą organizacyjną systemu PRM. Ratownicy medyczni powinni przede wszystkim udzielać świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz podejmować medyczne

czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych w ramach zespołów ratownictwa medycznego.

Należy pamiętać, że zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz. U. 2013 r. poz. 757) jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

W projekcie ustawy w art. 36 zostały zmienione definicje zespołu specjalistycznego i podstawowego, w których nie wskazuje się wprost w składzie tych zespołów pielęgniarstwa systemu i ratownika medycznego. Dlatego NRPiP zaproponowała nowe brzmienie artykułu 36 w ust. 1 pkt 1 i 2 oraz pozostawienie ustępu 3 w dotychczasowym brzmieniu:

„1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania me-

dycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu i ratownik medyczny;

2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu i ratownik medyczny.”

W projekcie został wskazany kuriozalny zapis art. 6, o dodaniu art. 6a do ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), w brzmieniu:

„Art. 6a. Pielęgniarka, o której mowa w art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, 1245 i 1635), udziela świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 4 tej ustawy”;

Powyższy zapis odnosi się do art. 11 ust. 4 projektu nowelizowanej ustawy, który stanowi delegację dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza. **Pielęgniarki systemu nie mogą udzielać świadczeń zdrowotnych określonych**

w przepisach wydawanych dla ratownika medycznego, jest to bowiem niezgodne z zasadami legislacji. Delegacja w art. 11 ust. 4 projektu ustawy dotyczy tylko świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ratownika medycznego.

W § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2007r., poz. 210, Nr 1540) **określone są medyczne czynności ratunkowe, do wykonywania których są uprawnione pielęgniarki systemu samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.** Powyższe rozporządzenia zostało wydane na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.), którego zapis został utrzymany w aktualnej ustawie z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.).

W związku z powyższym NRPiP wniosła o wykreśleniu przepisu, w którym dodaje się art. 6a do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Jolanta Kubajka-Piotrowska
Dział merytoryczny w biurze NPiP

Informacja na temat uchwały Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 czerwca 2014 roku w sprawie zasad wykonywania obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne

Zapisy dotyczące obowiązku stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawa do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego zostały zapisane już w 1996 roku - zgodnie z art. 10b ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2009r., Nr 151, poz. 1217 ze zm.). Zapisy te zostały utrzymane w kolejnej ustawie z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) w art. 61 ust. 1. W tych ustawach zostały także ustalone rodzaje kształcenia podyplomowego, po ukończeniu których pielęgniarka otrzymuje określone uprawnienia do wykonywania czynności zawodowych. Są to: szkolenie specjalistyczne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne oraz kursy doszkalające.

Uchwała nr 195/VI/2014 w sprawie zasad wykonywania obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne, która została podjęta na posiedzeniu w dniu 5 czerwca 2014 roku przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, jest wykonaniem delegacji ustawowej zawartej w art. 22 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i po-

łożnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.). Zgodnie z §3 wskazana uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uchwała określa, iż pielęgniarka, położna może aktualizować wiedzę i umiejętności zawodowe w następujących rodzajach kształcenia podyplomowego: szkoleniu specjalistycznym, kursie kwalifikacyjnym, kursie specjalistycznym, kursie doszkalającym oraz w ramach samokształcenia. Wskazuje także dodatkowe sposoby realizacji powyższego obowiązku, poprzez m.in. udział w konferencjach, szkoleniach wewnątrzzakładowych, publikowanie prac w czasopiśmie naukowych i książkach, udział w radzie naukowej/programowej czasopisma naukowego lub popularnonaukowego oraz uzyskanie tytułu naukowego, stopnia naukowego.

Podkreślenia wymaga fakt, iż wskazana uchwała nie określa możliwości uzyskiwania punktów edukacyjnych przez pielęgniarki, położne w określonym czasie rozliczeniowym, dlatego nie należy jej nazywać uchwałą dotyczącą tzw. punktów edukacyjnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie przyjęła żadnej uchwały nakazującej i zobowiązującej pielęgniarki, położne do uzyskiwania punktów edukacyjnych.

Jolanta Kubajka-Piotrowska
Dział merytoryczny w biurze NPiP 11/23 2014

NOTATKA ZE SPOTKANIA PRZEDSTAWICIELI NRPIP ORAZ CENTRALI NFZ W DNIU 6.10.2014

W spotkaniu ze strony Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uczestniczyli:

- Prezes NRPIP - Grażyna Rogala-Pawelczyk,
- Wiceprezes NRPIP - Teresa Kuziara,
- Członkowie Komisji Kontraktowania NRPIP:
- Przewodnicząca Komisji - Maria Matusiak,
- Członek Komisji - Tomasz Krzysztyński
- oraz przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia:
- Prezes NFZ - Tadeusz Jędrzejczyk,
- Zastępca Prezesa ds. Medycznych NFZ - Krzysztof Tuczapski,
- Kierownik Sekcji do Spraw Opieki Długoterminowej - Krystyna Łakomska.

Zagadnienia poruszane na spotkaniu:

1) Kompetencje pielęgniarek w opiece długoterminowej, opiece hospicyjnej oraz poz

Zachodzi konieczność opracowania kompetencji przypisanych do poszczególnych zakresów świadczeń. Pani Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk poinformowała, że NRPIP już rozpoczęła prace w tym zakresie.

2) Opieka długoterminowa: przede wszystkim pielęgniarska opieka długoterminowa.

Po omówieniu poszczególnych kwestii dotyczących tego zagadnienia przedstawiciele NFZ poinformowali, że w zasadach finansowania od stycznia 2015 r. nie będą wprowadzone współczynniki korygujące, które aktualnie

znajdują się w załączniku Nr 1 do zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2013 r. w poz. 7.1.

Sprawozdawczość będzie oparta na wizycie oraz potwierdzeniu jej wykonania podpisem przez pacjenta albo jego opiekuna. Inne sprawozdania nie będą obowiązywały.

Prezes NFZ poinformował, że obecnie trwają konsultacje "wewnętrzne" NFZ, dotyczące wskaźników - skutki finansowe, dlatego Zarządzenie Prezesa NFZ 58/2014 z dnia 4 września 2014 r. obejmuje współczynniki korygujące w przypadku świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie, a nie ma zapisu, że znikną wskaźniki w domowej opiece długoterminowej.

3) Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w lecznictwie stacjonarnym:

NFZ jest zainteresowany przestrzeganiem przez świadczeniodawców norm zatrudnienia dlatego też, podejmie działania w tym zakresie. Zainteresowanie Funduszu dotyczyło także kwestii, czy podmioty lecznicze wystąpiły do okręgowych izb pielęgniarek i położnych o zaopiniowanie przygotowanych przez podmioty lecznicze propozycji norm zatrudnienia i jakie były efekty tych działań.

<http://www.nipip.pl>

Wykaz Uchwał z grudniowego posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Uchwała 240/VI/2014 w sprawie przyjęcia harmonogramu działań samorządu w celu poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych

Uchwała Nr 264/VI/2014 w sprawie zmiany uchwały Nr 210/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2014 r. w sprawie powołania Zespołów do opracowania szczegółowych rozwiązań w odniesieniu do postulatów przyjętych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 270/VI/2014 w sprawie delegowania przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych do rady społecznej podmiotu leczniczego o ogólnopolskim obszarze działania

Uchwała Nr 273/VI/2014 w sprawie określenia kalendarza wyborczego

Uchwała Nr 274/VI/2014 w sprawie ustalenia terminu VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 275/VI/2014 w sprawie ustalenia rocznego planu kontroli poszczególnych rodzajów kształcenia poddyplomowego na rok 2015 prowadzonych przez organizatorów kształcenia wpisanych do rejestru prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 276/VI/2014 w sprawie przyjęcia wykazu priorytetowych dziedzin pielęgniarstwa, które powinny być przedmiotem przetargu na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych ze środków finansowych budżetu państwa na rok 2015

Uchwała Nr 277/VI/2014 w sprawie ustalenia Standardu pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

Uchwała Nr 278/VI/2014 w sprawie uchylenia uchwały nr 217/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie powołania Zespołu Doraźnego ds. Opracowania Licencjonowania Zawodu



MINISTERSTWO ZDROWIA INFORMUJE

Szanowni Państwo!

W związku z wejściem w życie z dniem 11 września 2014 r. ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1136), Ministerstwo Zdrowia przygotowało stanowisko w sprawie nadania nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Pragnę dodatkowo wyjaśnić, że włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) powoduje również to, iż osoby te będą zobowiązane do zastosowania się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Przypominam, że przepis art. 49 ust. 3 ww. ustawy zakazuje podmiotom uczestniczącym w obrocie produktami refundacyjnymi do udzielania i przekazywania korzyści na rzecz świadczeniobiorców (pacjentów) oraz osoby uprawnione (tzn. osoby posiadające stosowne uprawnienia zawodowe, np. lekarze, pielęgniarki).

Z poważaniem
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1136), która weszła w życie z dniem 11 września 2014 r. nadała nowe uprawnienia pielęgniarkom i położnym ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarkom oraz położnym wykonującym zawody poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowym przepisem art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarki i położne posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą miały prawo samodzielne:

1. ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

2. ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,

- jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środków odurzających i substancji psychotropowych, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*).

Ponadto, pielęgniarki i położne, posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, będą miały prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ry-

zyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa*).

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ww. ustawy, nie będzie dotyczył pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa i w szkołach położnictwa lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego zdobędą wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa*).

Ponadto, pielęgniarki i położne przed wykonaniem czynności zawodowych określonych w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa* będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniarki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji. Ponadto informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Jednocześnie, na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 15a ust. 8 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa*, Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi w drodze rozporządzenia:

1. wykaz:
 1. substancji czynnych zawartych w lekach,
 2. środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
 3. wyrobów medycznych,
 2. wykaz badań diagnostycznych,
 3. sposób i tryb wystawiania recepty,
 4. wzór recepty,
 5. sposób zaopatrywania w druki recepty i sposób ich przechowywania,
 6. sposób realizacji recepty, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

- biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4. oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

W konsekwencji zmian dokonanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa* ustawodawca wprowadził nowe regulacje w zakresie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych. Zgodnie z art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) do osób uprawnionych zostały włączone pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarki i położne wykonujące zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zawierał umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Poszerzenie kręgu osób uprawnionych o pielęgniarki i położne jest wynikiem przyznania pielęgniarkom i położnym uprawnień do ordynowania leków i wyrobów medycznych, jak wynika to z nowego przepisu art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa*.

Ponadto, włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* powoduje również, że osoby te będą musiały zastosować się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Należy jednak pamiętać, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z uprawnień dotyczących wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawania zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na badania diagnostyczne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r., ponieważ w okresie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa oraz niektórych innych ustaw*, tj. od dnia 11 września 2014 r. do dnia 1 stycznia 2016 r. powinny zostać przeprowadzone odpowiednie kursy specjalistyczne, przygotowujące pielęgniarki i położne do korzystania z nowych uprawnień.

-/ / Z upoważnienia **MINISTRA ZDROWIA**
PODSEKRETARZ STANU
Aleksander Sopiński



Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA

Szanowni Państwo

Mam przyjemność poinformować, że decyzją Naczelnej Rady od października 2014 r. uzyskacie Państwo bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług

i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będziecie Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Procedura nadania kodu PIN:

1. Członek samorządu składa wniosek do OIPiP w Białej Podlaskiej - **dostępny na stronie www.oipip-bp.pl**

2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu www.ibuk.pl.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP
w Białej Podlaskiej

KOMUNIKAT INDYWIDUALNE PRAKTYKI PIELEŃNIAREK

Przypominamy wszystkim pielęgniarkom/pielęgniarzom wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w formie Pielęgniarskiej Praktyki Zawodowej o **obowiązku dostarczania aktualnej polisy Umowy Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej** wraz z wnioskiem o zmianę wpisu w rejestrze. Wniosek, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Informujemy, że zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319 z późn. zm.) od 1 kwietnia 2013r. wnioski o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru i wykreślenie z rejestru mogą być składane wyłącznie w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450 z późn. zm.) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.). Przypominamy, iż obie metody podpisywania i wysyłania wniosków w postaci elektronicznej są udostępnione użytkownikom Aplikacji dla Podmiotów Lecznicznych oraz Aplikacji dla Praktyk Zawodowych.

Informujemy, że Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą znajduje się obecnie pod następującym adresem strony internetowej: www.rpwdl.csioz.gov.pl.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP
w Białej Podlaskiej



DZIAŁ PRAWNY

Zmiany w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), daje pielęgniarce, położnej możliwości między innymi na samodzielne ordynowanie niektórych leków, określonych wyrobów medycznych, w tym również wystawiać na nie recepty.

Uprawnienia takie otrzymała pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, a także pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa.

Ponadto pielęgniarki i położne posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji zyskały prawo do wystawiania recept na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuowania leczenia pacjenta.

Oprócz uprawnień dotyczących samodzielnej ordynacji i w ramach realizacji zleceń lekarskich niektórych leków, pielęgniarce i położne również otrzymały prawo do wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne, w tym badań diagnostyki laboratoryjnej, za wyjątkiem tych badań, które stwarzają podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Pielęgniarki i położne zgodnie z nową ustawą będą mogły wykonywać te zadania po uprzednim wykonaniu badania fizykalnego. Warunkiem skorzystania z powyższych uprawnień jest ukończenie kursu specjalistycznego „Badanie Fizykalne”, jak również ukończenia kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków.

Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz skierowania na określone badania diagnostyczne pielęgniarce i położne będą mogły wystawiać nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Sporządziła
Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

USTAWA

z dnia 22 lipca 2014 r.

o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz niektórych innych ustaw

Art. 1.

W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) po art. 15 dodaje się art. 15a i art. 15b w brzmieniu:

„Art. 15a. 1. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarce i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:

1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,

2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty

– jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarce i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, obejmują również wystawianie recept osobom, o których mowa w art. 43–46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

4. W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, pielęgniarka i położna są obowiązane do odnotowania na receptce, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.

5. Pielęgniarka i położna wystawiając receptę są obowiązane do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji, o której mowa w art. 44 ust. 2 zdanie drugie ustawy o refundacji.

6. Pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

7. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstkich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

1) wykaz:

a) substancji czynnych zawartych w lekach, o których mowa w ust. 1,

b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ust. 1,

c) wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1,

2) wykaz badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 6,

3) sposób i tryb wystawiania recept, o których mowa w ust. 1 i 2,

4) wzór recepty, o której mowa w ust. 1 i 2,

5) sposób zaopatrywania w druki recept, o których mowa w ust. 1 i 2, i sposób ich przechowywania,

6) sposób realizacji recept, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji

– biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność z pew-

nienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

Art. 15b. 1. Pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe, o których mowa w art. 15a ust. 1, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.

2. Pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1, mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

5. Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.”

Art. 2.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.”;

2) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zabezpieczenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.”;

3) w art. 44 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

4) w art. 45 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.”;

5) w art. 46 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

6) w art. 188 w ust. 4 pkt 19 i 20 otrzymują brzmienie:

„19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19;”.

Art. 3.

W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 14 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d i e w brzmieniu:

„d) pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.),

e) pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z którymi Fundusz zawarł:

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub

– umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa;”;

2) w art. 48:

a) w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowa upoważniająca osoby, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. b, c oraz e, do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony.”;

b) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, pielęgniarkę lub położną.”.

Art. 4.

Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art. 15a ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

Art. 5.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MARSZAŁEK SEJMU

/ – / Ewa Kopacz

CZY PIEŁĘGNIARKA ŚRODOWISKOWO-RODZINNA MOŻE NA ZLECENIE LEKARZA PODAĆ W WARUNKACH DOMOWYCH DOŻYLNIE PYRALGINĘ I ŻELAZO?

Pielegniarka podstawowej opieki zdrowotnej, zwana też pielęgniarką środowiskowo-rodzinną, powinna wykonywać zabiegi w postaci iniekcji dożylnych w domu pacjenta wyłącznie na pisemne zlecenie lekarskie, zawarte w dokumentacji medycznej. Zlecenie lekarskie powinno określać nazwę leku, dawki, sposób i czasookres podawania, również informację, o tym, że zabieg należy wykonać w warunkach domowych, bez obecności lekarza. Pielęgniarka może podać w warunkach domowych, pyralginę i żelazo dożylnie, na zlecenie lekarza, które zawiera opisane powyżej szczegóły w dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:

Załącznik 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) - dalej r.z.p.o.z., „Zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej”, w części I nakłada na pielęgniarkę i położną obowiązek planowania i realizacji kompleksowej opieki pielęgniarskiej i pielęgnacyjnej, opieki położniczo-neonatologiczno-ginekologicznej nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, w zakresie:

- 1) promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
- 2) świadczeń pielęgnacyjnych;
- 3) świadczeń diagnostycznych;
- 4) świadczeń leczniczych;
- 5) świadczeń rehabilitacyjnych.

Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarka POZ) zostały określone w dziale A części II załącznika nr 2 do r.z.p.o.z. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ współpracuje z lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze (ust. 2 pkt 1 części II działu A załącznika nr 2 do r.z.p.o.z.), z innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych (ust. 2 pkt 5 części II działu A załącznika nr 2 do r.z.p.o.z.). Ustęp 6 pkt 2 części II działu A załącznika nr 2 do r.z.p.o.z. przewiduje, iż świadczenia lecznicze, zgodnie z odrębnymi przepisami, obejmują podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych. Powyższy obowiązek, co należy podkreślić, dotyczy wszystkich pacjentów objętych opieką przez pielęgniarkę POZ.

W tym miejscu należy powołać się na opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, który wyraził pogląd, że: „wykonywanie iniekcji (domięśniowych, dożylnych) leku, który może spowodować wystąpienie gwałtownych reakcji uczuleniowych, czy innego rodzaju zaburzeń niekorzystnych dla stanu zdrowia pa-

cjenta (np. penicylina, preparaty żelaza) wykonywane jest tylko w warunkach ambulatoryjnych, z pełnym zabezpieczeniem w zestaw ratujący życie i w obecności lekarza. Również przy wykonywaniu świadczeń leczniczych w domu pacjenta, pielęgniarka zobowiązana jest do spełnienia wymaganych standardów, tzn. posiadania zestawu przeciwwstrząsowego i możliwości nawiązania kontaktu telefonicznego”.

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dopuszcza jednak możliwość podawania dożylnie w warunkach domowych pyralginę i preparatów żelaza itp., jednakże pod pewnymi warunkami, dotyczącymi wyposażenia pielęgniarki w zestaw przeciwwstrząsowy. Wyposażenie pielęgniarki POZ zawiera załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. Nr 18, poz. 94).

Ponadto Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego zaleca, aby pielęgniarki środowiskowe/rodzinne dążyły do uzupełnienia swoich kwalifikacji w postaci ukończenia kursu specjalistycznego w zakresie prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Artykuł 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1139 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p., stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.).

W szczególnych sytuacjach warto również pamiętać też o treści art. 12 ust. 2 u.z.p.p., w myśl którego pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, określone w art. 12 ust. 1 u.z.p.p., dotyczące obowiązku udzielenia świadczenia przez pielęgniarkę w sytuacji, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Naczelną zasadą wykonywania zawodu pielęgniarki jest dbałość o zdrowie i dobro pacjenta, co zostało wyrażone w art. 11 ust. 1 u.z.p.p., zgodnie z którym pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

Iwona Choromańska,

autorka współpracuje z Serwisem Prawo i Zdrowie 8 października 2014 r.



KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

Konferencja Naukowo – Szkoleniowa Pielęgniarek Epidemiologicznych Ziemi Lubelskiej

W dniach 12 – 13.09.2014r. w Hotelu Korona w Zemborzycach Tereszyńskich k/ Lublina odbyła się XXIII konferencja naukowo – szkoleniowa Pielęgniarek Epidemiologicznych Ziemi Lubelskiej. Organizatorami konferencji byli Komisja ds. Epidemiologii działająca przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Lublinie oraz Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa lubelskiego.

Konferencja poświęcona w całości podstawowym zagadnieniom teoretycznym i praktycznym prowadzenia nadzoru: „RÓŻNE OBLICZA NADZORU EPIDEMIOLOGICZNEGO”.

Konferencję uświetnili swoją obecnością zaproszeni goście: Pan Andrzej Tytuła – przewodniczący OIPiP w Lublinie, Pani Danuta Kusiak – przewodnicząca OIPiP w Zamościu, Pani Elżbieta Celmer vel Domańska – przewodnicząca OIPiP w Białej Podlaskiej, Pani Marta Sak – przedstawiciel WSSE w Lublinie, którym jeszcze raz serdecznie dziękujemy za przybycie.

Za życzliwość, wsparcie i pomoc w organizacji konferencji dziękujemy sponsorom: Aesculap Chifa, Ecolab, Henry – Kruse, Medilab.

W konferencji uczestniczyło łącznie 57 osób, w tym 41 pielęgniarek / położnych epidemiologicznych zatrudnionych w placówkach działalności medycznej na terenie woj. lubelskiego.

Prowadzenie nadzoru epidemiologicznego jest chyba najtrudniejszym aspektem naszej pracy. Podstawową jednostką w szpitalu sprawującą nadzór w obszarze zapobiegania zakażeniom jest Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Zgodnie z art. 15.1 ustawy z 5 grudnia 2008 roku, do zadań Zespołu należy między innymi prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych.

Prawne podstawy nadzoru, jego dokumentacja oraz część procesów nadzorowanych przez Zespoły zostały omówione w trakcie trzech sesji tematycznych. Wykładowcami byli członkowie Komisji ds. Epidemiologii działającej przy OIPiP w Lublinie oraz przedstawiciele firm wspierających, którzy zaprezentowali nam swoje produkty i rozwiązania programowe, związane z nadzorem epidemiologicznym.

Tematyka wykładów przedstawiała się następująco:

- Prawne podstawy nadzoru nad zakażeniami
- „EnCompass” – zaawansowany program monitorowania higieny środowiska szpitalnego
- „Akcja Bezpieczne Narzędzia” – Nowości Ecolab 2014
- Dokumentacja nadzoru epidemiologicznego

- Czytanie ze zrozumieniem – co wynika z karty charakterystyki substancji niebezpiecznej (SDS) Nowości Medilab
- Nadzór epidemiologiczny nad pracownią endoskopową – znaczenie biofilmu
- Skuteczne rozwiązania w zakresie prewencji zakażeń szpitalnych z wykorzystaniem systemów: SWEP, NanoTech Micro. Redukcja kosztów sprzątanania w programie Origo oraz Ultraspeed
- Higiena rąk na najwyższym poziomie - prezentacja ekonomicznych systemów dozowania
- Nadzór epidemiologiczny w POZ
- Leczenie ran – skuteczne i bezpieczne
- Leczenie ran oparzeniowych i organizacja pracy oddziału WCLO
- Nadzór epidemiologiczny w SOR – zespół wyjazdowy jako szczególne wyzwanie dla pielęgniarki epidemiologicznej.

W trakcie wykładów organizatorzy zapewniali przerwy kawowe.

Koleżanki, będące autorkami kilku z wymienionych prezentacji przygotowują w najbliższym czasie szczegółowe opracowania tematyczne, które Komisja ds. Epidemiologii będzie sukcesywnie publikowała w biuletynie „Nasz Głos”.

Każde sympozjum szkoleniowe jest okazją do kolejnego spotkania pielęgniarek epidemiologicznych, poznania się, wsparcia, podzielenia się informacjami i nowościami ze zjazdów i konferencji ogólnopolskich. Pielęgniarka epidemiologiczna, która co dzień realizuje szereg obowiązków w Zespole, szeroko pojętej epidemiologii szpitalnej, zwykle zdana jest na samodzielne podejmowanie tych wyzwań. Niewielka tylko grupa szpitali posiada bardzo rozbudowane Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych, z kilkoma etatami pielęgniarek epidemiologicznych. Reasumując, spotkanie to było dla nas cennym doświadczeniem, przyczyniło się zarówno do pogłębienia wiedzy z zakresu nadzoru epidemiologicznego, jak również stało się miejscem wymiany doświadczeń koleżanek i kolegów z wielu placówek medycznych.

Na zakończenie pragnę zaprosić do współpracy z Komisją ds. Epidemiologii działającą przy OIPiP w Lublinie wszystkie pielęgniarki epidemiologiczne zatrudnione na terenie działania Izby.

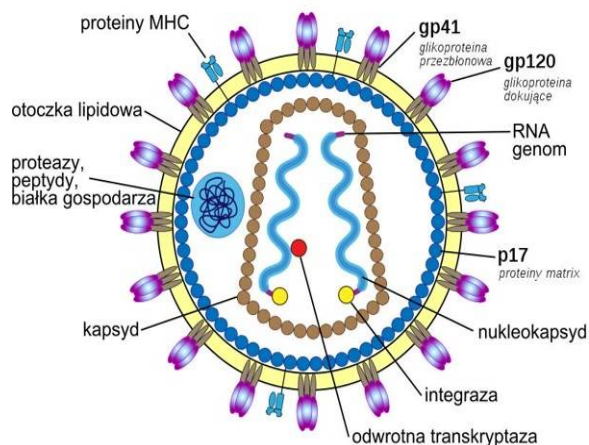
Mgr Anna Bernaszuk, Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, Kierownik Działu Nadzoru Sanitarno – Epidemiologicznego SPSK – 4 w Lublinie. Przewodnicząca Komisji ds. Epidemiologii działającej przy OIPiP w Lublinie.



SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI HIV/AIDS DLA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

8-11 września 2014r.

Co wiemy o HIV 30 lat po odkryciu?



Ryc.1. Schemat budowy HIV

W dniach 8-11 września 2014r. odbyło się szkolenie z zakresu profilaktyki HIV/AIDS dla pracowników medycznych zorganizowane przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej "Res Humanae" w Konstancinie –Jeziorna.

Wykładowcami byli profesjonalści, doskonale znający zagadnienia zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i dysponujący dużym doświadczeniem w bezpośredniej pracy z osobami żyjącymi z HIV/AIDS oraz z osobami uzależnionymi.

W szkoleniu uczestniczyły: Elżbieta Celmer vel Domańska i Danuta Pawlik.

Przedstawiamy Państwu wybrane zagadnienia dotyczące HIV/AIDS.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA HIV/AIDS

Na AIDS od początku odkrycia tej choroby we wczesnych latach 80. ubiegłego wieku zmarło już ponad 35 milionów ludzi na całym świecie.

Na początku lat 90. wirus HIV budził ogromne emocje. Ludzie obawiali się go, ponieważ niewiele o nim wiedzieli. Stygmatyzowano nosicieli, nie podawano im ręki i wyrzucano z pracy. Osoby, które mieszkały w pobliżu MONAR-u, domagały się zamknięcia ośrodka. Wiele z nich obawiało się, że komar, który ugryzł narkomana, może je zarazić.

W rzeczywistości kontakt z nosicielem wirusa HIV nie niesie ze sobą zagrożenia pod warunkiem, że przestrzegamy kilku prostych zasad.

W naszym kraju, statystycznie każdego dnia 2 osoby dowiadują się o fakcie zakażenia HIV. Są to zazwyczaj zakażenia, których można uniknąć, stosując odpowiednią profilaktykę. Co czwarta zakażona HIV osoba w Polsce to kobieta. Na świecie natomiast kobiety stanowią już ponad połowę osób żyjących z HIV i odsetek ten rośnie.

W pierwszych latach epidemii w Polsce główną drogą rozprzestrzeniania się zakażeń HIV stanowiło stosowanie dożylnych środków odurzających oraz kontakty homoseksualne pomiędzy mężczyznami. Od roku 2001 obserwuje się odwrócenie pewnych trendów epidemii. Zakażeniu ulega coraz więcej osób o orientacji heteroseksualnej, bez narkomanii dożylniej w wywiadach. Osoby te zakażają się poprzez ryzykowne kontakty seksualne, często połączone ze stosowaniem środków psychoaktywnych. Z informacji zebranych w punktach konsultacyjno-

diagnostycznych (PKD) wynika również, że obecnie niepokojąco rośnie także liczba zakażeń w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami.

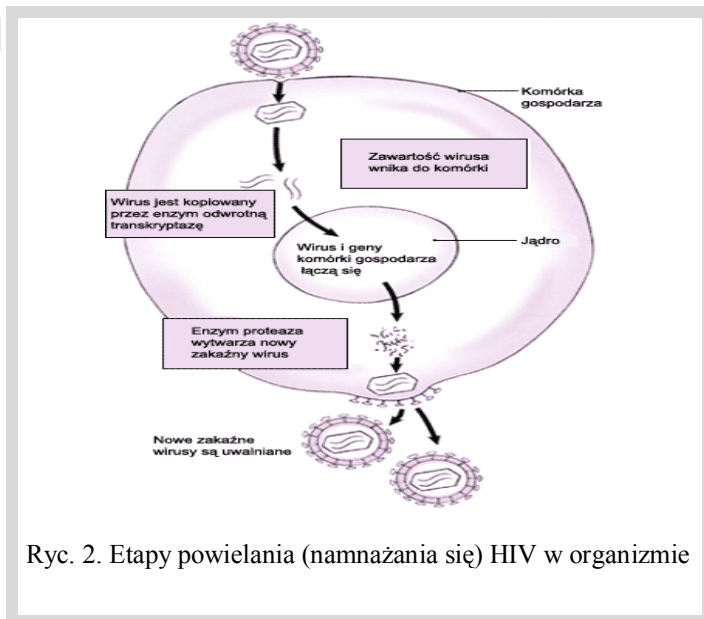
Wspólną cechą epidemii na całym świecie jest fakt, że HIV dotyka głównie osób młodych. Prawie 40% osób żyjących z HIV na świecie jest między 15. a 24. rokiem życia. W Polsce jest podobnie: 7% wszystkich zakażeń wykryto u osób poniżej 20. roku życia, zaś 46% wszystkich zakażeń HIV dotknęło osoby między 20. a 29. rokiem życia. Dominującą grupę (84%) wśród zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20-49 lat).

Niepokojące jest również zjawisko zakażenia się przez osoby bardzo młode i młode. Niezbędne jest zatem wzmocnienie działań skierowanych do populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia.

Przedstawione powyżej dane epidemiologiczne wskazują na relatywnie stabilną sytuację epidemiologiczną HIV/AIDS w Polsce. Jednak biorąc pod uwagę szybko wzrastającą liczbę zakażeń HIV w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, istnieje potencjalne ryzyko gwałtownego rozprzestrzeniania się epidemii w regionie, co może mieć bezpośrednie przełożenie także na sytuację w Polsce. Podawana oficjalnie liczba 17 tys. zakażonych w Polsce (od początku epidemii) jest na pewno mocno zaniżona. Szacunkowa liczba osób żyjących z HIV i AIDS w Polsce to 25-35 000 osób (źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny).

HIV, CD4

HIV (ang. human immunodeficiency virus) czyli ludzki wirus upośledzenia odporności, jest zaliczany do retrowirusów. Oznacza to, iż jego materiał genetyczny składa się z kwasu rybonukleinowego, który za sprawą enzymu, odwrotnej transkryptazy, jest „przepisywany” na DNA (Ryc. 2). Ten proces odgrywa niezwykle istotną rolę. Kwas RNA nie mógłby się zintegrować z genomem gospodarza. W związku z tym, iż odwrotna transkryptaza pozwala „przepisać” kwas rybonukleinowy na DNA, przekształcona cząstka „wbudowuje” się do naszego materiału genetycznego. HIV zakaża komórki układu immunologicznego, przede wszystkim limfocyty CD4 i używa ich do produkowania swoich kopii zakażających kolejne komórki. Po latach trwania zakażenia doprowadza do zniszczenia układu odporności (immunologicznego), który przestaje być zdolny do obrony organizmu przed zakażeniami.



Ryc. 2. Etapy powielania (namnażania się) HIV w organizmie

Komórki T są krwinkami białymi, wśród których występują komórki CD4 i CD8:

- komórki CD4, nazywane są komórkami pomocniczymi (ang. *helper cells*), gdyż pomagają w odpowiedzi immunologicznej przez wysyłanie sygnałów do komórek CD8,
- komórki CD8, nazywane zabójcami (ang. *killer cells*), gdyż rozpoznają i zabijają komórki zakażone wirusami.

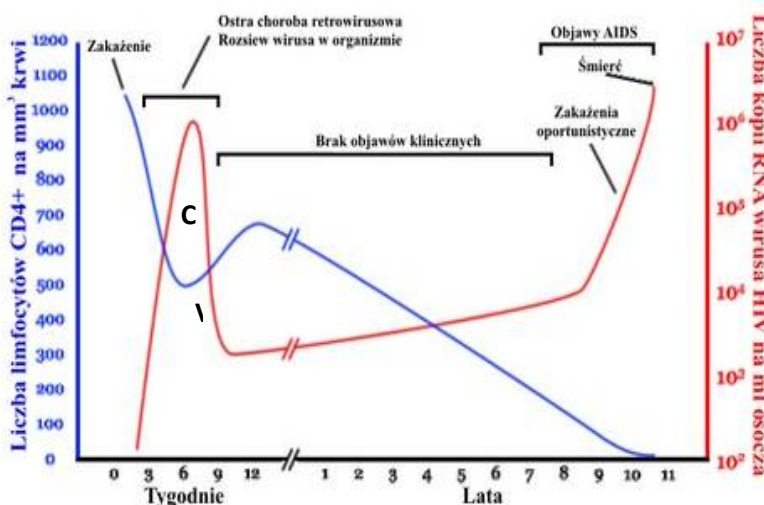
Stosunek liczby komórek CD4 do komórek CD8 u ludzi zdrowych wynosi on 1,0. Liczba komórek CD4 może się różnić u różnych osób. Ich liczba mierzona jest z mililitrze (*ml*) lub milimetrze sześciennym (*mm³*) krwi obwodowej, u osób niezakażonych HIV waha się zwykle między 500 a 1500/*mm³* (norma zależy od laboratorium, w którym wykonywane są badania).

Wiele czynników, w tym stres, infekcja, faza cyklu menstruacyjnego u kobiet, duży wysiłek czy nawet pora dnia lub roku i związany z nią nastrój mają wpływ na wynik badania. Również aparaty, którymi bada się komórki

CD4, mogą wskazywać nieco odmienne wyniki. Dlatego oznaczenia liczby komórek CD4 należy wykonywać w tym samym laboratorium i najlepiej o tej samej porze, by wyniki mogły być ze sobą porównywalne. Nie powinno się wykonywać oznaczeń w czasie przechodzenia jakichkolwiek infekcji, jak przeziębienie czy półpasiec.

Limfocyty CD4 odgrywają ważną rolę w zwalczaniu zakażeń wirusami, ale HIV atakuje przede wszystkim te właśnie komórki. Zakażenie tym wirusem powoduje, że organizm produkuje codziennie miliony komórek CD4, codziennie też miliony tych komórek są niszczone. Podczas nieleczzonego zakażenia więcej z nich ulega zniszczeniu, niż jest produkowanych.

Krótko po zakażeniu HIV liczba komórek CD4 zwykle się obniża, czasem bardzo znacznie. Kiedy układ immunologiczny zaczyna reagować na zakażenie liczba ich ponownie wzrasta, choć nigdy nie do takich samych wartości, jak przed zakażeniem (Ryc. 3).



Ryc.3. Przebieg zakażenia HIV

U większości osób zakażonych HIV liczba komórek CD4 obniża się w ciągu kilku lat. Kiedy liczba komórek

CD4 będzie mniejsza od $200/\text{mm}^3$, ryzyko wystąpienia chorób definiujących AIDS zwiększa się znacznie. Znaczący spadek (lub wzrost) liczby komórek CD4 to zmiana ich liczby o 30% w porównaniu z wartością wyjściową. Jedno oznaczenie liczby komórek CD4 nie informuje o postępie zakażenia HIV. Przy ocenie tendencji - wzrastania lub obniżania się liczby komórek CD4 - należy wziąć pod uwagę kilka ostatnich wyników.

HIV to wirus wyjątkowo dynamiczny i niezwykle różnicowany. Dotychczas poznano dwa typy wiru-

sa: HIV-1 i HIV-2 oraz zidentyfikowano ponad 60 różnych szczepów HIV-1. Zwykle w danym regionie dominuje jeden lub dwa szczepy. Jeśli ktoś zostanie zarażony dwoma, może dojść do ich połączenia i rekombinacji. W zależności od drogi zakażenia, infekcje różnią się nasileniem. HIV przyłącza się do komórek, które posiadają na swojej powierzchni antygeny CD4, czyli do makrofagów, limfocytów T pomocniczych i komórek mikrogleju. Jeśli zakażenie nastąpi podczas stosunku płciowego, jako pierwsze wirus atakuje makrofagi. Jeśli HIV wniknie do organizmu przez krew, przyłącza się do limfocytów T pomocniczych, a infekcja przyjmuje ostrzejszy przebieg.

PRZEBIEG ZAKAŻENIA HIV BEZ LECZENIA ANTYRETROWIRUSOWEGO

Okolo dwóch tygodni od zakażenia mogą, ale nie zawsze się pojawiają, pierwsze objawy choroby. Najczęściej objawy te przypominają przeziębienie, grypę, zapalenie gardła, więc łatwo je przeoczyć lub zlekceważyć. Nawet jeśli nasilenie dolegliwości jest tak duże, że wymaga pomocy lekarza, rozpoznanie zakażenia HIV jest bardzo trudne, gdyż w tym czasie nie ma jeszcze przeciwciał anti-HIV w organizmie osoby zakażonej.

Okres ten to ostra (pierwotna) choroba (infekcja) renowirusowa. W tym czasie liczba komórek CD4 obniża się znacznie, a ilość wirusa krążącego w organizmie gwałtownie wzrasta. Gdy organizm zaczyna produkować przeciwciała anti-HIV, próbując zwalczać zakażenie, liczba limfocytów CD4 wzrasta, ale zwykle nie do takich wartości, jak przez zakażeniem, natomiast ilość wirusa w organizmie ulega zmniejszeniu.

Objawy ostrej (pierwotnej) infekcji renowirusowej ustępują same, po około 2 tygodniach, niezależnie od tego, czy podejmowano próby ich leczenia.

Po fazie ostrej choroby renowirusowej następuje wieloletni okres zakażenia bez objawów klinicznych.

Jest to okres bezobjawowego zakażenia, który może trwać kilka lat, średnio około 8 - 10. Mimo że zakażony HIV pacjent czuje się zupełnie zdrowy, przez wszystkie te lata liczba komórek CD4 obniża się, z różną szybkością u różnych osób. Jeśli we właściwym czasie nie zastosuje się leczenia antyretrowirusowego, może obniżyć się tak bardzo, że organizm nie będzie już w stanie bronić się przed niektórymi chorobami - tak zwanymi infekcjami oportunistycznymi, które nie zagrażają osobom ze sprawnym układem immunologicznym, a także niektórymi nowotworami.

Po latach trwania zakażenia HIV pojawiają się objawy kliniczne. Dawniej ten etap nazywany był pre-AIDS, obecnie mówi się o fazie klinicznej B zakażenia HIV. W tym czasie zaczynają się pojawiać objawy związane z HIV, takie jak przewlekłe, utrzymujące się ponad miesiąc biegunki lub gorączka, której przyczyny nie udaje się ustalić, a także szybki - nieplanowany - spadek wagi ciała.

W końcu dochodzi do pojawienia się chorób wskaźnikowych AIDS, do których należą choroby z listy C, opr-

cowanej przez Ośrodki Kontroli Chorób (ang. Centers for Disease Control) w Atlancie (USA). Występowanie tych chorób wiąże się z obniżaniem liczby komórek CD4.

Do chorób wskaźnikowych AIDS występujących dość często w Polsce należą między innymi:

- gruźlica (lub zakażenie innymi prątkami);
- pneumocystozowe zapalenie płuc (PCP); zapalenie płuc wywołane *Pneumocystis jirovecii* (dawniej - *carinii*);
- posocznica salmonellozowa;
- nawracające, bakteryjne zapalenia płuc;
- kandydoza przełyku, oskrzeli, płuc;
- toksoplazmoza mózgu;
- zakażenie wirusem cytomegalii;
- mięsak Kaposiego;
- rak szyjki macicy u kobiet.

Dopiero rozpoznanie jednej z chorób wskaźnikowych jest sygnałem, że nastąpiło przejście zakażenia HIV w stadium AIDS, czyli doszło do nabytego zespołu niedoboru immunologicznego (nabytego zespołu upośledzenia odporności).

AIDS trwa średnio około 2 lat i charakteryzuje się coraz cięższymi chorobami, często wieloma występującymi równocześnie, prowadzącymi do śmierci.

W dobie istniejącego obecnie, skojarzonego leczenia antyretrowirusowego przebieg zakażenia HIV różni się od naturalnego przebiegu zakażenia. Rozpoczęcie leczenia nawet w tym późnym stadium zakażenia ma szansę zatrzymać zmiany wywołane przez HIV, obniżyć poziom wirerii, dzięki czemu wzrośnie liczba komórek CD4.

Jednak lepiej zaczynać leczenie wcześniej, w bezobjawowym stadium zakażenia, przed obniżeniem się liczby komórek CD4 poniżej $200/\text{mm}^3$ i pojawieniem się chorób wskaźnikowych AIDS. Łatwiej jest dokonać wówczas wyboru leków, leczenie jest bardziej skuteczne, rzadziej pojawiają się objawy niepożądane.

W obserwacjach prowadzonych przez wiele lat wykazano, iż gorzej odpowiadają na leczenie osoby, które w momencie rozpoczęcia terapii antyretrowirusowej mają:

- liczbę komórek CD4 niższą od $200/\text{mm}^3$,
- poziom wirerii powyżej 100 000 kopii RNA HIV,

- chorują na którąś z chorób wskaźnikowych AIDS.

Wiremia to ilość kopii wolnego wirusa HIV krążącego we krwi, podawany jako kopia RNA HIV/ml krwi. U osób leczonych wiremia jest miarą skuteczności leczenia i powinna być niższa od granicy wykrywalności stosowanych metod (obecnie niższa od 50 kopii RNA HIV/ml).

ROZPOZNAWANIE ZAKAŻENIA HIV

Największą trudnością w rozpoznawaniu zakażenia HIV jest zwykle podjęcie decyzji o wykonaniu testu.

Zakażenie HIV przez lata nie powoduje objawów ani dolegliwości. Nawet w badaniach okresowych, wykonywanych na przykład do pracy przez wiele lat może nie być żadnych odchyśleń od normy.

Jedyną możliwością sprawdzenia czy mogło dojść do zakażenia jest wykonanie testu w kierunku obecności przeciwciał skierowanych przeciwko wirusowi HIV. Taki test najlepiej zrobić w Punkcie Konsultacyjno-Diagnostycznym, w którym testy wykonuje się bezpłatnie, bez kierowania, a co najważniejsze - anonimowo. Lista takich Punktów wraz z adresami i godzinami przyjęć, dostępna jest na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS - <http://www.aids.gov.pl>.

Powszechnie stosowanymi testami przesiewowymi są testy immunoenzymatyczne ELISA, EIA (swoistość i czułość rzędu 98-100%). Do potwierdzenia wyniku uzyskanego metodą immunoenzymatyczną służy zazwyczaj test potwierdzający Western blot. Test potwierdzeniowy poszukuje także przeciwciał, ale skierowanych przeciwko

Niewykrywalny poziom wirerii nie oznacza, że pacjent leczony skutecznie lekami antyretrowirusowymi nie jest zakaźny dla swoich partnerów seksualnych. Oznaczanie liczby komórek CD4 i poziomu wirerii powinno się dokonywać w tym samym czasie.

poszczególnym składnikom wirusa. Trzecim rodzajem badania jest hodowla wirusa HIV z komórek lub płynu tkankowego pobranych od osoby zakażonej. Hodowle komórkowe są zalecane do potwierdzenia zakażenia w przypadkach trudnych do zdiagnozowania oraz w diagnostyce niemowląt.

Wynik testu na obecność przeciwciał anty-HIV może być ujemny lub dodatni. Test ujemny oznacza, że przeciwciała nie zostały wykryte w organizmie, co oczywiście nie zawsze świadczy o tym, że dana osoba nie została zakażona (należy pamiętać o tzw. okienku immunologicznym). Może to być tylko informacja, że przeciwciał przeciwko wirusowi HIV jest jeszcze w organizmie zbyt mało, by zostały „zauważone” przez test. Właśnie dlatego niezbędne jest odczekanie 3 miesięcy od „ryzykownego zachowania”, które mogło doprowadzić do zakażenia HIV, by wynik testu był miarodajny.

Dodatni wynik testu przesiewowego nie świadczy jeszcze o zakażeniu. Taki test należy potwierdzić kolejnym - testem Western blot. Dopiero dodatni wynik testu Western blot świadczy o zakażeniu HIV.

LECZENIE ANTYRETROWIRUSOWE (ARV)

Niemal od początku epidemii HIV/AIDS rozpoczęto poszukiwanie leku lub leków, które mogłyby pomóc osobom zakażonym HIV.

Do dziś nie znaleziono skutecznej metody usunięcia wirusa z organizmu. Ale opracowano terapie, które są w stanie zmniejszyć namnażanie się wirusa, zmniejszyć jego ilość w organizmie, co pozwala na zachowanie funkcji układu immunologicznego, a u osób, które późno rozpoczęły leczenie – na ich odbudowanie.

W początkach terapii antyretrowirusowej stosowano jeden lub dwa leki równocześnie, co nie prowadziło do znaczącego zwolnienia postępu zakażenia HIV.

Wprowadzenie do terapii w roku 1996 nowej grupy leków – inhibitorów proteazy HIV – spowodowało przełom w leczeniu osób zakażonych HIV. Stosowanie równocześnie 3 leków antyretrowirusowych, najczęściej dwóch nukleozydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy i jednego inhibitora proteazy sprawiło, że osoby, u których rozpoznano już AIDS wracały do zdrowia, a pacjenci, u których leczenie rozpoczęto w bezobjawowym stadium znacznie rzadziej chorowały na schorzenia związane z zakażeniem HIV. W Polsce skojarzone leczenie, zawie-

rające inhibitor proteazy HIV, wprowadzono pod koniec 1996r. Taka terapia antyretrowirusowa określana jest często skrótem HAART, pochodzącym od angielskiego określenia *highly active antiretroviral therapy*, oznaczającego wysoce aktywną terapię antyretrowirusową.

Istniejąca obecnie skojarzona terapia antyretrowirusowa powoduje, iż zakażenie HIV jest chorobą przewlekłą. Dzięki lekom antyretrowirusowym życie osoby zakażonej HIV ulega wydłużeniu o kilka dziesiątków lat. Z zakażeniem HIV można żyć długo, zakładać rodzinę, pracować.

W leczeniu antyretrowirusowym stosowanych jest kilka grup leków, wykorzystujących różne mechanizmy działania:

- nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NR-TI) - hamują działanie enzymu - odwrotnej transkryptazy - który przepisuje materiał genetyczny z RNA wirusa na DNA, tak by po włączeniu go do komórki człowieka umożliwić produkcję kolejnych cząsteczek wirusa, które dalej zakażają kolejne wrażliwe komórki organizmu;
- nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (NNRTI) - silnie hamują replikację HIV;

- inhibitory proteazy (PI) – blokują enzym – proteazę, którego wirus HIV potrzebuje, aby się namnażać;
- inhibitory fuzji - zapobiegają połączeniu się wirusa HIV z komórką i wniknięciu do niej;
- antagoniści koreceptora CCR5 – wirus HIV do wniknięcia do wrażliwej komórki poza receptorem CD4 wymaga też koreceptorów, przede wszystkim CCR5 i CXCR4. Zablokowanie koreceptora CCR5 utrudnia wnikanie HIV do wrażliwych na zakażenie komórek;
- inhibitory integrazy - blokują enzym – integrazę, który umożliwia wejście materiału genetycznego HIV do jądra zakażonej komórki i w następstwie produkcję nowych cząstek wirusa.

W dalszym ciągu poszukuje się nowych leków, które byłyby bardziej skuteczne, wygodniejsze w przyjmowaniu, powodowały mniej działań niepożądanych.

Decyzja o rozpoczęciu terapii antyretrowirusowej jest jedną z najtrudniejszych do podjęcia. Raz rozpoczęte leczenie przy pomocy dostępnych obecnie leków będzie

musiało być kontynuowane do końca życia. Dlatego wybranie właściwego momentu na rozpoczęcie leczenia jest niezwykle istotne. Trzeba jednak mieć świadomość, że bez leczenia zakażenie HIV postępuje, u niektórych wolniej, u innych szybciej, do AIDS i śmierci. Późno rozpoczęte leczenie, w stadium AIDS, jest trudniejsze, powoduje więcej i poważniejszych działań ubocznych, jest mniej skuteczne. Nie można przewidzieć, jak pacjent zareaguje na stosowane leki. Ale można dobrać leki, uwzględniając wcześniej przebyte choroby, tak by zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia działań ubocznych.

Aktualne rekomendacje zalecają bezwzględnie rozpoczęcie leczenia w przypadku spadku liczby komórek CD4 poniżej 200 komórek/ mm³, a także w każdym przypadku wystąpienia chorób wskaźnikowych AIDS.

W Polsce w leczeniu HIV dostępne są wszystkie leki aktualnie stosowane na świecie. Są to leki dostępne bezpłatnie dla wszystkich pacjentów - obywateli polskich - wymagających leczenia.

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HIV

Do chwili obecnej nie wynaleziono szczepionki przeciwko HIV/AIDS. Prewencja wynika z wiedzy na temat dróg przenoszenia zakażenia:

- seksualna (stosowanie prezerwatyw, pozostawanie w związku z jednym partnerem),
- krwiopochodna (rezygnacja z oddawania krwi przez osoby, które mają świadomość tego, że były w sytuacji grożącej zakażeniem HIV; regularne badanie w kierunku obecności wirusów HIV we krwi pobranej do przetoczeń lub wytwarzania preparatów krwiopochodnych; stosowanie sterylnej sprzętu podczas zabiegów chirurgicznych; stosowanie jednorazowych igieł i strzykawek przez narkomanów),

- stosowanie u zakażonej matki i noworodka odpowiedniego leczenia w czasie akcji porodowej i po porodzie,
- zaniechanie karmienia piersią przez zakażoną matkę,
- zaniechanie sztucznego zapłodnienia nasieniem zakażonego mężczyzny,
- zaniechanie przeszczepów narządów od zakażonych osób.

Jesteśmy przekonane, że obowiązkiem każdego społeczeństwa jest posiadanie wiedzy o AIDS. Umiejętne wykorzystanie tej wiedzy pozwala realizować działania profilaktyczne i skutecznie pomaga chorym na AIDS.

*Elżbieta Celmer vel Domańska
Danuta Pawlik*

**„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci żywych”
ks. Jan Twardowski**

Podziękowania

Serdecznie dziękuję wszystkim Paniom pielęgniarkom, szczególnie z Oddziału Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej, z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Vena” w Białej Podlaskiej oraz z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, które w tak bolesnych dla mnie chwilach dzieliły ze mną smutek i żal oraz uczestniczyły we Mszy Świętej i w ceremonii pogrzebowej mojej najukochańszej Mamy

Ś.P. Sabiny Smolińskiej

Beata Żak

SPOTKANIE EDUKACYJNE

W dniu 29 października 2014r. w Białej Podlaskiej odbyło się spotkanie edukacyjne organizowane przez firmę PELARGOS we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Tematyka spotkania/wykładów dotyczyła *Problemu odleżyn i nietrzymania moczu ważnym zagadnieniem w opiece nad pacjentem w wieku starszym* wygłoszony przez mgr Małgorzata Chwedoruk oraz *Leczenia żywieniowego u pacjentów z odleżynami i trudno gojącymi się ranami* wygłoszony przez Dominikę Krasnopolską. Wykłady odbyły się pod patronatem firmy NUTRICA Polska Sp. z o.o. Wszyscy uczestnicy otrzymali interesujące materiały edukacyjne, skrypty tematycznie oraz certyfikaty uczestnictwa.



OPIEKA NAD PACJENTEM PO AMPUTACJI KOŃCZYN

Kiedy zagrożone jest życie pacjenta, na przykład z powodu choroby nowotworowej, naczyniowej lub ogromnego zniszczenia tkanek spowodowanego wypadkiem stosuje się najbardziej radykalny sposób leczenia - **amputację kończyny**.

Utrata kończyny jest dla każdego wielkim szokiem. Pojawiają się też różnego rodzaju ograniczenia, z którymi wcześniej człowiek nie musiał się liczyć.

Do najczęstszych przyczyn amputacji należą choroby naczyń obwodowych m.in. miażdżyca tętnic oraz zmiany cukrzycowo-naczyniowe (90%). Pozostałe 10% stanowią nowotwory złośliwe kości, stany pourazowe oraz deformacje wrodzone.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po amputacji kończyny jest bardzo istotna. Działania opierają się głównie na zapobieganiu powikłaniom pooperacyjnym oraz wytworzeniu funkcjonalnego kikuta, który jako nowy narząd, wraz z protezą zastąpi funkcje naturalnej kończyny. Przy

zastosowaniu pełnej rehabilitacji pozwoli choremu na uzyskanie optymalnej sprawności fizycznej.

Niezmiernie ważne jest psychologiczne przygotowanie pacjenta oparte na wzajemnej komunikacji i szczerych odpowiedziach na jego pytania. Nie każdy pacjent po amputacji wymaga opieki psychologicznej. Jest to bardzo indywidualne. Mogą pojawić się obciążenie psychiczne, poczucie winy i krzywdy. Takie emocje można opracować terapeutycznie. Psycholog pomaga zrekonstruować zniszczony obraz własnej tożsamości. Jest to niezwykle ważne, bo wizerunek ciała jest fundamentem poczucia wartości osobistej.

Wieloaspektowość opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem po amputacji kończyny to temat konferencji organizowanej przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w dniu 16 października 2014r.

W programie:

1/ Amputacja kończyny - wskazania, rodzaje. - *mgr Jolanta Lewczuk*

2/ Problemy psychologiczne i społeczno-zawodowe pacjenta po amputacji kończyn. - *dr Ryszarda Ewa Bernacka*

3/ Pracownia Ortopedyczna Mark Protetik NZOZ – profil działalności *mgr inż. Marek Pękala*

4/ Protezowanie - rodzaje protez – charakterystyka protez tymczasowych, ostatecznych kończyn dolnych i górnych w teorii i na przykładach. - *mgr Adam Pękala, inż. Marcin Domaniak*

5/ Zaopatrzenie ortotyczne. - *Andrzej Kalisz*

6/ Formalności i sposób refundacji zakupu protez, źródła finansowania. - *mgr Anna Dębicka*

7/ Sprzęt rehabilitacyjny dla pacjentów po amputacji. - *inż. Marcin Pękala, Natalia Patejuk*

Pracownia Ortopedyczna Mark Protetik NZOZ w Konstancinie-Jeziorna, z którą Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej nawiązała współpracę, to potężny zakład wykonujący indywidualne nowoczesne zaopatrzenie ortopedyczne, z punktami przyjęć na terenie całej Polski. W skład Pracowni w Konstancinie wchodzi: dział ortotyczny, zajmujący się wykonywaniem ortez tj. gorsetów, aparatów, łusek i in. oraz nowo utworzony dział protetyczny specjalizujący się w wykonywaniu zaawansowanych technologicznie protez kończyn dolnych i górnych. Oprócz dużej części produkcyjnej wyposażonej w nowoczesne maszyny i urządzenia niezbędne do wykonania zaopatrzenia ortopedycznego najwyższej jakości, znajduje się tam także 5 gabinetów, w

których pacjenci mogą przymierzać zaopatrzenie a także duża sala ze sprzętem do ćwiczeń i podestem do testowania wyrobów.

Na tyłach budynku znajduje się ogród z altaną i trzy ścieżki z balustradami (kamienna, schody oraz pochylnia) na których pacjenci mogą sprawdzić komfort chodzenia w protezie.

Podsumowując:

Rolą pielęgniarek zajmujących się chorymi po amputacjach jest oszacowanie rozmiarów i rodzaju deficytu samoopieki, rozumianego jako celowe i rozsądne podejmowanie działań na rzecz wspierania procesów życiowych, kontrolowanie rozwoju choroby, promowanie dobrostanu. Pielęgniarka staje się nauczycielką i doradczynią pacjenta i jego rodziny podejmując działania zmierzające do przygotowania chorego do samodzielnego życia, poprzez przekazanie wiedzy i umiejętności w zakresie samopielęgnowania i samoopieki.

Do wiadomości przekazujemy Państwu przydatne linki:

<http://www.markprotetik.pl/>

<http://amputowani.pl/>

<http://www.nfz.gov.pl/new/>

<http://www.pcpr.info/>

<http://www.pfron.org.pl/portal/pl>

<http://www.ipon.pl>

<http://www.integracja.org/>



KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA DLA PIELEŃNIAREK

Dnia 14 listopada 2014 roku, w sali Kina Oranżeria, odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa „Problemy zawodowe pielęgniarek i położnych. Zachowania agresywne pacjenta a prawa i ochrona pielęgniarek i położnych”.

Organizatorem była Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej reprezentowana przez mgr Elżbietę Celmer vel Domańską – Przewodniczącą ORPiP oraz Komisja ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego reprezentowana przez mgr Dorotę Golec – Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Psychiatrycznego SPZOZ w Radzynie Podlaskim.

Wśród wykładowców znalazły się: lek. med. Renata Szram – internista, specjalista psychiatra, psychoterapeuta, dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wykładowca Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz mgr Małgorzata Kilarska – specjalista w Kancelarii Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej – ogólnopolski miesięcznik NIPiP promował pan Sławomir Czerwiński. Wśród uczestniczących w konferencji pielęgniarek i położnych rozlosowane zostały nagrody-niespodzianki.

Program konferencji obejmował następujące tematy:

1. Agresja pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia.
2. Stres związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej oraz sposoby radzenia sobie z nim.
3. Procedura postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/jego rodziny.
4. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych w świetle zmian przepisów prawa.

Każdej wykonywanej pracy towarzyszy stres. Szczególnego znaczenia nabiera stres towarzyszący wykonywaniu zawodów, których przedstawiciele pracują z ludźmi i dla ludzi. Wśród nich wymienia się pielęgniarki, położne, lekarzy, pracowników socjalnych, nauczycieli. Stres zawodowy może działać na pracownika konstruktywnie i mieć dobroczynny wpływ na rozwój jego kariery. Może też działać destrukcyjnie prowadząc do zespołu wypalenia zawodowego a w konsekwencji powodować uniemożliwienie wykonywania zawodu. W profilaktyce tego zjawiska najważniejsza staje się umiejętność znalezienia odpowiedniej techniki radzenia sobie ze stresem, która pozwoli na jego rozładowanie.

W trakcie wykonywania zawodu pielęgniarki i położne narażone są na zachowania agresywne (agresję słowną i czynną) ze strony pacjentów, jak również ich rodzin/opiekunów. Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których

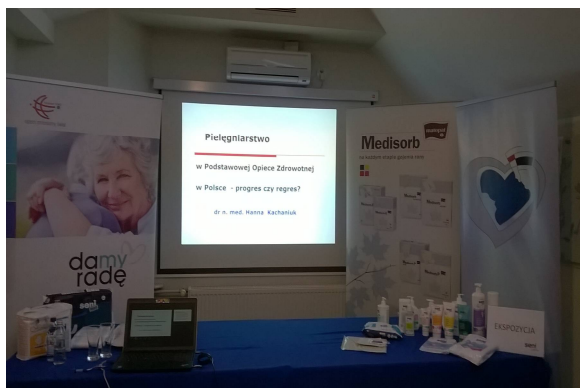
mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) wykonywanie przez niego swojej funkcji, chronione jest przez odrębne przepisy Kodeksu karnego. Chodzi tutaj przede wszystkim o przestępstwa: naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego (art. 222 k.k.), czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego (art. 223 k.k.) oraz znieważenia funkcjonariusza publicznego (art. 226 k.k.). Tak więc zgodnie z art. 222 § 1 Kodeksu karnego za naruszenie nietykalności cielesnej pielęgniarki podczas lub w związku z pełnieniem przez nią obowiązków służbowych grozi kara grzywny, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3. Z kolei w myśl art. 226 § 1 Kodeksu karnego za znieważenie pielęgniarki, podczas i w związku z pełnieniem przez nią obowiązków służbowych grozi kara grzywny, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

W spotkaniu uczestniczyło 120 pielęgniarek i położnych z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Znacząco liczną grupę stanowiły pielęgniarki zatrudnione w SPZOZ w Radzynie Podlaskiej z Pielęgniarką Naczelną mgr Grażyną Kondraszuk, ponadto uczestniczyły pielęgniarki z Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli z Przełożoną Pielęgniarek mgr Marianną Bojarczuk, pielęgniarki i pielęgniarze z SPZOZ w Parczewie a także pielęgniarki z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.

*Dorota Golec
Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału
Psychiatrycznego
SPZOZ w Radzynie Podlaskiej*



KONFERENCJA SZKOLENIOWA



W dniu 2 grudnia 2014 r. w Hotelu Capitol w Białej Podlaskiej odbyła się konferencja szkoleniowa „Pielęgniarka Rodzinna wsparciem dla pacjentów niesamodzielnych i ich opiekunów – *Damy Radę z Pielęgniarką Rodzinną*” organizowana przez Fundację TZMO SA „Razem Zmieniamy Świat” przy współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Patronat nad Konferencją objęła dr n. med. Hanna Kachaniuk specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego kierownik Pracowni Pielęgniarstwa Rodzinnego UM w Lublinie.

Konferencja poświęcona była pielęgniarcom pracującym w środowisku domowym z pacjentami niesamodzielnymi oraz ich rodzinami. W trakcie konferencji podkreślono rolę pielęgniarki w

edukacji i budowaniu świadomości pacjentów oraz ich opiekunów, m.in. na temat podstaw pielęgnacji i profilaktyki przeciwoleżynowej.

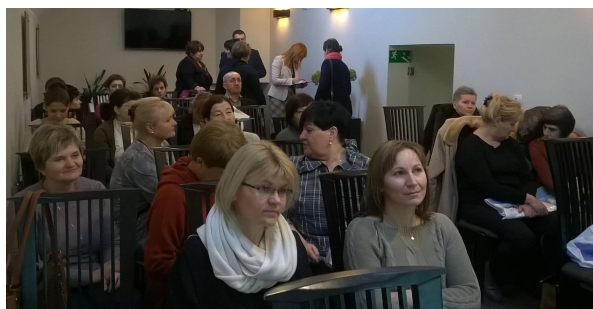
Pierwszy wykład nt. „*Pielęgniarstwo w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w Polsce – progres czy regres?*” wygłosiła dr n. med. Hanna Kachaniuk. Wykład obejmował następujące zagadnienia:

- pielęgniarstwo rodzinne jako priorytet zagrożony, nie realizowany
- zakres zadań, odpowiedzialności, kompetencje i samodzielność pielęgniarki rodzinnej w świetle obowiązujących aktów prawnych
- całościową ocenę geriatryczną i inne narzędzia w diagnozowaniu i monitorowaniu stanu zdrowia chorego (świadczeniobiorcy) i wydolności opiekuńczej rodziny.

Kolejne wystąpienie nt. *Edukacyjnej roli pielęgniarki w domowej opiece nad pacjentem przewlekle chorym* przedstawił Maciej Pesta - Konsultant Medyczny TZMO SA. Omawiał:

- wyzwania dla rodziny w opiece nad osobą przewlekle chorą
- nowe uprawnienia pielęgniarki – wypełnienie druku zleceń na zaopatrzenie
- w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie (wyroby chłonne)
- nietrzymanie moczu – 3 kroki doboru produktu chłonnego
- ABC profilaktyki przeciwoleżynowej
- zasady bezpiecznej pracy z pacjentem – dbałość o zdrowy kręgosłup
- jak skutecznie leczyć rany przewlekłe?

Konferencję zakończyło rozdanie certyfikatów uczestnikom.



Gratulacje

„Musicie od siebie wymagać, nawet gdyby inni od was nie wymagali”.

Jan Paweł II

**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
serdeczne gratulacje i słowa uznania dla włożonego wysiłku
z okazji uzyskania tytułu specjalisty Pani/Panu**



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego

Justyna Demidowicz

Ewa Dąbrowska

Grażyna Abramowicz

Krzysztof Lewicki



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego

Urszula Andrzejewska

Teresa Samoszuć

Małgorzata Pupiela

Zofia Kołodziejewska

Teresa Gryniewicz

Joanna Bligier

Jolanta Łopatniuk

Marzena Kondraciuk

Alina Ostap

Bogumiła Paszkowska



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego

Marzena Ruszkowska

Katarzyna Sejbuć

Małgorzata Kuć



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

Joanna Weremkiewicz



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Ewa Sienkiewicz

życzę wielu sukcesów, wytrwałości w doskonaleniu zawodowego warsztatu,
powodzenia w realizacji zamierzonych celów, pomyślności w życiu osobistym i zawodowym

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP

Gratulacje z okazji uzyskania tytułu zawodowego magister pielęgniarstwa

Cztery absolwentki z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, ukończyły w roku akademickim 2013/2014 studia II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym:



Pani Małgorzata Przybyłowicz

Pani Alina Kusznierek

Pani Katarzyna Kucharska

Pani Dorota Gadamska

Pani Monika Nikończuk

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej koleżankom z okazji ukończenia studiów i obrony pracy magisterskiej składam serdeczne gratulacje oraz życzenia wielu pięknych chwil, radości i dobra płynącego z sukcesów naukowych i zawodowych.

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP

...W dzień Bożego Narodzenia,
Syna Jedynego, Ojca Przedwiecznego
Boga Prawdziwego,
Wesoło śpiewajmy, Chwałę Bogu dajmy,
Hej kolęda, kolęda...

**Z dźwiękiem dzwonek melodyjnych wraz z opłatkiem wigilijnym
w Dzień Bożego Narodzenia
wszystkim byłym i czynnym zawodowo pracownikom ochrony zdrowia
i Waszym najbliższym
ślę serdeczne te życzenia
zdrowia, szczęścia, powodzenia
a w Nowym Roku 2015 marzeń spełnienia.**



Przewodnicząca ZZPOZ

Eugenia Denicka

Boże Narodzenie 2014 rok

Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

Z inicjatywy Komisji ds. Emerytów działającej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powstał cykl artykułów "Zdrowie z natury – rośliny lecznicze".

Głóg od wieków stosowano na remedium serca



Kwiatostany z liśćmi zawierają flawonoidy (kwercetynę, witeksynę, apigeninę, i rutynę), procyjanidy, kwasy organiczne (m.in. cytrynowy, chlorogenowy i kawowy), garbniki, pektyny,

olejki eteryczne, witaminy z grupy B i witaminę C oraz sole mineralne.

Owoce głogu działają podobnie, tylko nieco słabiej, gdyż w kwiatach i liściach znajduje się znacznie więcej substancji czynnych, zwłaszcza flawonoidów, zatem robione z nich leki są silniejsze. Ale właśnie dlatego w leczeniu domowym bezpieczniej jest używać owoców - trudniej je przedawkować. Obok flawonoidów, które m.in. wspomagają działanie witaminy C i wzmacniają układ krwionośny, owoce zawierają procyjanidy (więcej nawet niż kwiaty), kwasy organiczne, garbniki, gorycze, fitosterole, olejek eteryczny, witaminę C, witaminy z grupy B, prowitaminę i sporo soli mineralnych: żelazo, wapń, magnez, potas, a także mangan, kobalt, glin, krzem - niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Do tego - alkohol cukrowy sorbitol, stosowany jako środek słodzący dla osób z nadwagą i chorych na cukrzycę.

Głogowe leki - zarówno te z kwiatów, jak i z owoców:

- wzmacniają serce,
- regulują krążenie krwi i ciśnienie,
- zwalczają arytmie, kołatanie, zadyszki, wady i choroby zwyrodnieniowe serca,
- zapobiegają miażdżycy,
- poprawiają pracę mózgu, m.in. słabą pamięć, rozjaśniają myśli,
- działają uspokajająco, łagodzą lęki, palpacje, niepokój, wyciszają organizm, zmniejszają pobudliwość (kiedyś stosowano je, by osłabić ataki padaczki oraz tuż po nich, by uspokoić organizm),
- ułatwiają zaśnięcie,
- łagodzą dolegliwości związane z okresem przekwitania (między innymi uderzenia krwi i pocenie się w nocy),
- ze względu na swe właściwości moczopędne dobrze wpływają na nerki, pomagając je oczyścić z piasku i kamieni, zmniejszają obrzęki wywołane zastojem płynów,
- leczy się nimi układ pokarmowy, gdyż regulują jego pracę, zapobiegają wzdęciom, pobudzają apetyt, poprawiają trawienie,
- poprawiają pracę wątroby - stosuje się je w kamicy żółciowej,

- zwalczają zatrucia, np. nikotyną, alkoholem,
- odczulają,
- łagodzą dolegliwości związane z nadczynnością i niedoczynnością tarczycy

Warto przy tym pamiętać, że nawet leki zrobione z „silniejszych” głogowych kwiatów działają bardzo łagodnie, nie stwierdzono do tej pory, by miały jakieś skutki uboczne, nie kumulują się też w organizmie.

Kwiaty i owoce głogu są składnikiem wielu mieszanek ziołowych, między innymi Cordaflos, Neuroflos, Cardiosan, Sclerosan, a wyciągi z nich można znaleźć w takich preparatach jak Cardiol, Neocardina, Neospasmina, Passipasmina, Cardiogran, Melisal i wielu innych.

Głóg w zielarskiej kuchni

• **Napar z kwiatów:** Łyżeczkę pokruszonych kwiatów z liśćmi zalej szklanką wrzątku i parz pod przykryciem 15 minut. Precedź. Pij 2 razy dziennie szklankę świeżego naparu – pomoże przy dolegliwościach sercowych, początkach miażdżycy i nadciśnieniu, złagodzi także bóle reumatyczne, mięśniowe i stawowe.

• **Napar z owoców:** 2 łyżeczki owoców głogu zalej szklanką wrzątku, odstaw pod przykryciem na 20 minut. Pij 3 razy dziennie w nadciśnieniu i miażdżycy – wcześniej uzgodnij to z lekarzem.

Dżem z głogu

Do zrobienia dżemu z głogu będziemy potrzebować 1 kg dojrzałych owoców głogu i szklankę cukru. Najpierw owoce należy wydrylować, a następnie odstawić na 12 godzin w kamiennym naczyniu, pod przykryciem.

Po upływie 12 godzin owoce powinny już być miękkie. Rozbijamy je tłuczkiem i przepuszczamy przez sokowirówkę. Następnie gotujemy na małym ogniu, ciągle mieszając. Kiedy masa zacznie odstawać od brzegów naczynia, dodajemy szklankę cukru i dokładnie mieszamy. Następnie gorący dżem wkładamy do sterylnych słoików i od razu zakręcamy.

Herbata z głogu

Herbatka z głogu ma działanie przeciwastmatyczne. Aby ją zrobić należy wymieszać 20 g ziela tymianku i 30 g ziela (kwiatów z liściem) głogu jednoszyjkowego, łyżeczkę mieszanki zalać szklanką wrzątku, odstawić na 20 minut pod przykryciem, odcedzić. Pić po 1/2 szklanki 3 razy dziennie.

Sok z głogu

W pełni dojrzałe owoce głogu umyć, usunąć z nich pestki, odwirować w sokowirówce, osłodzić miodem i od razu pić - 2 razy dziennie po pół szklanki. Nie przechowywać, bo szybko fermentuje. Tak przyrządzony sok pomaga oczyścić nerki, pozbyć się piasku, kamieni.

Referaty

dr n. med. Anna Ślifirczyk, Zenon Kozak

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej,
Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych,
Zakład Ratownictwa Medycznego

WPŁYW HISTORII NA WSPÓŁCZESNE UJĘCIE REANIMACJI

Streszczenie

Reanimacja posiada długą i zmienną historię, która powinna być znana każdemu zaangażowanemu bezpośrednio w niesienie pomocy osobom potrzebującym w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia. Jej dogłębne poznanie i próba zrozumienia pozwala na szersze spojrzenie oraz docenienie wysiłków przeszłości w posiadaniu tego co obecnie jest nazywane standardem postępowania w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia. Pierwsze wzmianki dotyczą czasów starożytnych, a pierwszym wyraźnym opisem zachowanym do dziś jest sytuacja opisana w Biblii z udziałem proroka Eliasza. W czasach średniowiecza podejmowano próby ogrzewania ciała ludzkiego i stymulowania silnymi bodźcami zewnętrznymi, następnie wprowadzono miechy oddechowe jako sposób na prowadzenie wentylacji, lecz brak znajomości anatomii i skupienie wiedzy na obserwacji przyczyniły się do wprowadzenia alternatywnych metod biernie naśladowanych ruchy oddechowe, min.: Barrela, konna, Silvester'a, Marshalla Hall'a, Datrymała, bądź ponownie wykorzystujących silne bodźce do pobudzeń takie jak: rozciąganie języka, metoda fumigacji. Przełom nastąpił w połowie XX wieku, kiedy obserwację i naśladowanie zastąpiono naukowym podejściem, nacechowaną wieloma dużymi sukcesami, jak: udrożnienie dróg oddechowych, wentylacja zastępcza, pośredni masaż serca, oraz wieloma innymi funkcjonującymi do dziś. Nie bez znaczenia pozostaje kontekst polski niepoddający się nurtom płynącym z zachodniej Europy i propagujący jedną z metod cechującą się wysoką skutecznością.

Cel pracy: Porównanie i skonfrontowanie historycznych wyobrażeń w dziedzinie reanimacji z współczesnymi ustaleniami i wyodrębnienie najbardziej skutecznych racji.

Wskazanie i uświadomienie osobom zaangażowanym w ratowanie ludzkiego życia rewolucyjnych odkryć, które stały się standardem w czasach obecnych.

Ukazanie dawnych wyobrażeń wynikających niekiedy z wyobrażeń i obserwacji i skonfrontowanie ich z naukowym podejściem drugiej połowy XX wieku.

Wskazanie polskiego kontekstu w dziedzinie reanimacji.

Słowa kluczowe: historia reanimacji, pierwsza pomoc, przegląd

Wprowadzenie

Większość osób zaangażowanych bezpośrednio w ratowanie życia ludzkiego, zwłaszcza w sytuacjach nagłego zagrożenia, doskonale zna i potrafi z wysoką skutecznością stosować obowiązujące obecnie i uznane za standard postępowania zasady reanimacji. Lecz mała rzesza z tej grupy potrafi wskazać, czy wymienić którąkolwiek z historycznych metod ożywiania. Dla sporej grupy pojęcie reanimacji/resuscytacji rozpoczyna się od lat 50-tych XX wieku, a dokładniej rzecz ujmując od odkryć Jamesa Elama, Petera Safara i Williama Bennett'a Kouwenhoven'a uznawanych za twórców nowej ery w dziedzinie reanimacji opartej na naukowym podejściu i potwierdzonej doświadczalnie skuteczności[1].

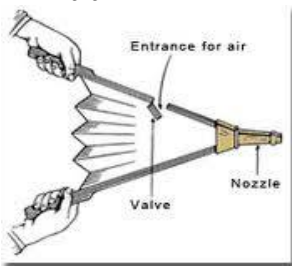
Spoglądając jednak nieco szerzej na skomplikowaną problematykę okazuje się, że próby ratowania i przywrócenia życia towarzyszyły człowiekowi od zarania dziejów, a pierwsze udokumentowane przypadki dotyczą czasów przed narodzenia Chrystusa. Pierwszym doskonale opisanym i odtwarzanym faktem jest biblijny opis ratowania szalunnamickiego dziecka przez proroka Eliasza[2]. Jak podaje Pismo Starego Testamentu zdarzenie miało miejsce w Sarepcie koło Sydonu około 586 r. p.n.e. Owy sposób przywrócenia życia funkcjonuje pod nazwą metody Eliasza, określanej także jako „usta-usta” ze względu na sposób wykonania. Kolejną wzmianką z przełomu starożytności jest wykonanie pierwszego udanego zabiegu tracheostomii[3] przez greckiego filozofa i lekarza Asklepiadesa w II w. p.Ch oraz obowiązek nauki pływania dla obywateli starożytnego Rzymu, jako jednego z elementów obowiązkowego wychowania poza czytaniem i pisanie[4], a późniejsze zdarzenia wskażą czemu ta umiejętność miała służyć.

Średniowiecze uznawane powszechnie jako okres uwstecznienia skutkowało powrotem do prób znalezienia sposobu przywrócenia zanikającego życia, wówczas kojarzonego z utratą ciepłoty ciała, podejmowano próby ogrzewania ciała ludzkiego przy pomocy ciepłego popiołu, zwierzęcych odchodów, czy rozgrzanych kamieni. Metoda wykazywała niewielką skuteczność jedynie u osób w stanie hipotermii.

Kolejną rozpowszechnianą na kontynencie europejskim była metoda „chłostania, biczowania”[5] stosująca

do pobudzeń silne bodźce bólowe skuteczne u osób w śpiączkach, bądź nieprzytomnych.

W XIV w. francuski chirurg Guy De Chaulac na nowo odkrył i zastosował z powodzeniem zabieg tracheostomii[3], od tamtej pory także zaczęto się zastanawiać nad zasadą braku oddechu i sposobie na jego przywrócenie. Od tamtej pory nastąpił także przełom w opracowaniu najskuteczniejszej metody naśladowującej i przywracającej ruchy oddechowe w ludzkim ciele. I tak w 1530 r. Paracelsus zaproponował podawanie powietrza ofierze nie ustami ratującego, lecz przy użyciu miecha oddechowego zaopatrzonego w odpowiednie kominki pozwalające wdmuchiwać powietrze przez usta, bądź nos. Metoda znana pod nazwą Bellowa[5] funkcjonowała blisko 300 lat do czasu jej zdeklasowania i wycofania z użycia.



Rycina.1 Miech oddechowy w metodzie Bellowa

Źródło: <http://www.thehistoryblog.com> [data pobrania: 31.08.2013]

Powodem zaniechania metody była duża liczba obrażeń narządów wewnętrznych[6] ze względu na nadmierne ilości wtłaczanego powietrza i brak właściwego udrożnienia dróg oddechowych. Drugą przyczyną zdeklasowania jednej z bardziej skutecznej metody było odkrycie przez Scheele'go tlenu w 1829 roku. Odkrycie to zdeklasowało użycie miecha oddechowego, jak również wentylację powietrzem oddechowym ratownika. Taki pogląd, „*iz powietrze które przeszło przez płuca ratującego nie nadaje się już do użycia*”, choć nie potwierdzony naukowo krążył no czasu odkrycia Elama i Safara. Jak wiadomo metoda powróciła do powtórnego stosowania przy odpowiednim udrożnieniu dróg oddechowych i użyciu bezpieczniejszego i mniejszego objętościowo worka samorozprężanego.

Po zaprzestaniu czynnej wentylacji zastępczej zaczęto poszukiwanie metody stymulującej zanikające funkcje życiowe, bądź naśladowującej w sposób bierny ruchy oddechowe. W ten sposób z terenu Ameryki Północnej do Anglii dotarła metoda „*odkadzania, oddymiania*” praktykowana przez plemiona Indian od 1711 roku, która polegała na wprowadzaniu do odbytu ofiary dymu z domieszką lotnych substancji drażniących przy pomocy specjalne wypreparowanych do tego celu pęcherzy, bądź żołądków zwierzęcych.



Rycina 2. Metoda Fumigacji

Źródło:

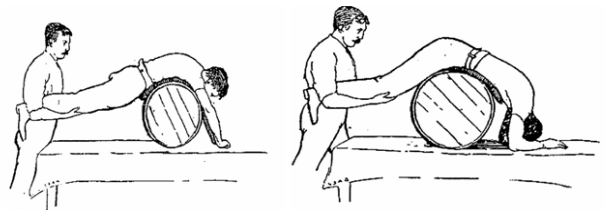
<http://emj.bmj.com/content/27/2/81.extract> [data pobrania: 31.08.2013]

W Anglii popularność zyskała w 1767, lecz jej świetność nie trwała zbyt długo. W 1811 r. Benjamin Brodie wykazał iż niewielka ilość tytoniu jest w stanie uśmiercić zwierzę, doniesienie to przyczyniło się do zaniechania metody „*holenderskiego odymiania*”[6].

Ze względu na duże skupienie zawodów i pracy zarobkowej ludzi z wodą, było to przyczyną olbrzymiej wypadkowości i licznych zgonów z powodu utonięć i utopień. Amsterdam miasto znane z licznych kanałów jako pierwsze zdecydowało się na powołanie w 1767 roku – „*Towarzystwa Ludzi Utopionych*”[7], którego celem było ratowanie ofiar kontaktu z wodą, jak również tworzenie zaleceń, publikacja broszur i edukacja społeczeństwa. Pierwsze towarzystwo stworzyło zbiór zaleceń najbardziej pożądanych w przywracaniu życia. Na wzór Amsterdamu w ciągu kilkunastu lat powstały liczne ośrodki w różnych rejonach Europy[4].

Okolo 1770 roku zaczęto rozpowszechniać metodę odwróconą „*inwersji*”[6], polegająca jak sama nazwa mówi na odwróceniu człowieka nogami do góry i synchronicznym unoszeniu i opuszczaniu przy pomocy liny przewieszanej przez gałąź drzewa, bądź specjalnym urządzeniu na wzór szubienicy. Metoda miała spełniać dwie funkcje, po pierwsze usunąć zalegającą wodę z dróg oddechowych, a po drugie na skutek zmiany ciśnienia w drogach oddechowych wywoływać bierne oddechy.

W 1773 r. wprowadzona do stosowania została metoda „*beczki*” Barrela [5], w której to zasadą stosowania było ułożenie na dużej beczce ofiary wydobytej z wody, a następnie po uchwyceniu za nogi rytmicznym toczeniu na przemian do przodu i do tyłu. Natomiast mechanizm działania był taki sam jak w poprzedniej metodzie.



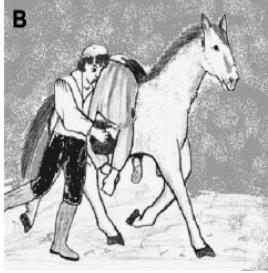
Rycina 3. Metoda Barrela

Źródło: <http://emj.bmj.com/content/27/2/81.extract> [data pobrania: 31.08.2013]

Tereny carskiej Rosji to obszar wprowadzonej w 1803 r. metody gdzie ofiarę podejrzaną o ustanie funkcji życiowych zakopywano w pod warstwą śniegu i lodu[4], chciano tym samym spowolnić metabolizm i zahamować proces umierania. Dużą wadą metody była głowa pozostająca na wierzchu na którą proces hipotermii nie działał bezpośrednio.

Na kontynencie amerykańskim w 1812 r. zaczęto rozpowszechniać metodę konną[6] istotą zbliżoną do metody Barrela, z tą jednak różnicą, że zamiast beczki wykorzystywany był grzbiet koński i jego rytmiczne podrygiwania podczas kłusowania z ofiarą po brzegu plaży. Metoda nie cieszyła się powodzeniem, a na skutek obywatelskich

protestów „Obywatele na rzecz czystych plaż”[7] została zakazana już w 1815 roku.



Rycina 5. Metoda Barrela

Źródło:

<http://www.ukdivers.net/history/cpr.htm>

[data pobrania: 31.08.2013]

W 1831 roku pojawiła się metoda Datrymała[5], której zasadą stosowania było owinięcie klatki piersiowej osoby rotowanej długim pasem prześcieradła, którego końce były systematycznie pociągane przez dwóch ratowników, wywołując tym samym kompresję tułowia. Pociąganie i zwalnianie końców prześcieradła miało pozwalać na ruchy oddechowe i nabieranie powietrza.

Marshall Hall w 1856 roku zaproponował jako metodę reanimacji naprzemienną zmianę pozycji osoby ratowanej z ułożenia na boku do leżenia na grzbiecie, co przy odpowiedniej według niego liczbie powtórzeń około 16/minutę i prawidłowym wykonaniu miała zapewniać wentylację w granicach 300-500 ml/cykl[8]. Metoda dość szybko zyskała poparcie wśród towarzystwa londyńskiego i została przyjęta przez Royal Humane Society. Podobnie i ogłoszona metoda Silvestera polegająca na ruchach ramion z nad klatki piersiowej za głowę ofiary przez ratującego. Metody stały się obowiązujące w ratowaniu życia społeczeństwa londyńskiego jak i pewnej części Europy do połowy XX wieku[5].



Rycina 6. Metoda Silvester'a

Źródło: <http://www.evidencebasedcpr.org/category/health/> [data pobrania: 20.01.2012]

Jednak to nie był koniec prób odkrycia najbardziej skutecznej i wymagającej minimum sprzętu metody, w nawiązaniu do tego J. B. Francis w 1886 r. zaproponował sposób w którym ofiara w pozycji na grzbiecie jest przewieszona przez długi drąg, żerdź unoszony rytmicznie przez dwóch ratowników, podobnie jak w poprzednich metodach zasada polegała na zmiennym ciśnieniu wewnątrz klatki piersiowej. Natomiast w 1892 roku francuscy badacze proponowali metodę rozciągania języka[6], jako sposób na stymulację i przywrócenie zanikającego oddechu. W metodzie tej szczyt języka miał być rytmicznie pociągany poza jamę ustną.

Metoda Schafera ogłoszona w 1903 r. zakładała uciśnięcie klatki piersiowej w ułożeniu poszkodowanego leżącego na brzuchu rękoma ułożonymi po obu stronach

tułowia[5]. Zarówno metoda Schafera jak i Datrymała została udoskonalona metodą Acklena gdzie na górną część tułowia zakładana była sztuczna przepona początkowo połączona z miechem, a następnie z elektrycznym urządzeniem, generująca zmienne ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej i wywołująca bierne ruchy oddechowe.



Rycina 7. Metoda Schafera

Źródło: <http://en.wikisource.org/wiki/> [data pobrania: 20.01.2012]

Z odkrytych dotąd metod zastępczego oddechu poza metodą „usta-usta” Eliasza i wentylacją miechem oddechowym pozostałe nie zapewniały skutecznej wymiany powietrza w drogach oddechowych. Metody naśladowujące ruchy oddechowe zapewniały niewielką cyrkulację zalegającego powietrza w obrębie przestrzeni martwej, co ujawniły badania naukowe, przeprowadzone po odkryciu Elama i Safara.

Na przełomie XIX i XX wieku podjęto pierwsze próby rozpoznawania oznak zatrzymania krążenia i prób na jego przywrócenie. Pierwszą niejednoznacznie udokumentowaną próbę uciskania mostka podjął dr Friedrich Mass w 1891 r. Jego sukces na kontynencie amerykańskim w 1903 r. powtórzył dr George Crille[8], jednak pojedyncze próby nie przekonały środowiska lekarskiego, które było sceptycznie nastawione względem tego problemu o czym może świadczyć list jednego z lekarzy do swoich kolegów „*Jesteśmy bezsilni wobec paraliżu krążenia*”[7], przyczyniając się tym samym do szybkiego zapomnienia na blisko 50 lat skutecznego sposobu na przywrócenie ustającej czynności pracy serca. Połowa wieku XX to okres dynamicznych zmian i przełomu w historii reanimacji określanej przez niektórych badaczy nową erą reanimacji, gdzie obserwację i naśladowanie ludzkiej fizjologii zastąpiło rzetelnymi badaniami naukowymi potwierdzającymi, bądź wykluczającymi skuteczność jej stosowania, dodatkowo przed wprowadzeniem do stosowania przez ogół społeczeństwa były sprawdzane w trudnych warunkach pola walki między innymi przez Armię Stanów Zjednoczonych, Czerwony Krzyż[9]. Przedstawicie nowej myśli to: James Elam propagujący wentylację powietrzem wydechowym ratownika, Peter Safar orędownik metody udrożnienia dróg oddechowych poprzez odgięcie głowy do tyłu, oraz William Bennett Kouwenhoven wraz z współpracownikami odkrywca metody pośredniego masażu serca, wówczas dobrze już zbadanej i udokumentowanej. Rewolucyjne odkrycia zostały zebrane i połączone na początku lat 60-tych w schemat ABC, który praktycznie bez większych zmian funkcjonuje ponad pół wieku i jest podstawą działań resuscytacyjnych w pierwszej pomocy, jak również w zaawansowanych czynnościach personelu

medycznego. James Elam lekarz anestezjolog początkowo podobnie jak całe środowisko lekarskie nie był zwolennikiem wentylacji powietrzem wydechowym, lecz po przeczytaniu artykułu zalecającego dany sposób wentylacji noworodków bezpośrednio po urodzeniu, i własnej praktyki, w której zastosował opisany sposób i prawie natychmiast ujrzał pożądany efekt[7]. Owe zdarzenie sprawiło, iż sposób myślenia uległ zupełnej zmianie, podjął następnie działania, aby proponowany sposób zbadać i ocenić naukowo, czego dokonał 1954 roku. Tego samego roku Peter Safar przeprowadził eksperyment medyczny z udziałem 31 ochotników wykazujący skuteczność metody odgięcia głowy jako sposobu na udrożnienie dróg oddechowych[10]. Osiągnięcia zostały oficjalnie uznane za standard postępowania przez Armię USA, a naukowcy zostali odznaczeni medalami za zasługi, jednak to nie był koniec wspólnych działań wkrótce potem dołączono zewnętrzny masaż serca odkryty przez Knickerbocker'a i Kouwenhoven'a zupełnie przypadkowo podczas prób defibrylacji prowadzonej na zwierzętach[8]. Współpraca trójki badaczy pozwoliła na przedstawienie w 1960 r. schematu postępowania ABC[10], a w 1963 r. powołania Komitetu ds. resuscytacji AHA[8]. W 1960 roku w wyniku współpracy badaczy i norweskiego producenta elastycznych zabawek z gumy Asmunda Laerdal'a, powstał także pierwszy fantom ćwiczebny do nauki zasad resuscytacji[11], a firma do czasów obecnych stała się potentatem w produkcji medycznego sprzętu ćwiczebnego. Fantom został nazwany „Resuci Anne” w wyniku inspiracją pewną historią nieszczęśliwej miłości młodej dziewczyny wyłowionej z Sekwany w 1900 roku. Reprodukacja jej twarz została wykorzystana przy produkcji fantomu i określana mianem najbardziej obcałowanej twarzy świata[12].



Rycina 7. Reprodukacja twarzy dziewczyny z nad Sekwany wykorzystana w fantomie do resuscytacji
Źródło: <http://www.expressilustrowany.pl>
 [data pobrania: 31.08.2013]

Początkowo zasady kierowane były na użytek wojska, personelu medycznego i wąskiej grupy organizacji społecznych zajmujących się ratownictwem na terenie Stanów Zjednoczonych, żeby po 10 latach starań i zabiegów upowszechnić je dla ogółu społeczeństwa[8].

Historia państwa polskiego w aspekcie ratowania życia ludzkiego różniła się dość znacznie od kontekstu europejskiego. Pierwsza wzmianka obecna na kartach historii to informacja o ufundowaniu klasztoru i szpitala w Sandomierzu przez Hieronima Gostomskiego w 1604 roku ukierunkowanego na udzielanie pomocy ofiarom wypadków nad Wisłą[4]. W Polsce wielką popularnością przez

długi czas cieszyła się metoda „usta-usta” Eliasza, cechująca się dość wysoką skutecznością przy prawidłowym zastosowaniu. Jako metoda zalecana do powszechnego stosowania wymieniona była w Edykcji Fryderyka II kierowanym na tereny Prus, również lekarz króla Stanisława Augusta proponował jej stosowanie.

W 1793 r. pojawiła się książka Franciszka Kurcysza „O ratowaniu w przypadkach nagłych”. Kolejnym źródłem informacji był ukazujący się na ziemiach polskich Dziennik Wiedeński redakcji Jędrzeja Śniadeckiego 1805 roku przedstawiający sposoby ratowania tonących. W 1839 roku pojawił się pierwszy przepis prawny warunkujący ratowanie życia ludzkiego[13], w tym samym roku do środowisk lekarskich skierowana została książka Andrzeja Jankowskiego „Wiadomości o ratowaniu osób w stanie pozoranej śmierci będących, albo nagłą utratą życia zagrożonych”, prezentująca zbiór rewolucyjnych zasad udzielania pomocy w najczęstszych zdarzeniach, część z nich funkcjonuje do chwili obecnej, a nakład cieszył się tak dużym zainteresowaniem, że w niedługim czasie zdecydowano się na wznowienie i dodruk nakładu. Metody Marshalla Halla i Silversera zostały po raz pierwszy opisane w książce dr Gawlika po ponad 100 latach od ich wprowadzeniu w Europie[4]. Na początku XX wieku na wzór amsterdamskiego powstały Cesarские i Petersburskie towarzystwa ratowania tonących, a 6 czerwca 1891 roku na wzór wiedeński w Krakowie działalność rozpoczęło Krakowskie Towarzystwo Ratunkowo Ochotnicze, pierwsze w dziejach historii pogotowie ratunkowe[13].

Podsumowując historia reanimacji jest bardzo pasjonująca i powinna być znana przez wszystkich zaangażowanych w udzielanie i niesienie pomocy potrzebującym w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia. Pozwala tym samym na szersze spojrzenie i dogłębne zrozumienie określonego sposobu postępowania, jak również trudu jaki został poczyniony w przeszłości, aby osiągnąć to co obecnie mamy i możemy uznawać za pewien standard postępowania. Pomimo, iż wiek XX okazał się niewątpliwie przełomowym w działaniach przywracających życie ludzkie, to działania zmierzające do ich poprawy i udoskonalenia są nieustannie ponawiane i intensyfikowane. A pamięć i utrwalanie historii powinny stać się obowiązkiem, podobnie jak w innych sferach życia zwłaszcza osób zaangażowanych w edukację i przekazywanie informacji szerokiemu gronu społeczeństwa.

PIŚMIENICTWO

1. Cebula G. *Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa.* pod red. Janusza Andersa. Kraków 2006. Polska Rada Resuscytacji. s. 5-6
2. *II Księga królewska rozdz. IV, wersety 32-35.* [w:] Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Poznań 2003. Wyd. Pallotinum. s. 570
3. J. H. Skalski. *Dzieje reanimacji i resuscytacji.* [w:] Anestezjologia Intensywna Terapia. 2003, 35, 3.
4. M. Napierala, A. Skaliy, W. Żukow. *Stan, perspektywy i rozwój ratownictwa, kultury fizycznej i sportu w XXI wieku.* Uniwersytet Ekonomiczny w Bydgoszczy. Bydgoszcz 2011. [dostępna on-line: 04.01.2012]. s. 35

5. D. Skalski, G. Manuszewski. *Historia ratownictwa wodnego na świecie*. [w:] Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w Malborku. [dostępny on-line: 26.11.2011]. <http://www.wopr.malbork.pl/html/histrat.htm>
6. *History of CPR*. [w:] UKDivers.net.. [dostępny on-line: 28.12.2011]. <http://www.ukdivers.net/history/cpr.htm>
7. Mickey S. Eisenberg. *History of the science of Cardiopulmonary Resuscitation*. [w:] J. P. Ornato, M. A. Peberdy. Cardiopulmonary Resuscitation. Humana Press 2005. [dostępna on-line: 28.12.2011]. s. 2 http://books.google.pl/books?id=eyEiPrb_64AC&pg=PA7&lpg=PA7&dq=Dr.+Arch+Diack&source=bl&ots=eUK8B79qLh&sig=t0KeGLo_yITIW8nfkeDCcJGC0&hl=pl&sa=X&ei=9bv9TpyNKoeTsAaH76AB&sqi=2&ved=0CF4Q6AEwCA#v=onepage&q=Dr.%20Arch%20Diack&f=true
8. *History of CPR*. [w:] Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne. [dostępny on-line: 30.12.2011].
9. http://www.heart.org/HEARTORG/CPRAndECC/WhatisCPRCPRFactsandStats/History-of-CPR_UCM_307549_Article.jsp
10. *History of Cardiopulmonary Resuscitation*. [dostępny on-line: 28.12.2011]. http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_cardiopulmonary_resuscitation
11. B. Kamiński. *Peter Safar*. [w:] Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii. [dostępny on line: 20.12.2011]. <http://www.ptaiit.org/site,obituaries,91.html>
12. *Laerdal history*. [w:] Laerdal. [dostępny on-line: 12.01.2012]. <http://www.laerdal.com/docid/1117121/Laerdal-History>
13. *History of CPR*. [w:] United States Mine Rescue Association. [dostępny on-line: 28.12.2011]. http://translate.google.pl/translate?hl=pl&sl=en&tl=pl&u=http%3A%2F%2Fwww.usmra.com%2Fguardian%2Fhistory_of_cpr.htm
14. J. Konieczny. *Studia i materiały do dziejów ratownictwa medycznego w Polsce. Część pierwsza do 1939 r.* wyd. I, Garmond Oficyna Wydawnicza. Poznań 2008. Wstęp.

dr n. med. Anna Ślifirczyk

Katedra Zdrowia

Wydział Nauk Społecznych i Nauk o Zdrowiu

WIELOKULTUROWOŚĆ SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO - ŻYDZI

W Polsce problem wielokulturowości w opiece zdrowotnej nad pacjentem przez wiele lat nie był dostrzegany, jednak obecnie ze względu na różnorodność wyznaniową obywateli i znaczny napływ emigrantów z różnych krajów, staje się ogromnym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia. W roku 2004 w naszym kraju wprowadzono Krajowy Program Przeciwdziałania Dyskryminacji Rasowej, Ksenofobii i Związanej z Nimi Nietolerancji. Program był rezultatem międzynarodowych zobowiązań Polski co do realizacji zaleceń zawartych w dokumentach końcowych światowej Konferencji, zwołanej przez zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych (Durban, 31 sierpnia- 7 września 2001 r.). Program realizowany był w latach 2004- 2009 i obejmował wdrożenie działań mających na celu zwalczanie ksenofobii i rasizmu a także wykształcenie w polskim społeczeństwie szeroko pojętej kultury tolerancji, również w aspekcie ochrony zdrowia [1,2].

Wiedza o określonych zachowaniach każdej społeczności wobec zdrowia i choroby może okazać się kluczowa w świadczeniu opieki zdrowotnej.

Dla większości ludzi zdrowie stanowi wartość, ale dla różnych osób i w różnych sytuacjach ma wymiar autoteliczny lub tylko instrumentalny. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub jego utraty, zaczyna się inaczej je postrzegać. Powszechnie wiadomo, że istnieją zależności pomiędzy zdrowiem, chorobą a kulturą, które mogą odnosić się np. do różnicy poglądów na temat zdrowia jako wartości, jego zagrożeń, kulturowych uwarunkowań stylu życia i różnicowanego stosunku do chorób i pacjentów. Kultura zbiorowości, kształtując kulturę osobistą jednostek, wpływa także na sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych człowieka. W zależności od uwarunkowań kulturowych wyróżnia się różne rodzaje reakcji na chorobę - np. religijną,

opiekuńczo-pielęgniacyjną, medyczną, czy magiczną. Badania amerykańskie dowodzą, iż ludzie wierzący i praktykujący deklarują większe niż niewierzący poczucie szczęścia i zadowolenia z życia. Mniejsze jest też u nich zachowanie na depresję. Z polskich zaś badań wynika, że praktyki religijne są jednym z najważniejszych czynników pozwalających przewidywać dobrostan psychiczny, ważniejszym niż wykształcenie czy małżeństwo.

Studenci i pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć możliwość zapoznania się z problemami wynikającymi z różnic kulturowych, historycznych, religijnych u podopiecznych oraz zdobyć umiejętność reagowania na nie zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Powinni poznać i zrozumieć wszystkie czynniki kulturowe danej społeczności odpowiednio je uwzględniać w realizowaniu opieki medycznej. Istotne jest więc przekazywanie wiedzy o przedstawicielach innych kultur zamieszkujących Polskę, kwestionowanie stereotypów, uwrażliwianie na różnice kulturowe, szukanie podobieństw i wzmacnianie postawy szacunku wobec drugiego człowieka i jego kultury [1,2].

Judaizm jest religią „etycznego monoteizmu, której obrzędowość służy wpajaniu wartości teologicznych i moralnych, opartych na wierze w boskiego Stwórcę, pana historii ludzkości i autora Tory”. Do głównych elementów judaizmu zalicza się: monoteizm (wiarę w Boga jedyne), transcendentalizm (odmienność w Boga od świata stworzonego), jego inność, antropomorfizm (stosowanie wobec Boga terminów i określeń odnoszących się do ludzi, np. do ich stanów emocjonalnych, uniwersalizm (spostrzeganie Boga, jako twórcy wszystkiego), panenteizm (założenie, że bóg jest wszechobecny), partykularyzm (Bóg jest zbawcą, Bogiem Izraela i tylko jemu należne jest posłuszeństwo) [3,4].

Kanon wiary stanowi Tora (Pięcioksiąg)- księga objawiona i dana Mojżeszowi na Górze Synaj. W celu wyjaśnienia nauk zawartych w Torze, stworzono komentarze do niej, a przykład takiego komentarza stanowi Talmud, który reguluje życie we wszystkich jego sferach i przejawach. Istnieją dwa Talmudy (Jerozolimski i Babiloński), różniące się treściowo ze względu na odmienności społeczne i kulturowe pomiędzy regionami, w których powstały.

W judaizmie istnieje wiele świąt o szeroko rozbudowanej obrzędowości, np. szabat (odpoczynek, następuje po sześciu dniach pracy, w zgodzie ze wzmiankowanym w Księdze Rodzaju odpoczynkiem Boga po dziele stworzenia. W tym czasie zakazane jest wykonywanie jakiegokolwiek pracy). Rosz-ha-szana (to żydowski Nowy Rok, święto które przypada na pierwszy i drugi dzień hebrajskiego miesiąca tiszri, trwającego mniej więcej od połowy września do połowy października. Hebrajski kalendarz religijny bazuje na kalendarzu księżycowo- słonecznym, nie na gregoriańskim, którym posługujemy się na co dzień). Jom Kipur (Święto oczyszczenia z grzechów, dzień pojednania. Wierni postczą i żałują za grzechy popełnione w minionym roku). Sukot (inaczej Święto zbiorów lub szałasów upamiętniające czterdziestoletnią wędrówkę Żydów przez pustynię). Chanuka (Święto to jest często przedstawiane jako „ żydowska alternatywa” Bożego Narodzenia, to Święto Światła- upamiętnia oczyszczenie Świątyni Jerozolimskiej przez Judę Machabeusza po zbezczeszczeniu jej przez Antiocha IV Epifanesa w II w. p.n.e. Purim (żydowski karnawał. To Święto czci pamięć uwolnienia Żydów perskich od zagłady, jak wspomina się o tym w księdze Estery. To radosne Święto poprzedza dzień postu, po którym następuje pełna uciech zabawa. W czasie Purim pozwala się na pracę). Pascha (najważniejsze święto, które upamiętnia wyjście narodu żydowskiego z niewoli egipskiej. W czasie Paschy praktykujący Żydzi powstrzymują się od spożywania pokarmów, które zawierają drożdże, czy jakikolwiek inny środek zakwaszający). Szawuot (Pięćdziesiątnica, to święto dziękczynne za pomyślne zbiory i otrzymane od Boga Tory) [3].

Typowa dla Judaizmu bogata obrzędowość obejmuje również zachowania mające bezpośredni lub pośredni związek ze stanem zdrowia i higieną. Przykładem jest obrzezanie, tradycje oraz przepisy dotyczące żywienia, rytualne kąpiele i obmywanie rąk [1, 5]. Pożywienie spożywane przez wyznawców judaizmu powinno być koszerne (hebr. Koszer- nadający się, stosowny, dobry, właściwy). Zasady koszerności wywodzą się z Tory, w których zawarty jest 30 obyczajów związanych z jedzeniem. Zasady koszerności obejmują: zakaz spożywania takich produktów, jak mięso zwierząt nieparzystokopytnych (króliki, zające) lub nieprzeżuwających (świnie), stworzeń wodnych nieposiadających płetw i łusek (węgorz), mięczaków i skorupiaków (homary, krewetki, kraby), owadów, większości ptaków, a także mleka i jaj pochodzących

od tych zwierząt; owoców drzew mających nie więcej niż 3 lata. Zwierzęta muszą być zabijane w rytualny sposób przez wykwalifikowanego rzeźnika. Istnieje zakaz przygotowywania do spożywania mięsa razem z mlekiem, co wymusza stosowanie dwóch kompletów garnków, naczyń stołowych, sztućców i zmywarek oraz zakaz spożywania produktów mlecznych przez 6 godzin po spożyciu mięsa. Istotnym jest też zakaz spożywania posiłków, które były wytworzone w czasie szabatu i świąt religijnych. Ortodoksyjni wyznawcy tej religii posiłek traktują jako czynność rytualną, która powinna być poprzedzona i zakończona modlitwą. Ponadto spożywanie niektórych potraw wiąże się z koniecznością dopełnienia ceremoniału obmycia rąk [2,6].

Judaizm, traktując dbanie o zdrowie jako nakaz religijny, podaje różne wymogi związane z zachowaniem zdrowia fizyczno- psychicznego, przede wszystkim wymogi odnoszące się do czystości, w tym także tabu dotyczące krwi: za nieczystą uważa się kobietę miesiączkującą, nieczysty jest także każdy przedmiot przez nią dotknięty. W okresie menstruacji i siedem dni po jej zakończeniu surowo zakazana jest aktywność seksualna. Współżycie seksualne można podjąć dopiero po odbyciu przez kobietę rytuału oczyszczenia, czyli kąpeli w mykwie, co zazwyczaj ma miejsce w 12 dniu od początku menstruacji (mykwa, to specjalna wanna, w której powinna znajdować się minimalna ilość tzw. Żywej wody, tj. wody ze źródła naturalnego lub wody deszczowej. Należy tu podkreślić, że zwyczaj rytualnego oczyszczenia po menstruacji został odrzucony przez judaizm reformowany.

Kąpiel w mykwie służy oczyszczeniu i nie dotyczy wyłącznie kobiet. Takiemu rytuałowi poddawane są także osoby decydujące się na konwersję na judaizm, ponadto naczynia kuchenne wyprodukowane przez gojów (nieżydów) [1, 2, 5].

Przepisy Judaizmu wyjaśniają również kwestię regulacji urodzeń. W religii tej ceni się wielodzietność, uznając ją za wyraz bożego błogosławieństwa. Zasadniczo więc stosowanie antykoncepcji nie jest dozwolone, lecz bywa ono tolerowane w przypadku, gdy ciąża zagraża życiu. Z kolei aborcja w judaizmie nie jest traktowana jako morderstwo, lecz jako czyn zakaźny. Zakaz ten może być warunkowo zniesiony w sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia matki. Judaizm określa także czas, w którym aborcja może być dokonana, a jest to zazwyczaj okres pierwszych czterdziestu dni ciąży (maksymalnie nawet do trzech miesięcy) [6].

Rytuał ściśle powiązany ze stanem zdrowia stanowi obrzezanie, którego dokonywanie wiąże się z przeświadczeniem, że Abraham uratuje obrzezanych przed karą po ich śmierci. Powinnością ojca noworodka jest dopilnować, aby napletek syna został usunięty w ósmym dniu życia. Bardzo ważną funkcję w rytuale obrzezania pełni sandak, który trzyma noworodka na swych kolanach i stanowi tym samym symbol ołtarza, na którym dziecko jest ofiarowane

Bogu. Sandakiem zostaje zazwyczaj dziadek chłopca, rabin lub członek gminy obdarzony powszechnym szacunkiem. Ceremonię kończy publiczne ogłoszenie imienia dziecka oraz rytualna uczta. Należy tu podkreślić, że nieobrzezany Żyd może być pełnoprawnym członkiem swej gminy, a obrzezania nie dokonuje się w przypadku istnienia ważnych przeciwwskazań zdrowotnych (np. hemofilia)[1,5,6].

Specjalne rytuały judaizmu nie dotyczą wyłącznie początku drogi życiowej, lecz wiążą się też z jej końcem-śmiercią. W judaizmie nie praktykuje się obrzędów sakramentalnych przeznaczonych dla osób umierających, to jednak istnieje tu obowiązek stałego czuwania przy konającym. Człowieka umierającego należy traktować szczególnie godnie. Jeśli osoba umierająca jest przytomna nie dopuszczalne jest jej namaszczenie lub mycie. W judaizmie za moment śmierci uznaje się całkowite ustanie oddychania. Z chwilą śmierci, po ceremoniale uznania słuszności wyroku Boga, zdaniem rodziny jest jak najszybsze przystąpienie do przygotowań pogrzebowych, co wynika z zakazu opóźniania pochówku. Do czynności rytualnych należy wylewanie z naczyń wszelkiej wody z powodu jej skażenia przez anioła śmierci. Przygotowania do pogrzebu obejmują m.in. umycie ciała i namaszczenie wonnościami. W judaizmie ortodoksyjnym obowiązuje zakaz kremacji, lecz judaizm reformowany dopuszcza palenie zwłok [1,2,5].

Okazją do zapoznania się z kulturą, religią i obyczajami Żydów jest nowootwarte Muzeum Historii Polskich Żydów, które powstało w symbolicznym miejscu Warszawy, w centrum dzielnicy zamieszkałej kiedyś w olbrzymiej większości przez Żydów, a w czasie wojny przekształconej przez niemieckich okupantów w getto.

Wystawa stała muzeum składa się z ośmiu interaktywnych galerii poświęconym różnym okresom w dziejach. Wystawa ma charakter narracyjny, jest opowieścią, którą prezentuje przez zabytkowe obiekty, instalacje scenograficzne i interaktywne, modele, dzieła sztuki, multimedia i teksty. Zwiedzając wystawę mogliśmy poznać odpowiedzi na pytania: skąd i kiedy Żydzi pojawili się w Polsce, w jaki sposób ten kraj stał się domem największej społeczności żydowskiej na świecie, jak przestał nim być i jak odradza się tu życie żydowskie. Wystawa porusza zarówno temat współpracy i sąsiedztwa, współzawodnictwa i konfliktów jak i odrębności i asymilacji.

Galeria 1 LAS zaprasza do wędrówki po tysiącletniej historii polskich Żydów. W lesie artystyczna instalacja prezentuje legendę Polin o przybyciu i osiedleniu się Żydów w kraju Mieszka. Legendę, która wyjaśnia nazwę Polski w języku hebrajskim, i która była inspiracją dla nazwy muzeum. Po lin oznacza: tu odpoczniesz.

Galeria 2 PIERWSZE SPOTKANIA to czasy średniowiecza- na początku tego okresu do Polski dotarli pierwsi Żydowscy kupcy i osadnicy, a około roku 1500 Żydzi zamieszkiwali już ponad 100 miast. W tej galerii

poznajemy relacje Żydów z władcami i mieszkańcami powstających miast oraz dowiadujemy się o przywilejach, które dawały Żydom wolność religijną, ochronę przed prześladowaniami, regulowały ich osadnictwo i prawo do wykonywania określonych zawodów.

Galeria 3 PARADISUS IUDAEORUM złoty wiek w historii Żydów polskich w potężnej i zróżnicowanej Rzeczypospolitej, XVI w. i pierwsza poł. XVII w. Paradisus Iudaeorum- żydowski raj był terminem użytym w sensie ironicznym, bo co to za Polska, która jest piekłem dla chłopów, czyścem dla szlachty, a rajem dla Żydów- to słowa z ówczesnego pamfletu. Ale był to okres autentycznej tolerancji.

W przeciwieństwie do innych krajów Żydzi nie zaznali tu masowych prześladowań na tle religijnym. Mieli własne samorządy, w tym unikatowy na skalę europejską Sejm Czterech Ziem. W drugiej połowie XVI w. Żydzi zaczęli się osiedlać na latyfundiach, tj. wielkich majątkach magnackich na wschodzie kraju. Podejmowali się nowych dla siebie zajęć: dzierżawy karczem, młynów i browarów, handlu zbożem i bydłem. W galerii tej można podziwiać także kopię obrazu " Taniec śmierci", na którym pojawia się także postać Żyda, jako przekaz, że wobec śmierci wszyscy jesteśmy równi. Co prawda śmierć chwytła Żyda za gardło, podczas gdy szlachcica wyprowadza pod ramię, ale to zawsze coś.

Naczelny rabin Krakowa, jeden z najwybitniejszych żydowskich luminarzy w Europie zapytany, jak się tu żyje, napisał: " Lepiej chyba jeść suche okruszki chleba, lecz żyć w spokoju w tym kraju". To się jednak skończyło wraz z potopem i XVII - wiecznymi wojnami. Dla Żydów to także był straszny okres, bo bunt Chmielnickiego wiązał się z masowymi rzeżami.

Galeria 4 MIASTECZKO w tej kameralnej galerii można poznać życie codzienne małego miasteczka, w którym Żydzi stanowili znaczną część mieszkańców. W karczmie, w stylizowanym domu, na rynku i w kościele można się przekonać jak układały się stosunki rodzinne i sąsiedzkie, a jak stosunki żydowsko- chrześcijańskie w wieku XVII i XVIII. W kościele można zobaczyć kopię obrazu z sandomierskiego kościoła, na którym widnieją sceny mordu rytualnego. To był czas, gdy Żydów posądzano o używanie krwi chrześcijańskich dzieci do wyrobu macy.

Symbolem i największym skarbem tej galerii jest pieczołowicie odtworzona dawnymi metodami rekonstrukcja dachu i sklepienia drewnianej synagogi z Gwoźdźca na dzisiejszej Ukrainie. Ozdobiono ją wizerunkami znaków zodiaku, symbolami mistycznymi, wizerunkami zwierząt. Jej powstanie sfinansowała obywatelka Australii. Gdy galerię zwiedzał premier Australii, powiedział, że to bardzo miło, że donatorkę uczczono wizerunkiem kangura. Władze muzeum nie protestowały, że to wiewiórka.

Galeria 5 WYZWANIA NOWOCZESNOŚCI pod koniec wieku XVIII Rosja, Prusy i Austria dokonały rozbio-

ru Rzeczypospolitej. Polskim Żydom zostały narzucone nowe prawa, które zlikwidowały dotychczasowe przywileje i spowodowały różnicowanie się społeczności żyjących w trzech zaborach.

XIX wiek jest okresem wielkich przemian: rewolucja przemysłowa i rozwój kolei powodują masową migrację do miast, powstanie fortun przemysłowców i narodziny ubogiej klasy robotników. Niewątpliwie ważnym punktem tej galerii jest dworzec kolejowy, gdzie widnieje reprodukcja rozkładu jazdy Warszawa - Wiedeń i portrety trzech żydowskich finansistów, którzy sfinansowali budowę żelaznej kolei. Dalej w tej samej galerii widnieje łódzka fabryka Izraela Poznańskiego a naprzeciwko, w kontraście, obrazki i opowieści z Bałut - dzielnicy żydowskiej biedoty, żeby nie było, że Żydzi to sami fabrykanci i bankierzy. Rosnąca świadomość narodowa Żydów znalazła wyraz w nowej kulturze hebrajskiej i jidysz. Rozwijały się nowe ruchy polityczne- bundyzm, syjonizm. W tamtym czasie część Żydów wybierała drogę asymilacji, inni odnajdywali się w chasydyzmie lub kształcili w nowych szkołach religijnych - jesziwach, a jeszcze inni emigrowali.

Galeria 6 NA ŻYDOWSKIEJ ULICY wraz z upadkiem mocarstw zaborczych w wyniku I wojny światowej i rewolucji w Rosji oraz z powstaniem w 1918 roku niepodległej Polski dla Żydów rozpoczął się okres nazywany przez niektórych historyków drugim złotym wiekiem, i to pomimo kryzysu ekonomicznego i nasilenia antysemityzmu w latach 30.

Galeria znajduje się niemal dokładnie w miejscu dawnej ulicy Zamenhofs - głównej arterii warszawskiej dzielnicy północnej zamieszkałej w większości przez Żydów. Ulica wzorowana na warszawskich Nalewkach, z prawdziwym brukiem, słupem ogłoszeniowym i latarniami gazowymi, z przedwojennymi szyldami na fasadach kamienic. Z multimedialnej ulicy można wejść w bramy i znaleźć się w kinie lub kawiarni Ziemiańskiej, gdzie bywali Tuwim i Słonimski i odkryć bogate życie kulturalne tych lat. Za zaułkiem jest otwarte okno, z którego słychać przebój " Ta ostatnia niedziela". Jeszcze jest normalnie, bo już następne okno jest zaklejone szarym papierem, zaciemnione przed bombardowaniami.

Galeria 7 ZAGŁADA. Historia zagłady rozgrywa się w okupowanej Polsce i jest ukazana z perspektywy jej

żydowskich mieszkańców. Ta galeria ukazuje narastające represje i życie w nieludzkich warunkach gett. W getcie narastająca panika i groza: głód, epidemie wreszcie akcja deportacyjna. Przechodząc przez symboliczny most nad ulicą chłodną w Warszawie wychodzi się poza mury getta gdzie widać niemiecki terror wobec Polaków i walkę polskiego podziemia z okupantem, a także różne postawy Polaków wobec ukrywających się Żydów: od niesienia pomocy z narażeniem życia przez obojętność aż po denuncjację. Schodząc w dół po schodach, oznaczonych nazwami kolejnych ulic opróżnianego getta na Umschlagplatz słychać gwizd pociągów odjeżdżających do Treblinki.

Po ataku na ZSRR latem 1941 r. Niemcy rozpoczęli masowe rozstrzeliwania Żydów, a potem budowę obozów śmierci.

Galeria 8 POWOJNIE to chyba najtrudniejsza galeria, bo dotycząca najświeższych ran. Pokazuje jak ogromna jest skala straty. Z 3,5 mln społeczności żydowskiej wojnę przeżyło niespełna 300 tys. polskich Żydów i palącą dla nich kwestią był wybór między pozostaniem w kraju a wyjazdem. Wielu wyjechało, głównie do Palestyny, gdzie odegrali istotną rolę w tworzeniu państwa Izrael. Ci, którzy pozostali w kraju, angażowali się w odbudowę kraju i zniszczonego życia społeczności żydowskiej, a także w utrwalenie pamięci o ofiarach zagłady.

Niestety, po kampanii antysemitycznej w 1968 r. większość pozostałych Żydów zostało zmuszonych do opuszczenia kraju. Dopiero w 1989 r. następuje odrodzenie życia żydowskiego w Polsce. Żydzi wracają do publicznej świadomości, czego dowodem są festiwale kultury żydowskiej, dialog żydowsko- chrześcijański, filmy i książki, studia judaistyczne i projekty artystyczne. Przejawem tego jest także to nowootwarte muzeum POLIN w Warszawie. To muzeum można trafnie określić jako wielozmysłowe, które oddziałuje na zwiedzających nie tylko przez słowo i obraz, ale także przez dźwięk. Zbliżając się do katedry można usłyszeć gregoriański chorał, do synagogi - głos kantora a żydowskiemu weselu towarzyszy klezmerska muzyka.

Nie sposób przejść tę ekspozycję i pozostać obojętnym, to pomysł na przełamywanie stereotypów, to wreszcie krok w dobrą stronę do empatii i tolerancji dla innej kultury.

Piśmiennictwo:

1. Krajewska-Kułak E. (red.):Problemy wielokulturowości w medycynie. PZWL, Warszawa 2010
2. Majda A. (red): Pielęgniarstwo trans kulturowe. PZWL, Warszawa 2010
3. Toropov B., Buckles L.: Religie. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2013
4. Keene M.: Religie Świata. Świat Książki, Warszawa 2003
5. De Vries S.: Obrzędy i symbole Żydów. WAM, Kraków 2006
6. Unterman A.: Żydzi, Wiara i Życie. KiW, Warszawa 2005



Z żałobnej karty

„Nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci naszej”

Barbara Jastrzębska-Bełkot
(1961-2014)

27 listopada 2014 r. odeszła od nas w tragicznych okolicznościach nasza Koleżanka Barbara Jastrzębska-Bełkot.

Działalność zawodowa Basi rozpoczęła się w roku 1983, pracą w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie, zaraz po ukończeniu tamtejszego Medycznego Studium Zawodowego.

W roku 1988 Basia przeniósła się z Rodziną do Międzyrzecza Podlaskiego i w tym samym roku rozpoczęła pracę, na stanowisku położnej, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym. Od roku 2011 swoją działalność zawodową kontynuowała jako sekretarka na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym.

Basia, z którą pracowałyśmy przez wiele lat, była pracownikiem sumiennym, obowiązkowym i bardzo dobrze zorganizowanym. Zapamiętamy Ją też jako osobę ciepłą, życzliwą, zawsze a szczególnie w sytuacjach trudnych, można było liczyć na jej dobre słowo, radę i pomoc.

Basiu kochana, byłaś wspaniałą Koleżanką, dobrze nam się z Tobą pracowało, na zawsze pozostaniesz w naszych sercach i pamięci.

Koleżanki z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

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

Z powodu tragicznej śmierci
Barbary Jastrzębskiej-Bełkot
szczerze wyrazy współczucia Rodzinie
składają pielęgniarki
z Oddziału Urazowo-Ortopedycznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Białej Podlaskiej

*...Twoja nagła i nieoczekiwana śmierć zostawiła wielką pustkę
w Tych którzy Cię znali i kochali.
W Ich sercach będzie zawsze żywe o Tobie wspomnienie,
bo trudno żegnać na zawsze Kogoś, Kto jeszcze mógł być
z nami...*

Z powodu tragicznej śmierci
ŚP. BARBARY JASTRZĘBSKIEJ-BEŁKOT
Położnej WSzS w Białej Podlaskiej
Szczerze wyrazy współczucia Rodzinie i Jej najbliższym
Składa Przewodnicząca ZZPOZ Jego członkowie
z Białej Podlaskiej

„Ludzie, których kochamy nie umierają nigdy”

Pielęgniarki Bożenie Łukaszuk
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci MĘŻA
składają pielęgniarki
składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

*...Zamknęły się oczy, spoczęły ręce,
Przestało bić kochane serce...*

Pielęgniarki Beacie Żak
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

